

- електростимуляція сегментарно-рефлекторних зон, як один з методів РТ, мала найбільший вплив у лікуванні дівчат без виражених ознак ЗФР;
- комбіноване застосування ЛФК і РТ виявилось більш ефективним у порівнянні з використанням лише ЛФК;
- встановлено, що результативність процесу лікування залежить від термінів введення реабілітаційних заходів: у 13-14 років вона найвища (75-80 %), у 15-18 років - найнижча (25-30 %), що пояснюється прогресуванням патологічних змін з віком.

Проведені дослідження показали можливість раціонального впровадження в курс традиційного лікування дівчат з гінекологічною патологією спеціального комплексу ЛФК і РТ, що свідчить про необхідність подальшої розробки схем їх використання і поглибленого вивчення цієї проблеми.

ОСОБЛИВОСТІ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УШКОДЖЕННІ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

ФАРИБОРЗ ХОВАНЛУ

Український державний університет фізичного виховання і спорту

Актуальність проблеми полягає в тому, що серед травм верхніх кінцівок (Слобін Б.О., 1985; Пархотик І.І., 1996, С]тmenss., 1993), близько 75% становлять травми з ушкодженням нервово-м'язового апарату. У наш час (Дрюк Н.Ф., Лисайчук Ж.С., 1989; Югай Д.Ф., 1991; Вірчг., 1986) значного поширення набуло застосування мікрохірургічних методів відновлення ушкоджених нервів. Однак у багатьох випадках результати операцій по відновленню залишаються незадовільними, що обумовлено насамперед недостатньою увагою до питання щодо фізичної реабілітації оперованих хворих.

Виходячи з цього, метою нашого дослідження стала розробка методичних основ побудови програми кінезіотерапії осіб після мікрохірургічного відновлення ушкодженого нервово-м'язового апарату верхніх кінцівок. Зазначена робота здійснювалась нами у відділенні мікрохірургії інституту клінічної й експериментальної хірургії АМН України. Під нашим наглядом перебували 45 хворих чоловіків віком від 11 до 49 років з ушкодженням нервово-м'язового апарату, різним за локалізацією та етіологією. Тривалість захворювання у 75% хворих становила від 6 місяців до 1 року, у 15% хворих - від 1 до 2 років. Найчастіше травми супроводжувались анатомічним перериванням нервового стовбура. У 25% хворих переважав синдром повного переривання ушкодженого

нерва, у 75% хворих - часткового. Серед ушкоджень ушкодження дорожньо-транспортного походження становили 18%, вогнегостальні поранення - 11%, опіки й електроопіки - 13%, побутові травми - 31%, поранення як результат дії сторонніх предметів (скло, ніж) - 27%. Для обґрунтованого застосування комплексу фізичних засобів при ушкодженнях нервово-м'язового апарату що супроводжувалися денервацією м'язів, визначались зміни, які відбулися у тканинах верхніх кінцівок, вивчалася ефективність фізичної реабілітації за допомогою біохімічних й антропометричних методів дослідження. В ході дослідження застосовувалися спеціальні тести (тест Вебера, тест Тиннеля, тактильний створеногност).

При розробці програми фізичної реабілітації хворих головна увага приділялась таким показникам: час, що минув від моменту травми, рівень, характер й ступінь ушкодження нервово-м'язового апарату. При цьому також бралися до уваги загальний стан постраждалого й відсутність (наявність) виражених психоемоційних змін. Все це дозволило застосовувати активну рухову терапію з урахуванням не тільки характеру травми, але й особливостей особистості та її психоемоційного стану. В основу побудови програми фізичної реабілітації хворих були покладені індивідуальний підхід, ранній початок застосування (3-5 днів) й комплексність. Відповідно до кожного етапу лікування добиралися індивідуальні засоби кінезітерапії.

Перший етап - гострий період. На цьому етапі головним засобом реабілітації було лікування положенням, спрямоване на попередження перерозтягання паралітичних м'язів, створення правильної фізіологічної установки верхніх кінцівок. На цьому етапі відновлювального лікування хворих використовувалися ідеомоторні та ізометричні вправи для хворої руки й активна лікувальна гімнастика для здорової руки, масаж, а також комплекс дихальних вправ. Застосування зазначеного комплексу лікування сприяло зменшенню денерваційної атрофії, поповненню ускладнень та спайок.

Другий етап - відновлювальний період. Головним завданням кінезітерапії на даному етапі лікування було тренування основних параметрів рухових функцій нервово-м'язового апарату, що передбачало поступове й дозоване збільшення сили м'язового скорочення, його амплітуди, адекватної швидкості й скоординованості рухів. На цьому етапі лікування великого значення набуло досягнення пропріоцептивного нервово-м'язового полегшення. Зазначений комплекс лікування передбачав використання пасивних, активно-пасивних вправ та трудотерапії.

Окрім наведеного комплексу вправ, в ході реабілітації використовувалися електростимуляція, гідро-, фізіотерапія та масаж.

Третій етап - завершальне відновлення трудових й соціальних функцій. Кінезітерапія спрямовувалась на тренування м'язової сили, ам-

плітуди й темпу руху, а також підвищення погодженості й скоординованості рухів ушкоджених верхніх кінцівок. З цією метою хворі займалися активною кінезітерапією, що передбачала вправи з постійно зростаючим опором, а також механо- й трудотерапію.

В процесі фізичної реабілітації спостерігалась поява або значне збільшення всіх видів рухів в ушкоджених суглобах верхньої кінцівки. Мало місце підвищення тонусу й м'язової сили. Так, вже на кінець першого періоду лікування м'язова сила кисті зросла з 3.2 ± 0.05 до 21 ± 3.34 , $P = 0.001$. Тести Вебера, Тиннеля й показники стереогнозу засвідчили процес значного підвищення больової, температурної й тактильної чуттєвості. Дані фізіологічних досліджень також засвідчили значне покращення біоелектричної активності м'язів: сумарна біоелектрична активність м'язів зросла з $183,3 \pm 19,2$ до $385,2 \pm 23,5$, MV $P=0,001$, об'ємний кровотік - від $2,1 \pm 0,05$ до $2,8 \pm 0,04$ мм/хв на 100 грамів тканини, $P=0,01$. Таким чином, аналіз одержаних даних дозволяє дійти висновку, що розроблена нами програма фізичної реабілітації значно прискорює процес регенерації ушкодженого нервово-м'язового апарату, сприяє відновленню функцій й запобігає розвитку посттравматичних ускладнень.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕТОДИКИ ЛФК, МАСАЖУ Й ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

МАХАМАД АСАД (Сирія)

Український державний університет фізичного виховання і спорту

На цей час серед виробничих і побутових травм значне місце посідають ушкодження кінцівок (20%), при яких часто ушкоджуються периферичні нерви. Для усунення дефектів нервів кінцівок використовують вільне пересадження трансплантантів, яке в багатьох випадках забезпечує поліпшення втрачених функцій. Після проведення операції необхідне тривале відновлювальне лікування. Нами була запропонована комплексна методика, що складається з лікувальної фізичної культури, масажу й електростимуляції. Заняття починалися на 2 день після зняття лонгета. Методика ЛФК включала в себе вправи спрямовані на підвищення тонусу м'язів при ішемічній контрактурі і розслаблення при рефлекторній контрактурі, збільшення рухливості в найближчих суглобах, тренування паретичних м'язів нижніх кінцівок. На 3-4 день після зняття лонгета підключалися масаж і електростимуляція в кількості 10 процедур.