

11. Потапова Н.А. Основные аспекты подготовки штурмана в автомобильном ралли // Юбилейный сборник научных трудов молодых ученых и студентов РГАФК. – М., 1998. – С. 153 – 155.

12. Потапова Н.А., Цыганков Э.С. Использование различной знаковой информации в скоростной стенограмме автогонщиков-раллистов // Материалы конференции молодых ученых и студентов РГАФК. - М., 1999. - С. 74-77.

В.С. РУДНИЦЬКА, О.І. РЯБУХА

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Переломи щелеп становлять понад 15% переломів всіх кісток тіла. Частота пошкодження обличчя становить 0.3 випадки на 1000 людей. Фізична реабілітація при щелепно-лицевій травмі спрямована на створення оптимальних умов для загоєння ран і попередження розвитку інфекційно-запальних ускладнень

Переломи челюстей складають більше 15% переломів всіх кісток тіла. Частота пошкодження обличчя становить 0.3 випадки на 1000 людей. Фізична реабілітація при щелепно-лицевій травмі спрямована на створення оптимальних умов для загоєння ран і попередження розвитку інфекційно-запальних ускладнень

Fascial fracture occupies about 15% of total human bone. The incidence of face damage occupies 0.3% in 1000 people. Physical rehabilitation after the trauma is done to provide an optimal condition for wound healing and to prevent the development of infectious-inflammatory process.

Актуальність. Переломи щелеп є доволі поширеним видом травм - вони становлять понад 15 % всіх переломів кісток тіла[1]. Травматичні пошкодження щелеп призводять до розладу фізіологічної рівноваги м'язів, порушення функцій дихання, ковтання, жування та мовлення. Внаслідок реакції гіпофізарно-адреналової системи, переломи щелеп супроводжуються змінами гемодинаміки, терморегуляції, інших фізіологічних процесів, що погіршує загальний стан потерпілих. Функціональні порушення прийому їжі, дефекти мови та зміни зовнішнього дихання при переломах щелеп знижують працездатність, негативно позначаються на загальному психічному стані хворих та якості їх життя[1]. Останніми роками спостерігається тенденція як до збільшення кількості пацієнтів з переломами кісток лицевого скелету, так і до ускладнення характеру травм за рахунок поєднання ушкоджень обличчя та інших ділянок тіла, що є наслідком транспортних, вуличних, професійних, спортивних і побутових травм[10]. Зокрема, у Львівській області кількість пацієнтів з щелепно-лицевими травмами за період з 2003 по 2005рр. зросла на 15 %. Таким чином, проблема фізичної реабілітації пацієнтів після травматичних ушкоджень щелепно-лицевого апарату є актуальною.

Мета дослідження. Проаналізувати наукові літературні джерела, присвячені фізичній реабілітації в щелепно-лицевій хірургії і стоматології та встановити основні методики фізичної реабілітації при переломах нижньої щелепи.

Дефініція. Перелом – це часткове або повне порушення цілісності кістки, що відбувається під впливом певної, переважно зовнішньої, сили. Повне роз'єднання кісткових уламків класифікують, як повний перелом, при наявності лише тріщини або надлому кістки – говорять про неповний перелом. Повні переломи часто призводять до зміщення кісткових уламків; ступінь зміщення залежить від тривалості дії сили тяги, що викликала даний перелом, від сили м'язів і ваги кісткових уламків. Перелом однієї кістки називають ізольованим, одночасний перелом 2-х та більше кісток- множинним; перелом, який супроводжується ушкодженням внутрішніх органів - сполученим. Основним методом лікування переломів щелеп є консервативний; при відкритих переломах або значних зміщеннях кісткових уламків застосовують оперативне втручання.

Результати дослідження. У мирний час частота пошкоджень ділянки обличчя не перевищує 0,3 випадки на 1000 людей[2]. За даними Ю.І. Бернадського, пацієнти з пошкодженнями обличчя становить від 11 до 25 % серед усіх госпіталізованих з приводу травм щелепно-лицевої ділянки; в загальному, зазначені ушкодження становлять до 15,2 % усіх переломів кісток тіла. Найчастіше зустрічаються ізольовані переломи нижньої щелепи (79,7%). Друге за поширеністю місце, належить

переломам верхньої щелепи (9,2 %); переломи кісток носа зустрічаються у 4,6 %, скроневих кісток у - 4,1%, переломи двох щелеп - лише у 2,4 % випадків[2].

Причинами переломів щелеп найчастіше є безпосередні удари, забої, здавлення, які є наслідками падіння, побоїв, травм, отриманих у побуті, на виробництві, в сільському господарстві. Часто переломи щелеп є наслідком дорожньо-транспортних пригод. Порівняно рідко спостерігаються вогнепальні переломи щелеп, які, як правило, є наслідком необережного користування зброєю[4,6]. Узагальнена картина щелепно-лицевих травм за віковими групами потерпілих представлена в таблиці 1.

Таблиця 1.

Розподіл найпоширеніших травм щелепно-лицевої ділянки за віковими групами потерпілих

Характер травми	Вікові групи потерпілих, роки					
	0-15	15-20	20-29	30-39	40-50	50-60
Побутовий			√			
Транспортний			√			
Спортивний			√			
Вуличний			√	√		
Виробничий				√		
Сільськогосподарський			√			

Примітка: 1.Позначка √ вказує на вік, в якому даний вид травми зустрічається найчастіше. 2. Таблиця створена на основі опрацьованих літературних джерел[2,4,6,10].

Як видно з наведених даних, щелепно-лицеві травми, незалежно від причин їх виникнення, найчастіше зустрічаються у віці 20-39 років, що гострою робить проблему травматизму працездатних осіб молодого віку.

Дослідження статевої структури травмованих дозволило встановити, що серед осіб, котрі звернулись за медичною допомогою з приводу ушкоджень щелепно-лицевої ділянки, переважають чоловіки: співвідношення травмованих чоловіків і жінок становить 8:1-9:1. Це пояснюють переважною зайнятістю чоловіків у промисловості, сільськогосподарському виробництві, на транспорті; вагомою причиною травмування чоловіків є надмірне вживання алкоголю[2,4].

Оскільки щелепно-лицеві травми у переважній більшості випадків є сполученими, вони часто супроводжуються черепно-мозковими ураженнями різного ступеня важкості, що призводить до низки функціональних розладів[4,6].

Лікуванню пацієнтів з даним видом травм та відновленню стану їх здоров'я приділяється значна увага. Важливе місце в комплексі відновних заходів повинно належати фізичній реабілітації, яка мусить бути спрямована не тільки на відновлення форми щелепно-лицевої ділянки та її функції, але й на створення оптимальних умов для загоєння ран і попередження розвитку інфекційно-запальних ускладнень[1,9], повернення потерпілих до повноцінної трудової діяльності, їх соціальної реадaptaції. Нині основною складовою фізичної реабілітації пацієнтів з травмою щелепно-лицевої ділянки є лікувальна фізична культура (ЛФК), яку застосовують у формі ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, самостійних занять. Окрім того, важливе значення мають лікувальний і косметичний масаж, фізіотерапевтичні засоби[1].

Ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) – невід'ємна частина режиму дня у стаціонарі, яку виконують після нічного сну. Вона забезпечує переважання в корі головного мозку процесів збудження над гальмуванням, яке залишається після нічного сну і пригнічує рухові й вегетативні функції. РГГ підвищує тонус організму, створює бадьорий, оптимістичний настрій. Підбираючи вправи для РГГ і дозування фізичного навантаження враховують вік пацієнта, його попередню тренуваність, особливості травми, ступінь функціональних порушень. При травматичних переломах щелеп у комплекси РГГ включають дихальні, загальнорозвиваючі та коригуючі вправи для різних груп м'язів з деяким акцентом навантаження на плечовий пояс і шию. Водночас слід пам'ятати, що хворим з локалізацією травм у ділянці голови протипоказані вправи з різкими нахилами голови і тулуба. Кількість вправ у комплексі ЛГ та повторень кожної вправи залежить від загального стану хворого, особливостей проведеного лікування та перебігу захворювання. Кожного дня одну – дві

вправи доцільно міняти на нові. З метою залучення у відновний процес усіх м'язових груп РГГ рекомендується виконувати у середньому темпі протягом 10-15 хвилин. Комплекси РГГ для людей, які не мають достатньої фізичної підготовки, не повинні бути складними. У зв'язку з особливостями лікарняного режиму вправи рекомендують виконувати лежачи або сидячи. Хоча в науковій літературі зазначено, що фізичне навантаження повинно бути строго дозованим і індивідуальним для кожного хворого, конкретних методичних рекомендацій, щодо дозування РГГ ми не знайшли. На нашу думку індивідуалізацію фізичного навантаження найбільш доцільно забезпечувати визначенням частоти серцевих скорочень і частоти дихання до та після занять РГГ: збільшення зазначених контрольних показників під впливом фізичного навантаження у осіб молодого віку не повинно перевищувати 50 %. РГ проводять малогруповим методом під керівництвом інструктора з ЛФК. Після того, як пацієнти оволоділи навиками правильного виконання вправ, рекомендують самостійні заняття 2-3 рази на день тривалістю 10-12 хв[3,9].

Лікувальний масаж (ЛМ) – належить до найбільш адекватних фізіологічних методів впливу на організм хворої людини. Особливо важливу роль він відіграє у відновлюючому лікуванні, оскільки сприяє нормалізації порушених функцій та підвищенню реактивності організму. Масаж має широкий спектр дії на організм, з якого слід виділити вплив на макро- і мікроциркуляцію, регуляцію м'язового тону, функції сполучної тканини, а також дію на больові рецептори (гіпоальгезуючий та седативний ефект), що особливо важливо у осіб з переломами щелеп[1,3,9].

Диференційоване та почергове застосування основних прийомів масажу відповідно до особливостей клінічного перебігу і патогенезу захворювання дає змогу досягти кращого терапевтичного ефекту. При травмах щелепно-лицевої ділянки найчастіше застосовують прогладжування ділянок обличчя, а також задньої і передньої поверхонь шиї. Цим прийомом рекомендовано починати і закінчувати сеанси масажу. Фізіологічна дія прогладжування полягає в підсиленні циркуляції лімфи і крові, що сприяє розсмоктуванню залишкових пострауматичних запальних явищ, зменшенню набряку тканин. Останнє супроводжується підвищенням порогу больової чутливості та зниженням інтенсивності больових відчуттів, які при переломах щелеп є доволі значними. Розтирання - більш енергійний прийом масажу, основна мета якого полягає у підвищенні рухливості тканин, посиленні лицевого кровопостачання й розсмоктуванні інфільтратів, підвищенні тону м'язів та їхньої скорочувальної здатності. Розтирання в ділянці виходу на поверхню обличчя гілок трійчастого і лицевого нервів, а також за ходом цих нервів сприяє зниженню чутливості і зменшенню болю. Розминанням впливають переважно на коловий м'яз рота і м'язи шиї з метою посилення їх скорочувальної здатності і ліквідації їх функціональної недостатності. Під впливом розминання посилюється кровопостачання тканин, покращується трофіка, інтенсифікується перебіг регенеративно-репаративних процесів. Вібрація - прийом, при якому в тканинах створюються коливальні рухи різні за швидкістю та амплітудою, що сприяє посиленню трофічних і регенеративних процесів, підвищує тонус жувальних і мимічних м'язів.

У практиці фізичної реабілітації переломів нижньої щелепи у осіб молодого віку не завжди використовують всі наведені вище прийоми масажу. Їх вибір обумовлений завданнями реабілітації, стадією консолідації перелома та особливостями фізіологічної дії на організм самих прийомів[1,9].

Фізіотерапія передбачає практичне застосування природних та штучно створених (преформованих) фізичних чинників з метою збереження, відновлення і зміцнення здоров'я[1,2,7,]. Особливо позитивний вплив на прискорення консолідації кісткових уламків має теплолікування, зокрема парафінолікування, яке доволі широко використовується у реабілітаційній практиці завдяки фізичним властивостям теплоносія (низька теплопровідність, висока теплоємність, здатність створювати компресію). Позитивний вплив місцевого парафінолікування при переломах полягає в його розсмоктуючій, анальгезуючій та антиспастичній дії. Окрім того, парафінолікування поліпшує крово- і лімфообіг, посилює тканинний обмін. У сукупності це прискорює процес консолідації перелому та зменшує пострауматичні набряки, болі та інші негативні наслідки травми[7].

Таким чином, проаналізувавши доступну нам наукову літературу з досліджуваного питання, ми не знайшли конкретних методичних порад щодо комплексного застосування засобів та заходів фізичної реабілітації для прискорення та оптимізації реабілітаційного процесу у осіб з переломами щелеп. Переважна більшість рекомендацій стосується застосуванню ЛФК та ЛМ; значно рідше згадуються заходи фізіотерапії. Хоча травматичні ушкодження щелеп отримують переважно чоловіки молодого віку, в спеціальній літературі не розроблені методичні підходи до фізичної реабілітації цієї категорії пацієнтів.

Висновки.

1. Травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки зустрічаються доволі часто. Постраждалими переважно є працездатні чоловіки молодого віку, що надає соціального значення питанню фізичної реабілітації осіб даної категорії.

2. На сьогоднішній день для фізичної реабілітації осіб з щелепно-лицевими травмами застосовується більшість загальноновизначених відновлюючих заходів, в той же час, методичні підходи до їх комплексного застосування розроблені не повною мірою.

3. Розробка і практичне впровадження сучасних методик відновлення при щелепно-лицевій травмі, зокрема, при переломах нижньої щелепи, є важливим завданням фізичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апанасенко Г.П., Макареня В.В., Науменко Р.Г. Лікувальна фізична культура в стоматології.- К.: Вища школа.-1993.- С.111
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- М.: Медицинская литература.- 2000.- 404с
3. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник / Под ред. В.А.Елифанова., Г.П. Апанасенко.-М.: Медицина.,-1990.-С.368
4. Жабин В.Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждение мягких тканей лица.- Минск.: "Беларусь".- 1986.- С.207
5. Иванов С.М. Врачебный контроль и лечебная физкультура в стоматологии.-М.: Медицина.- 1970.-468с.
6. Кабаков Б.Д., Малишев В.А. Переломы челюстей.- М.: Медицина.-1981.-176с
7. Комарова Л.А., Терентьева Л.А., Сгорова Г.И. Методы физиотерапии.-Рига.: Знание.- 1986.- 231с
8. Маланчук В.А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология в Украине.//Украинский медицинский журнал.- 1998.-№1 (3).- С.24-29
9. Соколов А.А. Лечебная физкультура в стоматологии.- М.:Медицина.-1970.-468с
10. Черкашин С.І. Хвороби щелепно-лицевої ділянки.-Тернопіль.: Укрмедкнига.- 2001.-427с

Р.Р. СІРЕНКО, М.О. САПРОНОВ

ОСОБИСТА ГІГІЄНА І ДОГЛЯД ЗА ТІЛОМ ПІД ЧАС ОЗДОРОВЧО-ФІЗКУЛЬТУРНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

У статті описано основні гігієнічні методи профілактики негативного впливу чинників навколишнього середовища та особистої гігієни в процесі оздоровчо-фізкультурної діяльності студентської молоді.

В статтє описано основные гигиенические методы профилактики негативного влияния окружающей среды и личной гигиены в процессе оздоровительно-физкультурной деятельности студенческой молодежи.

In article described the basic hygienic prophylaxy methods of negative factors influence of nearby environment and personal hygiene in act of sports activity of student young people.

Актуальність. Збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління, а відтак, – і здоров'я нації, має бути першочерговим завданням Уряду України – на перший план повинні виноситися заходи, що підвищують стійкість організму до негативного впливу чинників навколишнього середовища, поліпшення стану здоров'я, фізичного розвитку, підвищення працездатності і продовження активного довголіття [3].

Важливе гігієнічне значення має застосування в процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності різноманітних педагогічних засобів і методів, спрямованих на формування довготермінової адаптації та працездатності студентів під час проведення цих заходів. Недопустиме застосування будь-яких засобів та прийомів, які можуть викликати порушення в стані здоров'я молоді [1, 3].

Викладач або тренер, як відповідальна особа, повинен попереджувати травматизм, створювати оптимальні гігієнічні умови під час занять і попереджувати негативну дію на організм факторів навколишнього середовища (висока чи низька температура повітря, висока вологість, інтенсивна сонячна радіація тощо) [2, 3].

На сьогоднішній день цим питанням не приділялося достатньо уваги.