16.10.2023).

УДК:615.8 : 616-001-082.8

Калініна Є. М.[1], Мальцева О. Б.[2], Самойленко С.М.[3]
[1]студентка, факультет здоров'я та фіз. виховання, ДВНЗ УжНУ;
[2]канд. мед. наук, доцент, ДВНЗ УжНУ;
[3]заступниця директора зі мед. питань, КНП «Ужгородська міська поліклініка»

ЗАНЯТТЄВА ТЕРАПІЯ ЯК НЕВІДЄМНА ЧАСТИНА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПОСТТРАВМАТИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ

Дослідження останніх років ряду науковців, Багрій І. П. (2014), Сітовського А. М. (2022), Кіреєва І. В та співавт. (2022), дозволили по новому розглянути патогенез травматичних ушкоджень опорно-рухового апарату, зокрема переломів, розробити нові підходи до процесів реабілітації, ерготерапії. Завдяки заняттєвій терапії покращується якість процесів відновлення, створюються умови для

попередження можливостей виникнення ускладнень, прискорюється відновлення функцій окремих органів і систем, поновлюється працездатність [1, 2, 3].

Результати тривалих досліджень Вакуленко В. О. та співавт. (2018), Таран І. В. та співавт. (2016), Мазепа М. (2017) свідчать, що реабілітаційні заходи мають розповсюджуватись на: повсякденні види діяльності, періоди відпочинку, навчання, роботи, ігри, дозвілля і соціальні контакти. Завдяки використанню опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної систем необхідно відновити послаблені (частково втрачені) уміння і навички, включаючи моторику; емоційну регуляцію, когнітивні, комунікативні і соціальні навички; особистісні, часові складові; активність перебування у соціальному середовищі. Через заняттєву активність адаптувати свою життєдіяльність загалом [4, 5, 6].

Мета дослідження: підвищити ефективність використання методик фізичної реабілітації хворих, що перенесли ПКП, в амбулаторних умовах. Об'єкт дослідження: заняттєва терапія в комплексі методик реабілітації для осіб, що перенесли посттравматичне ушкодження передпліччя. Предмет дослідження: ефективність заняттєвої терапії в комплексі методик реабілітації для осіб, що перенесли посттравматичне ушкодження передпліччя. Методи дослідження: основні скарги (болі, скутість, порушення координації, тощо); ступінь обмеження рухової активності ушкодженої кінцівки (гоніометрія); можливість виконання побутових операцій (особиста гігієна, одягання, прийом їжі, приготування їжі, прибирання, прання, закупи, тощо); проблеми психологічного плану (підвищена втомлюваність, підвищена родратованість тощо); пальпація, опитувальники. Під наглядом знаходились 27 хворих, що перенесли перелом кісток передпліччя і знаходились у відновному періоді захворювання. Хворі були розподілені на дві групи: контрольну та основну (КГ та ОГ). Хворі в КГ (11 пацієнтів) продовжували традиційну протибольову терапію, самостійно проводили масаж зони ушкодження та самостійно – вправи ЛФК. В ОГ (16 пацієнтів) для хворих було розроблено спеціальний комплекс ФР (індивідуальний підхід до хворого з врахуванням виду порушення після перенесеної травми та її місцезнаходження, педагогічний контроль процесу реабілітації, консультативна допомога. Комплекс ФР включав вправи лікувальної фізичної культури (ЛФК), самомасаж ураженої кінцівки. Використовували корегуючий комплекс фізичних вправ (природні і спеціально підібрані рухи), з метою прискорення і зрощування уламків, зміцнення м'язів, суглобів і зв'язок, розраховували навантаження на окремі групи м'язів, визначали

амплітуди, темп, інтенсивність рухів при виконанні однієї вправи, кратності повторень вправ ЛФК під час одного заняття.

При поступленні на курс реабілітації всі пацієнти (100%), скаржились на помірну болючість в зоні кісткової мозолі, обмеження рухливості при ротаційних рухах передпліччя та при рухах зап'ястком: згинання, розгинання, ротація. Хворих в обох групах турбувала помірно виражена болючість м'язів передпліччя при рухах, припухлість (набряклість) тканин передпліччя та зап'ястку, тугорухомість (скутість) всіх рухів передпліччям та в зап'ястку. Вони відчували слабкість ушкодженого передпліччя та обмеження рухливості передпліччя та зап'ястку.

При об'єктивному огляді були відмічені залишкові ознаки посттравматичного запалення в місці перенесеної травми: припухлість (набряк) м'яких тканин. При стисканні пальців в кулак – болючість в зоні припухлості (кісткової мозолі), що візуально проявлялась гримасою болі на обличчі пацієнта помірного ступеня вираженості. Після прохання до хворого провести рухи передпліччям та рухи в променезап'ястковому суглобі ушкодженої кістки було відмічено і об'єктивно – тугорухомість (скутість) зап'ястку. Індекс припухлості променезап'ясткового суглоба при нормі – 0 балів, у хворих, що перенесли ППК, склав 1-2 бали (помірні порушення). При загальному огляді – деформація (зміна форми) та порушення конфігурації передпліччя та зап'ястку.

Гоніометрія (вимірювання амплітуди рухів, в °) підтвердила порушення функціональної активності ушкодженої кінцівки: обмеження рухливості (ротація) передпліччя, а також обмеження рухливості кисті (рух променезап'ясткового суглоба): зменшення згинання в долонний бік та розгинання в тильний бік; відведення кисті в положення супінації у променевий бік, приведення кисті у ліктьовий бік. У всіх хворих було зафіксовано зниження сили м'язів кисті ушкодженої кінцівки, ослаблення пальцьового захвату при перенесенні предметів, зменшення сили кистьового стискання (динамометрії).

В ОГ процеси відновлення рухової активності в суглобах, сили м'язів, відбувалися при часто повторюваних складних координуючих рухах, (вони часто зустрічаються в побуті і при формуванні виробничих навичок): Утримувати в хворій руці спочатку легкі предмети (тримати олівець, намагатися виконувати найпростіші малюнки або записи,невелику книжку). Виконувати найпростіші рухи і навики: тримати виделку, гребінець, олівець. Пацієнтам були дані роз'яснення щодо ефективності рухів: легкі похитування травмованої руки (для розслаблення м'язів передпліччя). згинання та розгинання

пальців кисті, ізометричне напруження м'язів плеча і передпліччя, чергуючи його з розслабленням. згинання пальців в кулак, зведення та розведення пальців, їх протиставлення. Хворим пропонували починати з трудових операцій полегшеного характеру, що залучають до руху суглоби пальців кисті для жінок - плетіння, в'язання тощо). Використовувати елементарні трудові дії з частковою опорою травмованої руки на поверхню стола (склеювання конвертів, полірування і шліфування різних предметів). Надалі для підвищення витривалості і сили м'язів ушкодженої кінцівки – трудові операції, в процесі виконання яких хворий повинен деякий час утримувати рукою інструмент над поверхнею столу та такі, що пов'язані з активними рухами кінцівок у вертикальній площині. Пронація і супінація передпліччя та кисті, стискувати руку в кулак, роминати в руці шматок тіста або пластиліну. Для тренування сухожиль – різноспрямовані рухи кистю та пальцями (імітація роботи пальцями на клавіатурі, вправа розгинання та згинання кисті з опором, вправа протиставлення 1 пальця тощо

Після закінчення курсу відновлення були проведенні порівняння ефективності заняттєвої діяльності в обох групах. Так, в КГ хворих скарги на болючість в зоні кісткової мозолі на передпліччі при різноспрямованих рухах та обмеження рухливості передпліччям щезли у 4 (29%) хворих та зменшились у 10 (71%), припухлість (набряклість) м'яких тканин передпліччя зникла та зменшилась порівну – у 7 (50%) хворих відповідно. В ОГ хворих скарги на болючість в зоні кісткової мозолі на передпліччі при різноспрямованих рухах та обмеження рухливості передпліччям щезли відповідно у 9 (60%) та 11 (73%) хворих та зменшились відповідно у 6 (40%) та 4 (27%) хворих; припухлість (набряклість) м'яких тканин передпліччя зникла у 12 (80%) хворих та зникла у 3 (20%) хворих.

При об'єктивному огляді ураженого відділу верхньої кінцівки в КГ пацієнтів залишкові ознаки посттравматичного запалення у вигляді помірного набряку м'яких тканин щезли тільки у половини (50%) хворих (7 осіб), тугорухомість зап'ястку та ліктьового суглоба, а також візуальна деформація форми передпліччя (звичайної) в зоні перенесеного перелому – щезли у 4 (29%) хворих та зменшились у 10 (71%) хворих. Відсоток зникнення аналогічних ознак в ОГ був вищим і склав відповідно 73% (11 хворих), 60% (9 хворих) та 73% (11 хворих).

Дані повторного функціонального обстеження теж показали переваги використання комплексу ФР в ОГ хворих. Так, якщо в КГ пацієнтів супінація та пронація передпліччя збільшились відповідно до 70° та 65° (норма 90°), то в ОГ хворих ці показники досягли відповідно

80° В КГ хворих рухливість зап'ястку збільшились: згинання в долонний бік до 60° (норма 80°), розгинання в тильний бік – до 50° (норма 70°). В той же час динаміка аналогічних даних в ОГ склала відповідно 75° та 50°. Відновлення показників: відведення та приведення кисті – були ідентичними в обох групах. Згинання в ліктьовому суглобі було кращим в ОГ 80° (норма 90°), в КГ – 60°.

Висновки. Проведені дослідження підтвердили значення індивідуального підходу, заняттєвої терапії у процесах відновлення послаблених або втрачених функцій для осіб, що перенесли травматичне ушкодження. Отримані результати є частиною виконання комплексної програми наукових досліджень, потребують часткового доопрацювання.

Список використаних джерел:

1. Багрій І. П. Заняттєва терапія як вид професійної діяльності. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2014. № 1. С. 158–166.

2. Сітовський А. М. Фізична терапія при порушенні діяльності опорнорухового апарату : навч. посібник. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 183 с.

3. Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В., Штриголь С. Ю. Організація самореабілітації під керівництвом для хворих із травматичними ушкодженнями *Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція : тези доповідей V науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю (17 листопада 2022 р.).* Х. : Вид-во НФаУ, 2022. С. 177–179.

4. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник / за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль : Укрмедкн. : ТДМУ, 2018. 371 с.

5. Баран І. В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф.* Херсон, 2016. С. 292-298.

6. Мазепа М. Сучасна парадигма ерготерапії. *Вісник Прикарпатського університету.* Серія : Фізична культура. 2017. Вип. 25/26. С. 174–180.