



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

АДАПТАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕННЯХ

Братенко А.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Самура І.Б.

Кафедра фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Вивчення механізмів адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень, щоб розуміти можливості використання фізичних навантажень для оздоровлення людей.

Матеріали та методи. Аналіз наукової та навчально-методичної літератури щодо адаптації серцево-судинної системи при фізичних навантаженнях.

Отримані результати. У спорті поняття адаптації трактується як зміна стану функціональних систем організму з підвищенням зовнішніх дій для досягнення більш високого рівня результатів. Процеси адаптації виникають за певної інтенсивності та тривалості виконання тренувальних вправ. Як правило, високий рівень розвитку функціональної здатності апарату кровообігу характеризує високу загальну працездатність організму. Фізичне навантаження вимагає істотного підвищення функції серцево-судинної системи, від якої значною мірою залежить забезпечення працюючих м'язів достатньою кількістю кисню і видалення із тканин вуглекислоти та інших продуктів метаболізму. Зміни судинного тону проявляються у зниженні тону і, відповідно, розширенні судин периферичного судинного русла, що забезпечує доставку крові до працюючих м'язів.

Виділяють 5 основних типів реакції серцево-судинної системи: нормотонічний, гіпотонічний, гіпертонічний, дистонічний і ступінчастий.

Тривалі заняття спортом та фізичною культурою, особливо спрямовані на розвиток витривалості, супроводжуються певними змінами у серцево-судинній системі. Зокрема, у серці спостерігається дилатація, чи розширення порожнини серця. Так, у здорових нетренованих чоловіків у віці 20-30 років об'єм серця складає в середньому 760 см³, а в жінок 580 см³. У представників таких видів спорту як біг (довгі і середні дистанції), велоспорт (шосе), лижні перегони об'єм серця перевищує 1000 см³. Економізацію адаптованої серцево-судинної системи у порівнянні з неадаптованою можна спостерігати на прикладі: у стані спокою – частота серцевих скорочень зменшується з 65–72 до 40–50 уд / хв.

Висновки: Регулярні і тривалі фізичні навантаження позитивно впливають на стан серцево-судинної системи.

РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ДІТЕЙ

Борисова І. Є.

Науковий керівник: к.мед.н, доц. Пацера М.В.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Рівень дитячого травматизму останніми роками має тенденцію до зростання. Це пов'язано з умовами життя та віком дитини, її індивідуально-психологічними особливостями, недостатнім життєвим досвідом, підвищеною зацікавленістю до пізнання довкілля, а також із заняттями фізичною активністю, спортом.

Мета дослідження. Проаналізувати структуру дитячого травматизму серед дітей міста Запоріжжя та області за період з 2022 року до 2023 рік включно.

Матеріали та методи. При проведенні аналізу за указаний рік загальна кількість дітей, які отримали реабілітацію в Консультативно-діагностичному центрі КНП «Міської дитячої лікарні №5» Запорізької міської ради становила 420 пацієнтів. Відновлювальної терапії потребували діти, які перехворіли на пневмонію, бронхіт, мали порушення постави

різного ступеня вираженості, плоскостопість тощо. Реабілітовано 24 дитини з травмами, що становило 5,7% від загальної кількості пацієнтів.

Результати та обговорення. Особливу увагу привертає дитячий травматизм, насамперед спортивний. Травмування наших пацієнтів були представлені порушеннями, які підлітки отримали переважно під час занять у спортивних секціях. Також за допомогою зверталися діти після отримання травм на вулиці, побутових та дорожньо-транспортних пригод. Хлопці переважали серед травмованих, це пояснюється їх схильністю до рухливих ігор, активним способом життя і вибором силових видів спорту, атлетики. Дівчата частіше отримували травми під час прогулянок на вулиці при несприятливих погодних умовах, падіннях. Наші результати співпадають з даними літератури, яка описує причини виникнення травм у 82,5% випадків із-за поведінки самої дитини, і лише у 17,5% із дією «травмонебезпечної ситуації».

Висновок. Дитячий травматизм представлений переважно спортивними травмами. Заняття в спортивних секціях все більше стають травмонебезпечними. Підвищену рухову активність у дітей важливо поєднувати з розробкою ефективних заходів реабілітації підлітків з травмами. Обов'язково враховувати особистісні фізичні та психологічні характеристики дитини, її вікові та вольові особливості, готовність виконувати спортивні завдання під наглядом тренера, реабілітолога. Розробки правил захисту та профілактики спортивного травматизму у дітей допоможуть значно його зменшити.

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ МІЖРЕБЕРНІЙ НЕВРАЛГІЇ

Блик Р.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Козьолкін О.А.

Кафедра неврології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження – визначити основні техніки кінезіотейпування, що використовуються у пацієнтів з міжреберною невралгією.

Матеріали і методи: аналіз науково-методичної літератури і мережі «Internet», клінічні та педагогічні спостереження.

Отримані результати. Міжреберна невралгія характеризується больовим проявом нейропатичної етіології у локаціях ребер, грудей або животу. Причинами, зазвичай, є механічне пошкодження або запалення соматосенсорних нейронів унаслідок наступних передумов: нехтування руховою активністю, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, незручна поза при сидячій роботі, незручне спальне місце, тісна білизна, травми грудної клітки, переохолодження, деякі вірусні інфекції, неврити, стискання міжреберних нервів, аномальні нарости, вагітність, менопауза, торакотомії, тощо.

Симптомокомплекс: пекучий, гострий або стріляючий біль у локаціях навколо ребер, у верхній частині грудної клітки, у верхній частині спини. Додаткові симптоми: стискальне відчуття у зазначених локаціях поколювання, оніміння. Симптоми важких випадків міжреберної невралгії містять: мимовільне посмикування м'язів, зниження апетиту; параліч, м'язова атрофія, сильний біль. Постгерпетична невралгія може викликати свербіж і підвищену чутливість шкіри навіть до одягу.

Процедура полягає у використанні двох смужок кінезіотейпу для корекції лімфотоку. По-перше, приводять верхню кінцівку пацієнта у положення відведення з нахилом тулуба у здорову сторону. Далі, накладають основи першої смужки кінезіотейпу на 7-8 см вище і ззаду від верхньозадньої ості клубової кістки. При цьому, «хвости» орієнтуються під кутом 45° у передньоверхньому напрямку та накладаються з натягом у 15-25%.

Основа другої смужки кінезіотейпу накладається приблизно на 7-8 см ззаду і на 15 см догори від передневерхньої ості клубової кістки. Вихідне положення: верхня кінцівка пацієнта у положенні відведення, тулуб нахилений і ротований у здорову сторону.