



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

- необхідність розробки нових ефективних методів комплексної фізичної терапії дітей із захворюванням на ДЦП визначає своєчасність детального вивчення цієї, складної та важливої проблеми, а також визначає актуальність розробки комплексних програм фізичної терапії для дітей із захворюванням на ДЦП, які сприятимуть більш повному відновленню рухових функцій, а також підвищенню якості життя пацієнтів.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ У БІГУНІВ

Долженко А.В., III медичний факультет, 3 курс
(наук. кер. доц. Шаповалова І.В.)

Актуальність. Внаслідок стрімкого розвитку сучасного спорту вимоги до спортсменів зростають з кожним роком. За для досягнення поставленої мети, спортсмени нехтують своїм здоров'ям. Це проявляється у нераціональному навантаженні на організм, відсутністю розминки перед тренуванням та недостатністю часу на відновлення сил, що значно підвищує ризик отримання травми. Пошкодження гомілкового суглоба зустрічаються від 6 до 21% із загального числа травм опорно-рухового апарату і до 40-60% з числа ушкоджень нижньої кінцівки. Розрив ахілового сухожилля - одна з найпоширеніших травм серед атлетів-бігунів, яка виникає, внаслідок постійних мікротравм, тобто його перенапруження, через слабкість литкових м'язів, або неправильну постановку стопи під час бігу.

Мета дослідження: дослідити ефективність програми фізичної терапії після хірургічного лікування розриву ахілового сухожилля у бігунів.

Завдання дослідження: 1) аналіз наукової та науково-методичної літератури; 2) складання програми фізичної терапії після хірургічного лікування розриву ахілового сухожилля у бігунів; 3) оцінка ефективності складеної програми фізичної терапії.

Матеріали та методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, гоніометрія, тест Ромберга, мануально-м'язове тестування (далі ММТ), педагогічні методи, методи математичної статистики. Контингент досліджуваних склав 14 пацієнтів спортсменів бігунів після хірургічного лікування розривів ахілового сухожилля, які були розподілені на дві групи: контрольну (КГ) $n=6$ та експериментальну групу (ЕГ) $n=8$. Експериментальна група займалася за розробленою програмою фізичної терапії, а контрольна група – за стандартною програмою лікувального закладу. Програма фізичної терапії безпосередньо залежала від періоду лікування та складалася з кінезотерапії, гідрокінезіотерапії, тейпування, лікувального масажу із застосуванням аплікатору Ляпко, фізіотерапевтичних процедур. Була спрямована на покращення крово- та лімфообігу, профілактику тугорухливості в гомілковостопному суглобі й атрофії м'язів, відповідала критеріям адекватного рухового режиму та своєчасному його розширенню. Виконувалися загальнорозвиваючі, статичні і динамічні дихальні вправи, ізометричні та ідеомоторні вправи для травмованої кінцівки, допоміжні засоби пересування, спеціальні активні вправи для відновлення амплітуди руху у гомілковостопному суглобі. Програма фізичної терапії поступово ускладнювалась відповідно до відновлення рухових можливостей та індивідуальних особливостей пацієнта.

Отримані результати. При початковому обстеженні пацієнтів обох груп показники значно не відрізнялись між собою. На початку дослідження результати складали: ММТ литкового м'яза в КГ та ЕГ складало $3 \pm 0,3$ бали ($p > 0,05$); проба Ромберга в КГ складала $7,68 \pm 0,4$ с. ($p > 0,05$), в ЕГ складала $6,75 \pm 0,34$ с. ($p > 0,05$), гоніометрія (згинання-розгинання) в КГ складало $103^\circ \pm 0,56 - 82^\circ \pm 0,34$ ($p > 0,05$), в ЕГ складало $101^\circ \pm 0,23 - 80^\circ \pm 0,25$ ($p > 0,05$).

В кінці дослідження показники складали: ММТ литкового м'яза в КГ складала $3 \pm 0,3$ бали та ЕГ складало $5 \pm 0,23$ бали ($p < 0,05$); проба Ромберга в КГ складала $9,35 \pm 0,4$ с. ($p < 0,05$), в ЕГ складала $58,62 \pm 0,34$ с. ($p < 0,05$), гоніометрія (згинання-розгинання) в КГ складало $103^\circ \pm 0,56 - 82^\circ \pm 0,34$ ($p < 0,05$), в ЕГ складало $126^\circ \pm 0,54 - 73^\circ \pm 0,35$ ($p < 0,05$).

Висновок: відповідно до порівняльної характеристики показників на початку та в кінці дослідження дійшли до висновку, що проведена програма фізичної терапії виявилася ефективною та сприяла скороченню строків відновлення функціонального стану гомілковостопного суглоба та повернення до повсякденного життя.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ТРАВМАХ І ПОШКОДЖЕННЯХ ЗВ'ЯЗОК КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Пошелюк Д.І., III медичний факультет, 3 курс
(наук. кер. доц. Черненко О.Є.)

Актуальність проблеми. У XXI столітті травматизм є дуже поширеною медико-соціальною проблемою. Причини летальності в результаті травми займають 3-тє місце, поступаючись лише серцево-судинним і онкологічним захворюванням, а в осіб молодого віку є провідними. В останні роки відзначається збільшення кількості травм серед найбільш працездатного контингенту населення. У процесі рухової активності людини велике навантаження припадає на колінний суглоб і від його стану, як суттєвої частини опорно-рухового апарату, залежать стійкість людини, витривалість під час ходьби, бігу і стрибків. Частота травматичних ушкоджень колінного суглоба в структурі травм опорно-рухового апарату становить від 50 до 70%. Це пов'язано зі складною анатомічною конфігурацією колінного суглоба та функціональною рухомістю у трьох проекціях. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що серед ушкоджень зв'язкових структур колінного суглоба провідне місце займають ушкодження хрестоподібних зв'язок та менісків.

Мета – вивчити особливості відновлення функцій колінного суглобу засобами фізичної терапії.

Матеріали та методи: аналіз сучасної наукової та методичної літератури, синтез та узагальнення отриманих даних.

Отримані результати. Причинами пошкоджень зв'язок колінного суглоба є удари по коліну, падіння на зігнутий колінний суглоб, насильницьке згинання, надмірна ротація гомілки при зігнутій нозі. Основними симптомами цих пошкоджень є локальний біль, припухлість, гемартроз, порушення опорної та рухової функцій. А специфічними ознаками при розривах хрестоподібних зв'язок є симптом передньої або задньої «висунутої шухляди» відповідно локалізації пошкодження; а ознаками пошкодження бічних зв'язок – бічне відхилення гомілки в протилежну пошкодження сторону. Пошкодженню передньої хрестоподібної зв'язки зазвичай передують травми колінного суглоба, відразу після якої виникає біль і сильний набряк коліна. При розриві передньої хрестоподібної зв'язки часто чути тріск, проте це неспецифічна ознака, яка буває і при розривах інших зв'язок колінного суглоба. Крім того, в момент травмування больові відчуття травмованої людини можна порівняти з больовими відчуттями, що схожі на ті, які мають місце при вивихові гомілки до переду або вбік. Крім передніх хрестоподібних зв'язок, з боків колінного суглоба розташовані бічні колатеральні зв'язки – медіальна і латеральна. У середині колінного суглоба знаходяться наймогутніші сполучнотканинні хрестоподібні зв'язки. Передня хрестоподібна зв'язка з'єднує стегнову кістку і передню поверхню великогомілкової кістки. Вона перешкоджає зсуву великогомілкової кістки вперед при русі.