

Ключевые слова: физическая реабилитация, женщины пожилого возраста, перелом шейки бедра, шкала оценки.

TESTING OF MAIN MOVEMENT SKILLS LEVEL IN WOMEN OF SENIOR AGE AFTER THE FEMORAL NECK FRACTURE

Halyna DIDUKH

Lviv state institute of physical culture

Abstract. The article renders peculiarities of testing the main motion skills of women of senior age after femoral neck fracture according the COVS scale.

Key words: physical rehabilitation, women of senior age, femoral neck fracture, rating scale.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА СТАТИЧНУ ФОРМУ ПЛОСКОСТОПІСТІ ТА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА

Ірина ЖАРОВА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Постановка проблеми. Аналіз причин порушень основних функцій організму, що виникає у хворих на поперековий остеохондроз та плоскостопість, вказує на те, що найчастіше вони виникають не стільки через важкість патології, скільки через недооцінку ролі відновного лікування із використанням різноманітних засобів та методів фізичної реабілітації, а також через відсутність реабілітаційних програм, що одночасно впливають на стан стопи та хребта [3, 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчення науково-методичної літератури показало, що нині сучасна система реабілітації осіб з ортопедичною патологією, передбачає використання різних засобів та методів кінезотерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, які спрямовані на зміцнення м'язів, що формують склепіння стопи та м'язів тулуба [1-5]. У запобіганні виникнення остеохондрозу та плоскостопості також важливу роль відіграють різні види комплексної терапії: масаж, фізіотерапія, бальнеотерапія, ортопедичні технології, альтернативні засоби [1, 2].

Незважаючи на велику практичну значущість, нам не вдалося виявити жодної теоретичної або практичної праці, присвяченої реабілітації осіб зі сполученою патологією ОРА (остеохондроз та плоскостопість), а також дослідженню впливу лікувальної гімнастики у комплексі з іншими методами реабілітації на стан хребта та стопи, у хворих на статичну форму плоскостопості та остеохондроз, що підтверджує необхідність створення нових програм з включенням до них сучасних методів фізичних впливів, визначення найраціональніших режимів використання різних засобів та методів реабілітації для лікування та профілактики остеохондрозу та плоскостопості.

Мета роботи – підвищити ефективність відновного лікування осіб зі статичною формою плоскостопості та поперековим остеохондрозом хребта шляхом обґрунтування, розробки та втілення програми фізичної реабілітації, що сприяє підвищенню функціонального стану, корекції названої патології та запобіганню пов'язаних із нею порушень.

Організація досліджень. Наше дослідження ґрунтується на результатах спостереження за 92 особами, з яких 60 хворих мали різні синдроми поперекового остеохондрозу хребта та статичну плоскостопість, 16 – “чистий” остеохондроз і 16 – “чисту” плоскостопість, які знаходились на лікуванні в ІТО АМН України.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було розроблено комплексну програму фізичної реабілітації відмінними рисами якої є: одночасний вплив на м'язи і зв'язки стопи і хребта; використання запропонованих реабілітаційних засобів з урахуванням біомеханічних особливостей хребта і нижніх кінцівок, що виникають у хворих на поперековий остеохондроз та плоскостопість; включення у реабілітаційне лікування альтернативних засобів реабілітації (рефлексотерапія, гімнастика йога).

Вибір реабілітаційних засобів раціональної спрямованості та обґрунтування їхньої регламентації здійснювалися з урахуванням: причин та клінічних проявів захворювань; етапу реабілітаційного лікування; віку, статі, рівня фізичної підготовленості та супутніх захворювань; протипоказів; лікувальних завдань стосовно кожного хворого; засобів та форм для вирішення цих завдань; принципів індивідуального впливу фізичних вправ та дозування фізичного навантаження; клінікофізіологічної дії на організм; реакції організму на фізичне навантаження; клініко-біомеханічних особливостей хребта та нижніх кінцівок.

Основною формою лікувального рухового режиму було заняття лікувальною гімнастикою у сполученні з гімнастикою йога.

Методи проведення занять: індивідуальний, груповий.

Фізична реабілітація проводилася за трьома режимами, запропонованими В.Я. Фіщенко (1989), що відрізнялися руховою активністю, спрямованістю і засобами реабілітації (рис. 1).

Під час першого – щадного – режиму реабілітації нами використовувалися лікувальна гімнастика та рефлексотерапія, що проводилася під час занять лікувальною гімнастикою, а також ортопедичні технології.

У другому – щадно-тренуючому – режимі реабілітації використовувалися масаж, фізіотерапевтичні засоби, лікувальна гімнастика, бальнеотерапія та ортопедичні технології. Масаж і фізіотерапія застосовувалися за призначенням лікарем часом. Бальнеотерапію у вигляді ванн для ніг застосовували ввечері перед сном.

Під час третього – тренуючого – режиму реабілітації використовувалися лікувальна гімнастика разом з вправами гімнастики йога, фізіотерапевтичні процедури, рефлексотерапія, ортопедичні технології, а також бальнеотерапевтичні процедури у вигляді ванн для ніг, котрі застосовувалися ввечері перед сном. Фізіотерапія та рефлексотерапія застосовувалися протягом дня за призначенням лікарем часом.

Під час проведення занять лікувальною гімнастикою нами було визначено такі основні рекомендації:

- вправи застосовувалися для усіх м'язових груп у різних полегшених положеннях, з предметами та без них;
- застосовувалися вправи на “витягання” з посиленням статичного характеру навантаження;

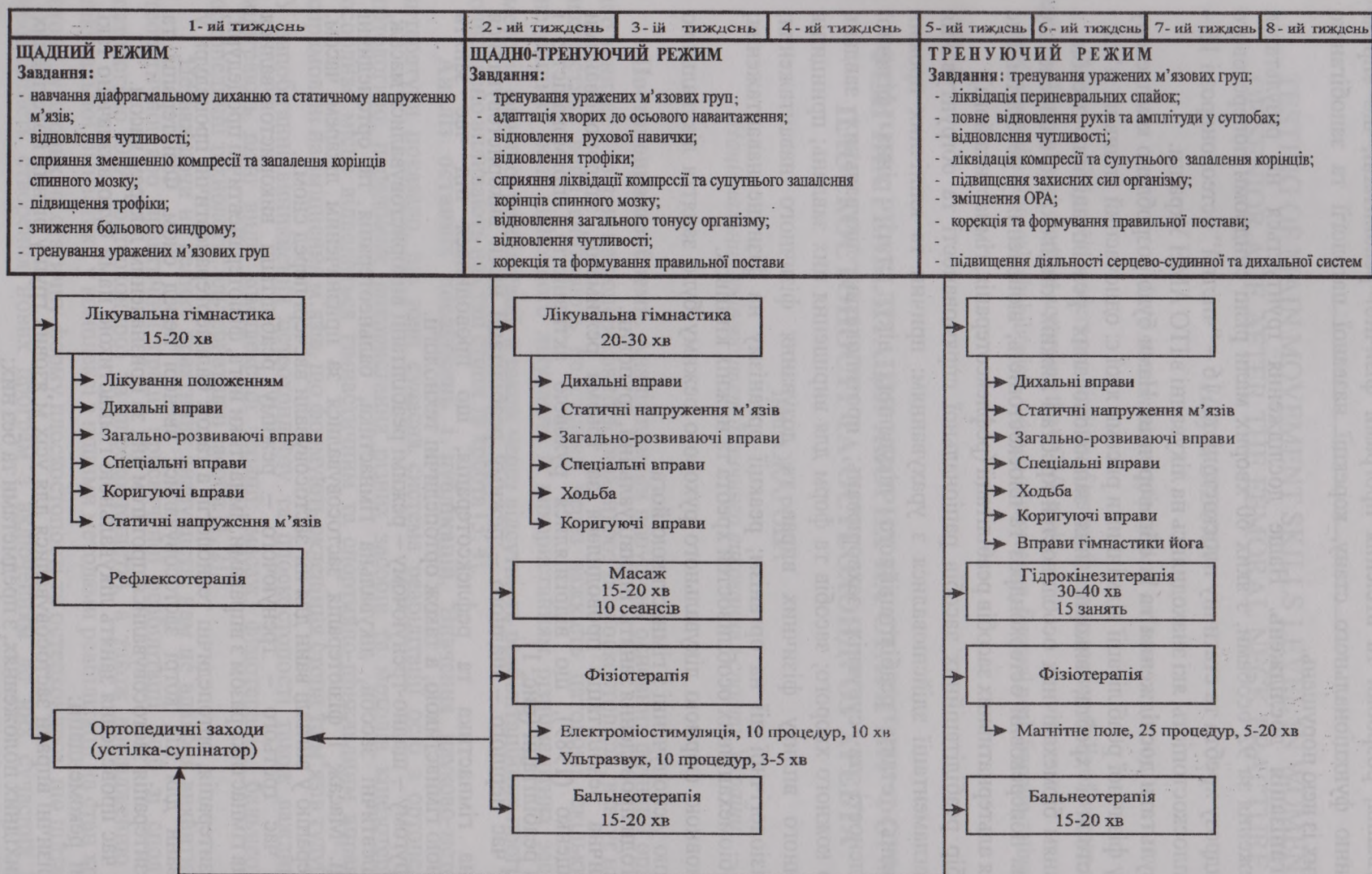


Рис.1. Блок-схема програми фізичної реабілітації для хворих на поперековий остеохондроз хребта та плоскостопість

- усі гімнастичні вправи чергувалися з вправами на розслаблення;
- широко застосовувалися вправи на розслаблення, тренування вестибулярного апарату, розвиток повного дихання, для тренування статико-динамічної стійкості та зміцнення м'язового корсета;
- обов'язково застосовувалися вправи з опором та на утримання голови при остеохондрозі шийного відділу хребта;
- використовувалися дихальні вправи для збільшення екскурсії грудної клітки;
- при болю обережно виконувалися вправи з випрямленими кінцівками, відведенням їх назад і у бік, повороти і нахили голови;
- обмежувалися вправи з напруженням;
- виключалися вправи, пов'язані з осьовим навантаженням на хребет у щадному режимі реабілітації;
- не допускалося, щоб під час виконання вправ у хворого посилювалися більші відчуття;
- застосовувалися різні вихідні положення, переважно лежачи, сидячи, стоячи на кінцівках, стоячи та у русі;
- темп виконання був повільний та середній зі зростаючою амплітудою рухів у суглобах;
- кількість повторень – від 3-4 до 8-10 разів;
- заняття проводилися 1-2 рази на день;
- мотиваційна щільність заняття становила 50-60 %.

Ефективність програм оцінювалася у трьох групах хворих.

Першу – основну (ОГ) – групу ($n = 28$) склали особи, хворі на поперековий остеохондроз та плоскостопість, які займалися за запропонованою нами методикою. Другу – другу контрольну (К1) – групу ($n = 16$) склали особи, хворі на поперековий остеохондроз та плоскостопість, які займалися за стандартною методикою, прийнятою для хворих на остеохондроз. Третю – другу контрольну (К2) – групу ($n = 16$) склали особи, хворі на поперековий остеохондроз та плоскостопість, які займалися за стандартною методикою, прийнятою для хворих з плоскостопістю.

Результати педагогічного експерименту свідчать про поліпшення досліджуваних параметрів у хворих на поперековий остеохондроз та плоскостопість після застосування реабілітаційних програм, при цьому слід відмітити, що в основній групі досліджуваних істотно відрізняються від показників у контрольних групах.

Під час дослідження біодинамічних показників у хворих групи К1 статистично значущі змінилися лише два показники – збільшилася сила м'язів згиначів (на 22,4%) та розгиначів (на 22,4%) тулуба ($P < 0,05$); у хворих групи К2 – сила м'язів згиначів (на 6,5%) та розгиначів (на 11,4%) стопи ($P < 0,05$). Водночас у хворих основної групи спостерігалися статистично достовірні зміни ($P < 0,05$) в усіх досліджуваних показниках – сила м'язів-згиначів стопи збільшилася на 33,65%, розгиначів – на 30,25%, згиначів тулуба – на 42,9%, розгиначів – на 52,5% (рис. 2).

Значення вертикальної стійкості тіла хворих у динаміці відновного лікування можна доцільно позитивно оцінити нашу програму реабілітації. В основній групі досліджуваних зменшилася амплітуда коливань ЗЦМ тіла (в сагітальній площині – на 36,4%, в фронтальній – на 44,4%) та збільшилася частота коливань ЗЦМ тіла (в сагітальній площині – у 2,5 рази, в фронтальній – у 2 рази) ($P < 0,05$) порівняно з групами К1 та К2. Амплітуда коливань ЗЦМ тіла в сагітальній площині зменшилася на 28,9%, в фронтальній – на 23,3%; частота коливань ЗЦМ тіла збільшилася в сагітальній

площині – на 66,7%, в фронтальній – на 50%) та К2 (амплітуда коливань ЗЦМ тіла в сагітальній площині зменшилася на 19%, в фронтальній – на 25%, частота коливань ЗЦМ тіла збільшилася в сагітальній площині на 66,7%, в фронтальній – на 50%) ($P < 0,05$). Відмінності вимірюваних показників основної та контрольних груп після проведення реабілітації були статистично достовірними ($P < 0,05$).

Аналізуючи термографічні показники, слід відмітити, що у хворих основної групи було відмічено значніші зміни стану терморегуляції. Так, температура поперекового відділу знизилася на 3° (8,4%; $P < 0,05$), температура стоп піднялася на 4° (16,6%; $P < 0,05$). Водночас у випробовуваних групи К1 достовірність відмінностей після проведення експерименту відмічалася лише у поперековому відділі хребта – температура знизилася на 2° ($P > 0,05$), а у групі К2 – тільки у нижніх кінцівках – температура стоп підвищилася на $2,1^{\circ}$ ($P < 0,05$). Результати проведення реабілітаційного лікування свідчать про достовірну ($P < 0,05$) динаміку змін показників візуальної аналогової шкали болю у бік зменшення.

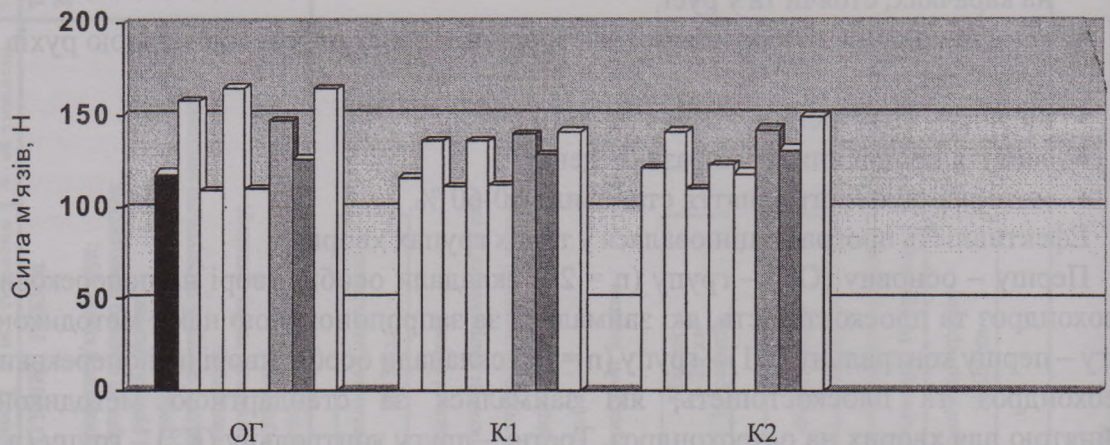


Рис.2. Динамометричні показники у досліджуваних групах перед та після реабілітаційного лікування:

перед лікуванням

після лікування

- - тильна флексія;
- ▨ - розгиначі тулуба;
- ▩ - згиначі тулуба;
- ▧ - підшовна флексія;

- - тильна флексія;
- ▨ - розгиначі тулуба;
- ▩ - згиначі тулуба;
- ▧ - підшовна флексія

Так, в основній групі хворих ці показники знизилися на $38,4 \pm 2,8\%$, у групі К1 – на $31,6 \pm 3,5\%$, у групі К2 – на $27,7 \pm 3,2\%$. Зменшення прояву больового синдрому спостерігалось в усіх хворих основної групи, водночас у хворих двох інших груп спостерігалися не тільки менш виражені зміни, але й у чотирьох пацієнтів інтенсивність болю збільшилася.

Висновки

Одержані результати педагогічного експерименту свідчать про те, що використання розробленої програми фізичної реабілітації для хворих на статичну форму плоскостопості та поперековий остеохондроз хребта дозволило поліпшити

...терморегуляції, стійкість тіла у просторі, а також знизити частоту більшового синдрому. Усе викладене вище дозволяє говорити про ефективність методики у порівнянні зі стандартними програмами реабілітації осіб з патологією ОРА.

Література

- Антонов В.Е. *Нейрореабилитация: Руководство для врачей.* – М.: Антидор, 2000.
- Борисов С. *Нетрадиционная медицина: Плюсы и минусы 20 методов лечения/* – С.-Пб.: Питер, 1997. – 288 с.
- Зотов В.П. *Восстановительную реабилитацию: в 2 кн./В.П. Зотов и др.* – К., 1998. – 201 с.
- Степанов В.М. *Дифференцированная терапия больных деформирующим остеохондрозом на этапе реабилитации: Дис... канд. Мед. наук: 14.00.39.* – Харьков, 1992. – 201 с.
- Степанов В.М. *Лечебно-реабилитационные мероприятия при сенсорно-моторных синдромах стопы у больных поясничным остеохондрозом: Автореферат дис. канд.мед.наук: 14.00.13/Новосибирский мед. ун-т.* – Новосибирск, 1991. – 20 с.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА СТАТИЧНУ ФОРМУ ПЛОСКОСТОПІСТІ ТА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА

Ірина ЖАРОВА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анотація. Стаття присвячена питанням реабілітації і відновної корекції порушень опорно-двигального апарату осіб з статичною формою плоскостопісті та поперековим остеохондрозом хребта.

Ключові слова: остеохондроз, плоскостопість, фізична реабілітація, комплексна реабілітація.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПЛОСКОСТОПИЯ И ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Ірина ЖАРОВА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анотація. Стаття присвячена питанням реабілітації і відновної корекції порушень опорно-двигального апарату осіб з статичною формою плоскостопісті та поперековим остеохондрозом хребта.

Ключові слова: остеохондроз, плоскостопість, фізична реабілітація, комплексна реабілітація.

PHYSICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH STATIC FORM OF FLATFOOT AND OF A SPINAL CORD OSTEOCHONDROSIS

Iryna ZHAROVA

The National University of Physical Education and Sports of Ukraine

Abstract. The dissertation work is devoted to the questions of rehabilitation and after treatment correction of the patients' locomotors apparatus infringements with static form of flatfoot and of spinal cord osteochondrosis.

Key words: osteochondrosis, flatfoot, physical rehabilitation, complex program.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ОСІБ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ПІСЛЯЛІКАРНЯНОМУ ПЕРІОДІ

Наталія ЖАРСЬКА

Львівський державний інститут фізичної культури

Постановка проблеми: Нині у світі найчастішою причиною смерті вважають серцево-судинні захворювання. В Україні щорічно з цієї причини раптово вмирає близько 20 тис. людей працездатного віку [6]. Проблема боротьби з серцево-судинними захворюваннями у даний час залишається однією із найважливіших, які мають загальнодержавне значення, через велику поширеність цих захворювань, важкість перебігу і частоту ускладнень.

Однією з причин збільшення кількості захворювань серцево-судинної системи є зниження рухової активності сучасної людини. Обов'язковим правилом терапії вважалось створення для кардіологічних хворих максимально щадного режиму з обмеженням рухової активності. За останні роки, ці погляди зазнали докорінних змін і зібрано багато даних про позитивний вплив тренуючого режиму на фізичний стан перебіг захворювання і працездатність хворих з серцево-судинними захворюваннями [1, 3].

На даний час в кардіологічних і кардіохірургічних клініках фізичні навантаження є обов'язковим лікувальним засобом, як і лікувальна терапія. Фізичні навантаження стали важливим фактором реабілітації, проте її методики базуються на почерговому застосуванні фізичних вправ, що на нашу думку не є досконалим. Така ситуація спонукала нас до пошуку як літературних, так і практичних джерел одночасного застосування фізичних вправ у поєднанні з дозованою ходьбою і дихальними вправами у реабілітації хворих з даною патологією.

Мета роботи: проаналізувати існуючі методики фізичної реабілітації осіб з ішемічною хворобою серця у післялікарняному періоді.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.