

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хасан Дандаш, Кирилова О.О., Підкопай Д.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Описані основні результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації для постраждалих після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації постраждалих після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді дозволив створити і перевірити ефективність програми фізичної реабілітації для даної категорії хворих з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація, травматологія, переломи проксимального відділу стегна, постімобілізаційний період.

Постановка проблеми. Переломи стегнової кістки виникають внаслідок прямої і непрямої травми. Залежно від локалізації ушкодження переломи стегнової кістки підрозділяються на переломи проксимального кінця (переломи шийки, переломи області вертелу – чрезвертельні, переломи міжвертелів, ізольованих великого і малого вертелу), переломи діафізу (верхня, середня і нижня третини) і переломи дистального кінця (переломи виростків) [2,3,4,10]. Окрім цього переломи стегна підрозділяються на закриті, відкриті і вогнепальні. Клінічна течія, лікування і результат згаданих груп переломів стегна різні. Серед закритих переломів частіше зустрічаються діафізарні переломи стегна, потім переломи шийки, області вертелу і, нарешті, дистального кінця – виростків стегнової кістки [1,4,6,7]

Упродовж усіх трьох періодів перебігу хвороби при переломах з великою ефективністю використовуються лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапевтичні процедури.

Як відмічають у своїх дослідженнях багато авторів фізичні вправи, масаж і фізіотерапевтичні процедури при ушкодженнях опорно-рухового апарату позитивно впливають як на місцеву течію переломів, так і на загальний стан потерпілого, фізичні вправи і масаж як біологічний подразник стимулюють і удосконалюють фізіологічні процеси, властиві людському організму [7,9,11,12].

Зв'язок роботи з науковими планами: дослідження проводилося відповідно до навчального плану студентської науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації і рекреації в розділі фізичної реабілітації в травматології.

Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.

Упродовж усіх трьох періодів перебігу хвороби при переломах з великою ефективністю використовуються лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапевтичні процедури. Як відмічають у своїх дослідженнях багато авторів [4,7,9] фізичні вправи, масаж і

фізіотерапевтичні процедури при ушкодженнях опорно-рухового апарату позитивно впливають як на місцеву течію переломів, так і на загальний стан потерпілого, фізичні вправи і масаж як біологічний подразник стимулюють і удосконалюють фізіологічні процеси, властиві людському організму.

В результаті травми у потерпілих виникає в корі головного мозку вогнище застійного больового збудження, що викликає в навколишніх відділах кори головного мозку, яких робить загально тонізуючий вплив на ЦНС, і специфічний вплив на нервові центри регуляції фізіологічних функцій[7,9].

Таким чином, лікувальна дія фізичних вправ, масажу і фізіотерапевтичних процедур різноманітно. Воно може проявлятися комплексно, наприклад, у вигляді одно-часного трофічного і компенсаторного впливу. Залежно від конкретної патології, локалізації ушкодження, стадії або періоду перебігу хвороби, віку і тренуваності хворого можна підібрати певні фізичні вправи, певну схему лікувального масажу і фізіотерапевтичні процедури, які забезпечать переважну дію певного механізму, необхідного для відновлення в цей період захворювання.

Руховий режим призначається з урахуванням локалізації перелому, методу місцевого лікування перелому (консервативний або оперативний), періоду перебігу хвороби (імобілізаційний, постімобілізаційний, відновний), загального стану постраждалих і супутніх захворювань. У зв'язку з цим режим руховий поступово розширюється – постільний, потім палатний і вільний [7,9].

Лікувальна фізична культура, масаж і фізіотерапія призначаються хворим з урахуванням локалізації перелому, методу лікування, періоду перебігу хвороби, функціонального стану різних систем організму. Залежно від періоду перебігу хвороби визначаються завдання

лікувальної фізкультури, засоби, форми і методи фізична реабілітація.

Мета статті. Описати деякі результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації для хворих після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді*.

Виклад основного матеріалу.

На першому етапі (вересень 2015 – січень 2016) нами було вивчено і проведений аналіз доступних нам джерел літератури з проблеми реабілітації потерпілих після переломів вертелів стегна. На другому етапі (лютий – березень 2016) проведено експериментальне дослідження (первинне та повторне) спостережуваних нами двох груп потерпілих після перелому вертелу стегна. Хворі контрольної групи займалися лікувальною фізичною культурою, отримували процедури масажу і фізіотерапевтичні процедури по загальноприйнятих в травматології методиках, а потерпілі основної групи – за модифікованою нами методикою занять лікувальної гімнастики і використанням лікувального масажу. На третьому етапі (березень – квітень 2016) проведена статистична обробка отриманих результатів дослідження на основі аналізу отриманих результатів дослідження.

Під нашим спостереженням у періоді 4-5-ти місяців у відділенні травматології хірургічного корпусу Харківської міської клінічної багато-профільної лікарні №17 знаходилися 24 особи, з них 18 жінок та 6 чоловіків у віці 43-56 років, з діагнозом закритий перелом проксимального відділу стегна.

Порівняльний аналіз показників функціонального стану кардіореспіраторної системи організму хворих після проксимального перелому стегна виявив однонаправлений характер зниження функції зовнішнього дихання, а також однонаправлене зниження функції опорно-рухового апарату у хворих обох груп, що підтвердило однорідність складу потерпілих в обох групах, що

пояснювалося наявністю у більшості постраждалих захворювань органів дихання і згинально-розгинальною функцією тазостегнового суглоба.

Програма фізичної реабілітації хворих основної групи включала використання традиційних засобів фізичної реабілітації, але із запропонованими нами методикою занять лікувальної гімнастики і сучасного лікувального масажу.

Хворим контрольної групи на іммобілізаційному періоді, проводили заняття ЛФК по загальним методикам. Хворим основної групи на іммобілізаційному періоді, проводили заняття ЛФК по загальним методикам, а потім доповнювали ідеомоторними вправами та лікувальним масажем.

На ряду із застосуванням ЛГ в комплекс відновних заходів включали класичні ізометричні вправи та ідеомоторні вправи у поєднанні з диханням. Дихальні вправи і вправи в розслабленні використовувалися для створення сприятливих умов для кровопостачання і відпочинку м'язів (особливо в місці перелому) після їх напруги. У розробленій нами методиці вважалося обґрунтованим навчання хворих повному диханню під час виконання усіх вправ, особливо при виконанні статичних вправ. Багато часу приділялося навчанням подовженому видиху, який автоматично забезпечує глибокий вдих.

Запропонований нами план лікувального масажу після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді наступний: 1) масаж області тазу за методикою часткового дренажного масажу; 2) масаж бедра та гомілки за методикою тонізуючого масажу; 3) масаж дихальних м'язів грудної області за тонізуючою методикою; 4) масаж поперекової області за розслаблюючою методикою; Тривалість процедури 20-30 хвилин, щоденно або через день (курс 20-25 процедур)[5,8].

Класичний масаж за модифікованою методикою сприяє покращенню гли-

бокого кровообігу, профілактиці контрактур, деформуючого остеоартрозу та інших ускладнень, характерних для даної патології, а також швидшому видаленню між м'язової гематоми, що утворилася в результаті травми[2,7].

Аналіз виявив однаково спрямований характер зміни показників кардіореспіраторної системи у хворих обох груп, що свідчило про економізацію роботи серцево-судинної системи у спокої і після дозованого фізичного навантаження, а також про поліпшення функції зовнішнього дихання під впливом проведених реабілітаційних заходів щодо різних програм [6,7].

Зафіксовано значніше збільшення об'єму рухів в тазостегновому суглобі пошкодженої ноги, розмірів обхватів стегна і гомілки, а також підвищення сили м'язів, що забезпечують рух в тазостегновому і колінному суглобах у потерпілих основної групи в порівнянні з показниками хворих контрольної групи. Амплітуда рухів в тазостегновому суглобі пошкодженої ноги у потерпілих основної групи практично досягла рівня амплітуди руху здорової ноги .

Зміна кровопостачання в динаміці показників реографічного індексу, тимчасового показника судинного тонуусу і венозного відтоку також можна оцінити по-перше, як поліпшення функціонального стану судин в період реабілітації, і по-друге, як свідчення, хоча і не виражене, того, що запропонована нами модель реабілітації виявилася ефективніше по відношенню до традиційних методів.

Таким чином, загальноприйнята і запропонована нами програма фізичної реабілітації хворих після перелому вертелу стегна в післяопераційному періоді виявляють позитивну дію на порушені функції опорно-рухового апарату та на функціональний стан кардіореспіраторної системи хворих обох груп, проте ці позитивні зрушення більш виражені у хворих основної групи.

Висновки.

1. Вивчення та аналіз джерел сучасної спеціальної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді* етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки, методи лікування і механізми впливу засобів фізичної реабілітації на організм постраждалих. Визначено, що однією із найважчих травм нижньої кінцівки є переломи *проксимального відділу стегна*, при яких спостерігаються іноді дуже тяжкі наслідки.

2. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді*, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної реабілітації з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

3. Під впливом запропонованого нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи достовірно спостерігалася більш виражена позитивна динаміка показників, ніж у хворих контрольної групи.

4. На основі одержаних даних про динаміку вищеназваних показників у дослідженого контингенту хворих можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та розробленої методики лікувального масажу надає загальнозміцнюючу дію на функціональний стан постраждалих після *переломів проксимального відділу стегна* і може бути рекомендована до використання у травматологічних відділеннях.

Перспективи подальших досліджень. Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

Література

1. Абальмасова Е.А. Методы клинического обследования / Е.А. Абальмасова, О.А.

Ушакова // Травматология и ортопедия / [под ред. Ю.Г. Шапошникова]. – М.: Медицина, 1997. – Т. 1. – С. 31-87.

2. Ананьева Т. Г., Ананьев О. С. Комплексная физическая реабилитация женщин зрелого возраста после закрытых неосложненных чрез-и межвертельных переломов проксимального отдела бедра в восстановительном периоде //Lancet. – 1998. – Т. 351. – С. 91-93.

3. Ананьева Т. Г. Лечебная физическая культура в травматологии: лекции //Харьков,-1991.-26с.

4. Бирюков А.А. Массаж / А.А. Бирюков, С.Н. Попов // Спортивная медицина и массаж / [под ред. С.Н. Попова]. – М.: Фис, 1985. – С. 290-326.

5. Горшков С.З. Осложнения при повреждениях опорно-двигательного аппарата / С.З. Горшков // Травматология и ортопедия / [под ред. Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева]. – М.: Медицина, 1995. – С. 428-435.

6. Древинг Е.Ф. Травматология. Методика занятий физической культурой / Е.Ф. Древинг. – М.: Изд-во «Познавательная книга плюс», 2002. – 224 с.

7. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. – 2-е вид., перероб. й доп. / П.Б. Єфіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.

8. Каптелин А.Ф. Функциональные нарушения при поражениях опорно-двигательного аппарата / А.Ф. Каптелин // Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / [под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой]. – М.: Медицина, 1995. – С. 48-50.

9. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах конечностей / И.И. Пархотик. – К.: Олимпийская литература, 2007. – С. 84-88.

10. Підкопай Д.О. Спортивний масаж: навч. Посібник. – Харків: Коллегіум, 2015.– 176 с.

11. Семенова О.П. Реабилитация посттравматических больных / О.П. Семенова. – Ростов-н/Д: Феникс, 2006. – 240 с.

12. Улащик В.С. Общая физиотерапия: [учебник] / В.С. Улащик, А.С. Лукомский. – Минск: Итерпрессервис, 2003. – С. 283-311.

Інформація про авторів:

Хасан Дандаш, аспірант кафедри

Кирилова Ольга Олексіївна, студентка

магістратури, група МЗ-7ФР

Підкопай Денис Олегович, к.фіз.вих., завідувач

кафедри фізичної реабілітації та рекреації

ХДАФК, професор кафедри

Харківська державна академія фізичної культури