

Заключення. Результати приведенного дослідження показали, що розроблена програма відновлення привела к більш значимому удосконаленню функцій колінного сугава і може бути рекомендована для відновлення пацієнтів с гонартрозом на стаціонарному етапі лічення.

Література:

1. Епифанов В.А. Средства физической реабилитации в терапии остеоартроза / В.А. Епифанов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2008. – № 1(49). – С. 3–12.
2. Лесняк О.М. Диагностика, лечение остеоартроза и реабилитации больных в условиях общей врачебной практики: Учеб. пособие для врачей-курсантов, клинических ординаторов и интернов кафедры семейной медицины / О.М. Лесняк. – М., 2005 – 38 с.
3. Сазонова Н.В. Динамометрические показатели мышц нижних конечностей у больных остеоартрозом / Н.В. Сазонова, В. А. Щур // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова: научно-практ. журнал. – 2008. – № 4 – С. 40–43.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ

Тетяна Цюпак, Юрій Цюпак, Віктор Драченко

*Східноєвропейський національний університет
імені Лесі Українки, м. Луцьк*

Постановка проблеми. Варикозна хвороба (ВХ) – розширення поверхневих вен нижніх кінцівок із неспроможністю клапанів і порушенням кровотоку. Вона може бути самостійним захворюванням або симптомом іншої хвороби [1].

“Українською особливістю” хронічних захворювань вен нижніх кінцівок є висока (45%) частота розвитку венозних виразок у віці 40–60 років. В той час, як у світі це ускладнення розвивається найчастіше після 80-ти років. Одним з факторів, що призводить до розширення вен нижніх кінцівок може бути особливості професійної діяльності –

необхідність перебувати тривалий час у вертикальному статичному положенні. Поширеність хвороби переважно серед працездатної частини населення і вимагає вирішення вказаної проблеми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Як в нашій країні, так і за кордоном з'ясуванням причин і механізмів розвитку ВХ, вдосконаленню методів діагностики, лікування, профілактики і т.д. займаються центри судинної хірургії і спеціалізовані флебологічні відділення. У вдосконаленні методів профілактики і реабілітації ВХ підключилися і спеціальні реабілітаційні центри спортивної медицини, так як це захворювання не рідко спостерігається у видах спорту де часто виникають великі статичні навантаження і особливо у жіночих видах спорту (важка атлетика, культуризм, армрестлінг і ін.) [2,3,4].

Прогноз при ВХ сприятливий для життя. Проте втрата або обмеження працездатності у стадії декомпенсації спостерігається у 20–50 % хворих. Загальнопризною є роль лікувальної фізичної культури в профілактиці і реабілітації ВХ. Проте методика застосування лікувальної гімнастики і інших форм лікувальної фізичної культури все ще розроблені недостатньо повно. Багато що залишається спірним і нев'яясненим в тактиці застосування відновних засобів після великих фізичних навантажень у видах спорту, специфіка яких може сприяти виникненню ВХ [2, 3].

Мета дослідження – запропонувати засоби профілактики та реабілітації при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок.

Виклад основного матеріалу. Основними причинами первинного варикозного розширення вен вважають слабкість м'язово-еластичних волокон стінок поверхневих вен і вроджену неповноцінність їх клапанного апарату. Зазначені чинники лише призводять до анатомічної і функціональної неповноцінності поверхневої венозної системи нижніх кінцівок, а розширення просвіту вен відбувається під впливом підвищення внутрішньо-венозного тиску. При слабкості м'язово-еластичних утворень венозної стінки у відповідь на збільшення внутрішньо-венозного тиску розвивається незворотні збільшення просвіту вен [5].

До утруднення відтоку крові призводять також екстравазальні звуження магістральних вен. Застій крові в першу чергу позначається на стані поверхневих вен. Розвивається їх ектазія, в результаті якої стулки клапанів відходять одна від одної і втрачають стульовальну функцію.

Приєднання клапанної недостатності веде до значного збільшення гідростатичного тиску діючого на стінки вен. У змінених венах виникає ретроградний кровотік [5]. Патологічне скидання крові з глибоких в поверхневі вени відіграє важливу роль у розвитку варикозного розширення вен. Під час скорочення м'язів гомілки тиск в глибоких венах підвищується. Якщо при цьому клапани перфорованих вен і решта клапанів великої і малої підшкірних вен неспроможні, то порція крові при скороченні м'язів поступає під великим тиском в поверхневі вени і створює в них умови для розширення [2,5].

При порушенні периферичного венозного кровотоку в арсеналі реабілітаційних заходів особливе місце відводиться лікувальній фізичній культурі (ЛФК). Методи ЛФК більш ефективні у початкових стадіях захворювання і особливо для осіб, які мають спадкову схильність, або з особливостями професійної діяльності. Зважаючи на вищезазначене, ми запропонували наступні засоби профілактики та реабілітації: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, методи апаратної фізіотерапії, природні чинники, гідропроцедури, компресійна терапія, препарат «Детралекс».

Ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) застосовувалася щодня тривалістю 10-15 хвилин. Важливим фактором застосування РГГ було поєднання її з самомасажем. Після занять РГГ застосовували ходьбу босоніж, прохолодний гідромасаж для покращення тонуусу венозної стінки, зменшення гіпертонуусу м'язів нижніх кінцівок, зняття набряків, судом.

Дозована ходьба призводила до підвищення силових можливостей м'язів нижніх кінцівок. Вона повинна проводитись босоніж або у взутті з якомога тоншою підошвою. Основні методики ходьби босоніж: ходьба по піску, по гальці, по колючому настилу, по м'якому настилу. Необхідно чергувати ходьбу по 5 хв. на кожному покритті, загальною тривалістю до 30 хв.

Для зняття статичного компоненту розвитку ВХ та роботи м'язової помпи надзвичайно ефективним є плавання, особливо способом брас. Заняття проводились тривалістю до 30 хв. з помірними швидкісними навантаженнями.

Магнітотерапія рекомендувалася з метою покращення мікроциркуляції, зняття набряку, стимуляції регенеративних процесів.

Застосування компресійної (стискаючої) терапії полягало у застосуванні еластичного трикотажу I ступеня компресії для запобігання розширення вен. Перед використанням необхідно полежати з припіднятими ногами до 10–15 хвилин.

Лікувальний масаж нижніх кінцівок та самомасаж рекомендувався з метою поліпшення кровообігу, зняття набряку та втоми.

Медикаментозне лікування включало застосування препарату «Детралекс», основним ефектом якого є покращення лімфодренажної функції та венозного відтоку.

На початку дослідження пацієнти оцінювали ступінь болю у нижніх кінцівках за 5-бальною шкалою. Так, середні показники оцінки болю були наступними: в області стегна – 2 бали; в області гомілки – 3,8 бали; в області стопи – 2,8 бали. На кінець дослідження середні показники відчуття болю у нижніх кінцівках були такі: в області стегна 1,0 бали; в області гомілки – 2,4 бали; в області стопи – 1,2 бали. Крім цього, при проведенні опитування пацієнтів до експерименту важкість і втомлюваність у нижніх кінцівках зазначили всі респонденти (100%). У кінці експерименту важкість і втомлюваність у нижніх кінцівках зазначили 60 % пацієнтів.

При анкетуванні ми виявили, що 60 % пацієнтів до експерименту мали скарги на пастозність гомілок в кінці робочого дня. Після проведення реабілітаційних заходів вона зменшилась до 35%.

Судоми литкових м'язів, особливо в нічний час, спостерігались у 58% респондентів. Після курсу реабілітації ці скарги виказували лише 17%.

Отже, запропоновані профілактичні та реабілітаційні заходи дозволили зменшити ризик розвитку ВХ та її ускладнень.

Висновки:

1. Консервативне лікування ВХ направлене на запобігання прогресування хвороби та її ускладнень. Воно застосовується: при незначному або помірному розширенні вен (стадія компенсації), в осіб, яким операція протипоказана. Консервативне лікування не може ліквідувати ВХ. Профілактичні та реабілітаційні заходи, що включають ЛФК у відповідних формах, компресійну терапію, фізіотерапевтичні процедури, медикаментозну терапію є ефективними у профілактиці та лікуванні ВХ, перешкоджаючи подальшому розвитку патологічного процесу.

2. На кінець дослідження середні показники відчуття болю в нижніх кінцівках у пацієнтів зменшились; важкість і втомлюваність зазначили 60 % хворих; пастозність гомілок зменшилась до 35%; судоми литкових м'язів після курсу реабілітації у зазначених пацієнтів становили 17%.

3. Запропоновані профілактичні та реабілітаційні заходи покращили стан пацієнтів зі схильністю та хворих на ВХ, призупинили розвиток патологічного процесу.

Література:

1. Большая медицинская энциклопедия. – М.: Астрель, 2001. – 736с.
2. Лечебная физическая культура в хирургии/Подред. В.К.Добровольского. Л.: Наука, 1970. – 193 с.
3. Озолинь П.П. Адаптация сосудистой системы к спортивным нагрузкам / П.П.Озолинь. – Рига: Знание, 1984. – 135 с.
4. Скарде Я.В. Особенности рационального кровотока при статических усилиях / Я.В. Скарде, Д.Б.Шмулян // Теория и практика физической культуры, 1968. – № 12. – С. 25–29.
5. Флебология: Руководство для врачей / В.С.Савельев, В.А.Гологорский, А.И. Кириенко и др. // под ред. В.С.Савельева – М.: Медицина, 2001. – 664 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕСУ ВТРИМАННЯ РІВНОВАГИ, МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТУВАННЯ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

**Катажина Базарнік-Муха, Агнешка Гужік,
Анджеліна Волян-Нєрода, Ева Шеліга**

Медичний факультет Жешувського університету, Польща

Анотація. Рівновага тіла визначається як здатність втримання удару центром тяжіння тіла, беручи до уваги поверхню підтримки, яка визначена контуром стоп. Рівноважні реакції, як компенсація коливань м'язової напруги, з метою відновлення рівноваги в даній позиції з'являються приблизно на 6–8 місяці життя, а повністю розвиваються