

5. Зубанова Т.С. Кожная пластика при устранении послеожоговых деформаций у детей // *Журнал травматологии та ортопедії*. – 1999. – №1. – С. 75-77.
6. Козинець Г.П. Лікування і реабілітація опікових хворих // *Актуальні питання медицини*. – Чернівці, 2004. – Ч.1. – С. 198-202.
7. Слесаренко С.В., Козинець Г.П. Ожоговая травма. – Д., 1990. – 18 с.
8. Експертиза працездатності обпечених: Метод. рек. / Уклад. Е.Я.Фісталь, Л. П. Онищенко. – Донецьк, 2001. – 48 с.
9. Вихриева Б.С. Бурмистрова В.М. Ожоги. Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 269с.
10. Лечение термических ожогов у детей / С.С. Гладкова, И.Н.Груздова, Г.Н. Румяцева, Б.Д. Калитонов // *Хирургия*. – 1995. – №4. – 384 с.
11. Reuter G., Laskus S. Zur local behandlung thermischer verletzungen bei kindern // *Zbl. Chirurg.* – 1986. – Bd III, N14. – S.825–836.
12. Фісталь Е.Я. Основні аспекти реабілітації хворих з наслідками опіків // *36 наукових робіт конгресу хірургів України*. – К.: Клінічна хірургія, 1998. – С. 469.
13. Christopher M. Brammer: *Manual of Physical Medicine and Rehabilitation*. – Philadelphia: Hanley and Belfus, inc., 2002. – 268 p.

А.М. ГЕРЦИК

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАБУТИМИ КОНТРАКТУРАМИ

У статті подано короткий аналіз окремих аспектів реабілітації осіб з набутими контрактурами, розглянуто метод тестування суглоба «кінцевим відчуттям».

В статтє приводится краткий аналіз отдельных аспектов реабилитации лиц с приобретенными контрактурами, рассмотрен метод тестирования суглоба «конечным ощущением».

Brief analysis of separate aspects of physical rehabilitation of persons with acquired contractures is presented in this article. The method of testing “end feel” is revealed.

Актуальність. Контрактурою називають обмеження нормальної амплітуди руху у суглобі. Це обмеження переважно є зумовленим механічними перешкодами, які виникли в межах суглоба, або навколосуглобовими патологічними змінами у шкірі, фасціях, зв'язках, сухожиллях [1].

У сучасній медичній літературі пропонується декілька класифікацій контрактур. Зокрема, розглядають природжені та набуті контрактури, які за походженням поділяють на післятравматичні, післяопікові, післяімобілізаційні, анталгічні [1-4].

Найбільш поширеними є набуті контрактури, що виникають внаслідок травм внутрішньосуглобових переломів, пошкодження зв'язок та капсули), запальних та дистрофічних процесів у суглобі, тривалої імобілізації, оперативних втручань на суглобах, уражень прилеглих тканин.

Набуті контрактури спричиняють відносно вкорочення кінцівок та значні рухові дисфункції. Зокрема, це порушення функції ходи і необхідність користуватися паличкою або милицями (при контрактурах нижніх кінцівок), труднощі у самогляді та самообслуговуванні (при контрактурах верхніх кінцівок). У важких випадках може виникнути тривала непрацездатність, або інвалідність.

Більшість контрактур лікують консервативними методами. При цьому велика відповідальність падає на фахівців фізичної реабілітації, оскільки фізична вправа є головним засобом відновлення нормальної амплітуди рухів. Водночас питання ліквідації (розробки) контрактур у виховній літературі висвітлені побіжно, або взагалі не згадуються [1,5-7]. Переважно автори обмежуються рекомендацією поєднувати фізичні вправи з фізіотерапією при консервативному лікуванні. Лише поодинокі фахівці подають окремі загальні рекомендації щодо застосування фізичних вправ. Так Олекса А.П. (2006) вказує на необхідність участі самого пацієнта у розробці контрактур і пропонує застосовувати активні вправи в межах безболісної амплітуди замість грубих пасивних рухів. При цьому автор майже не аналізує особливостей розробки окремих видів контрактур [1].

Таким чином, питання розробки контрактур залишається теоретичною та практичною проблемою сучасної фізичної реабілітації і потребує подальшого опрацювання.

Метою нашого дослідження є окреслення окремих особливостей реабілітації осіб з набутими контрактурами.

Робота виконувалася в рамках Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006-2010 роки за темою 4.1.2 “Фізична реабілітація неповносправних осіб з руховими дисфункціями” (керівники теми: проф. В.М. Шевага, доц. А.С. Вовканич).

Результати дослідження.

Аналіз фахової літератури та наш досвід свідчать, що завдання повного та швидкого відновлення осіб з набутими контрактурами повинно вирішуватись у тісній співпраці лікаря та фахівця фізичної реабілітації. На першого із них покладено відповідальність за призначення та координацію всіх терапевтичних заходів, а на другого припадає лівова частка часу роботи з пацієнтом.

На нашу думку, одним із важливих питань у співпраці лікаря та реабілітолога є відповідна діагностика контрактур. Таку діагностику виконує лікар на основі анамнезу, клінічних та рентгенологічних даних [1].

Для реабілітолога, який складає та виконує програми фізичної реабілітації, важливо отримати від лікаря точну вихідну інформацію щодо структури, яка спричиняє обмеження руху. У цьому допомагає класифікація контрактур за локалізацією первинних змін, згідно якої виділяють такі основні види контрактур:

- міогенна – виникає внаслідок ураження м'язової тканини;
- артрогенна – внаслідок ураження суглоба;
- дерматогенна – внаслідок рубцювання шкіри;
- десмогенна – внаслідок рубцювання зв'язок, фасцій, апоневрозів;
- тендогенна – внаслідок зрощення сухожилля з його піхвою;
- неврогенна – внаслідок порушень діяльності нервової системи [1-4].

Досвід показує, що складною проблемою є розробка поєднаних контрактур. Прикладом таких контрактур є міоартрогенні, дермо-десмо-міогенні. У цих випадках рух обмежується кількома різними структурами, але вплив цих структур на обмеження не є пропорційним і може мінятись навіть протягом одного заняття з пацієнтом.

Іншим важливим аспектом є те, що на практиці лікарі часто обмежуються лише визначенням контрактури за походженням (післятравматична, післяімобілізаційна). Як наслідок, реабілітолог не отримує достатньо інформації про причину зупинки руху, виникають труднощі у складанні реабілітаційної програми та затягується час розробки. Збільшення періоду розробки може спричинити перехід одного виду контрактури у інший. У нефункціонуючому суглобі виникають вторинні зміни. Тривала анталгічна контрактура може перейти у міогенну, десмогенну, а згодом у артрогенну. Контрактура, яка на початку свого розвитку завжди є однопричинною, стає поліпричинною [1-3].

Ключовим питанням для ефективної розробки ми вважаємо чітку локалізацію структури, яка у конкретний момент є причиною обмеження – обмежуючого чинника. Саме на відновлення її рухливості реабілітологу необхідно звернути основну увагу. Зміна обмежуючого чинника повинна стати підставою для негайної корекції реабілітаційної програми.

Для уточнення обмежуючого чинника ми використовуємо тестування «кінцевого відчуття» у суглобі за методом англійського фахівця з реабілітації Д.Сиріакса [8,9].

Насамперед, необхідно декілька разів повільно виконати пасивний рух по зростаючій амплітуді. При цьому реабілітолог звертає увагу на амплітуду руху у кожному напрямі, силу болю, спричинену рухом, та свої відчуття у кінці амплітуди після прикладення невеликого зусилля. Саме цю останню характеристику і називають «кінцевим відчуттям» (end feel). Д.Сиріакс описав три нормальних та п'ять патологічних кінцевих відчуттів.

Перше нормальне кінцеве відчуття називається «кістка до кістки» і характеризується як тверде і безболісне, наприклад, розгинання ліктя. Друге називається «стискання м'яких тканин». Його прикладом є згинання в коліні. Третє нормальне кінцеве відчуття називається «розтяг м'яких тканин». Прикладом може бути ротація плеча.

Згідно Д.Сиріаксу, патологічні кінцеві відчуття виникають при передчасній зупинці руху в суглобі і можуть бути описаними таким чином:

1. Спазм м'яза: м'яз рефлекторно зупиняє рух через сильний біль.

2. Капсульне: подібне до нормального відчуття розтягу м'яких тканин, але виникає значно раніше, відчуття віддачі відсутнє.
3. Кістка до кістки: подібне до нормального, але виникає раніше.
4. Пружинистий блок: виникає ефект віддачі при найбільшій амплітуді.
5. Порожнє: відсутність механічної протидії, але рух зупиняється через сильний біль.

Патологічне кінцеве відчуття «спазм м'яза» є характерним для анталгічних контрактур. При цьому виникає швидке рефлекторне напруження м'язів-антагоністів, яке реабілітолог легко може пропальпувати. Пальпація допомагає диференціювати міогенну контрактуру, при якій зростання тонусу м'язів-антагоністів та опору рухові відбувається повільно.

Капсульне патологічне кінцеве відчуття виникає при потовщеній капсулі і найчастіше є ознакою артрогенної контрактури. Реабілітологу слід пам'ятати, що потовщена капсула обмежує рухливість суглоба у різних напрямках. При десмогенній контрактурі також виникає капсулярне відчуття, але рух є обмежений переважно в одному напрямку.

Патологічне відчуття «кістка до кістки» виникає при деформаціях суглобових поверхонь внаслідок остеоартритів, або внутрішньосуглобових переломів, і є ознакою таких артрогенних контрактур, які практично не піддаються розробці.

«Пружинистий блок» з'являється, коли поміж суглобові поверхні потрапляє частина хряща, кістки або розірваного меніска.

«Порожнє» патологічне кінцеве відчуття можна спостерігати при гострих артритих, періартритах, пухлинах. Очевидно, що розробку у таких станах не проводять.

Наш досвід свідчить, що при обстеженні пацієнтів методом «кінцевого відчуття» з післятравматичними та післяімобілізаційними контрактурами, як правило, не виникає особливих труднощів із визначенням обмежуючого фактора.

Ми пропонуємо таку послідовність дій реабілітолога при обстеженні амплітуди руху:

1. Візуальна оцінка обсягу активного руху у суглобі.
2. Візуальна оцінка обсягу пасивного руху у суглобі.
3. Вимірювання амплітуди руху гоніометром.
4. Тестування пасивним рухом, визначення «кінцевого відчуття», пальпація
5. Локалізація структури, що зупиняє рух (визначення обмежуючого чинника).
6. Вибір засобів та методів реабілітації.

Висновки.

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою лікувального процесу осіб з набутими контрактурами. У сучасній фаховій літературі проблемі розробки набутих контрактур приділяється недостатньо уваги.

Необхідною умовою для початку фізичної реабілітації ми вважаємо встановлення лікарем виду контрактури за локалізацією первинних змін. Ця класифікація допомагає фахівцю фізичної реабілітації отримати інформацію для створення індивідуальної програми реабілітації, основою якої є застосування фізичних вправ.

Для більш точної локалізації структури, яка у конкретний момент спричиняє обмеження руху (обмежуючого чинника), ми рекомендуємо використовувати тестування «кінцевого відчуття» у суглобі за методом англійського фахівця з реабілітації Д.Сиріакса. Це простий та інформативний метод, який допомагає фізичному реабілітологу здійснювати оперативний і поточний контроль за перебігом реабілітації та ефективно коригувати реабілітаційну програму.

Запропонований варіант обстеження суглобів за допомогою «кінцевого відчуття» у жодному разі не заміняє клінічну та рентгенологічну діагностику контрактур, що виконує лікар, а лише доповнює її.

Перспективу подальших досліджень ми бачимо у створенні програм фізичної реабілітації для розробки окремих видів контрактур.

ЛІТЕРАТУРА

1. Олекса А.П. Ортопедія. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 528 с.
2. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика: Руководство-справочник. – Таганрог: «Прогресс», 2001. – 512 с.
3. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія: Підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. – К.: Здоров'я, 2005. – 384 с.

4. Юмашев Г.С., Мусалатов Х.А. Травматология и ортопедия. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
5. Мурза В.П. Фізична реабілітація: Навч. посіб. – К.: Орлан, 2004. – 559 с.
6. Мухін В.М. Фізична реабілітація: Підруч. для студ. вищих навч. закл. фіз. виховання і спорту. – К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
7. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Т. 1 / Под. ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 1998. – 224 с.
8. Cyriax J. Textbook of Orthopaedic Medicine: Diagnosis of Soft Tissue Lesions. – 8th ed. – London: Bailliere Tindall, 1982. – 454 p.
9. O'Sullivan S., Schmitz T. Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment. – 4th ed. – Philadelphia: F.A. Davis, 2000. – 787 p.

А.М. ЗАЧЕПА

АРМІЯ ТА НАЦІОНАЛЬНА ІДЕЯ

Досліджуються проблеми соціально-психологічної структури, взаємин в колективі курсантів, методи і форми етично-психологічної корекції індивідуальної недисциплінованості курсантів військових вищих учбових закладів.

Исследуются проблемы социально-психологической структуры, взаимоотношений в коллективе курсантов, методы и формы нравственно-психологической коррекции индивидуальной недисциплинированности курсантов военных ВУЗ.

Problems of social and psychological structure, relations in a collective of military' students are considered; the methods and forms of moral and psychological correction of military institutions students' personal indiscipline are developed.

Для українського військовика, як і для кожного українця зокрема, характерним є перевага чуттєвого елемента над раціональним та розумовим чинниками. На думку професора І.Мірчука, українці здатні до безмежного захоплення та піднесення, але після першої ж невдачі зневіряються в успіху.

Керована насамперед почуттями, а не розумом, воля не виявляє твердості, а елементи сумніву, які за короткий час впадають з однієї крайності в іншу. Перевага почуття визначає і наступний основний елемент українського світогляду – глибоку релігійність. Всі ці елементи повинні враховуватись при формуванні світогляду майбутніх правоохоронців.

Як відомо, військо існує доти, доки живе його офіцерський склад, офіцерство є хребтом армії, а працю офіцерів порівнюють з працею апостолів: вона потребує подвижництва та героїства; держава змушує особистість підпорядковувати їй свої життєві пріоритети, зобов'язує офіцера служити, керуючись не страхом, а сумлінням.

Видатний військовий діяч минулого, родом з-під Конотопа, генерал М. Драгомиров, так визначив роль офіцера у суспільстві: «Офіцер – це не тільки військовий чин, але й громадський діяч...». У даний час, коли відповідні чиновницько-бюрократичні кола створюють армії імідж утриманки, в суспільстві складається враження, що армія не потрібна, що нам ніхто не загрожує. Але при цьому забувається відома істина про те, що армія – найпотужніший інститут держави – забезпечує її непорушність і сталість, є гарантом правопорядку в державі. Тільки армія, а не поліція, спроможна в будь-яку хвилину припинити антидержавну діяльність, і ніяка державна інституція, яка називається силовою структурою, не може зрівнятись у силі з армією, що впродовж історії різних країн не раз підтверджувалось [1, с. 17].

Для виховання справжніх патріотів-офіцерів потрібно докорінно змінити систему виховної роботи у військових закладах, відійти від стереотипів виховання «патріотів» в Червоній радянській армії, які за своєю суттю такими і залишилися, тільки змінили назви і вивіски: ленінські кімнати стали називатись світлицями, а замість портретів членів політбюро повісили портрети гетьманів, замінили Леніна на Шевченка, а наукового підходу до цього процесу немає. Цю роботу потрібно наповнити національно-патріотичним змістом, щоби багатоетнічне українське військо не складалося з російськомовних офіцерів-виховників, бо вони пасивно чи активно (це нічого не змінює) виконують свої функціональні обов'язки: розповсюджують газети, організують перегляд телепередачі «Служу