



Список використаної літератури:

1. Билык Д.М. Аквааэробика и оздоровительная аэробика как средства физической рекреации женщин 25–35 лет в послеродовой период. Педагогика высшей школы и профессионального образования. 2013, №1(6). С. 16–18.
2. Гуламова А.В. Преждевременные роды: особенности течения и ведения. Сборник мат. конф. студ. и молодых ученых. 2018. С. 159–60.
3. Лечебная физкультура в послеродовом периоде [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.dhelp.ru/infoprint/2793.html>
4. Ляличкина Н.А., Пешев Л.П., Фоминова Г.В. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему). Фундаментальные исследования. 2015, № 1(2). С. 294–297.
5. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
6. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2018, №1(225). С. 18–31.

**Шатрюк А.О.,
Беспалова О.О.**

**Shatryk A.O.
Bespalova O.O.**

ALGORITHM OF THE PHYSICAL THERAPY PROGRAM FOR PATIENTS WITH FRACTURES OF DISTAL METAL EPIPHYSIS OF THE RADIAL BONE IN THE POSTIMMOBILIZATION PERIOD

The article analyzes and systematizes modern scientific and methodological knowledge and results of domestic and foreign experience on the problem of rehabilitation intervention in fractures of the distal metaepiphysis of the radial bone and based on this developed a physical therapy program for patients with fractures of the distal metaepiphysis of the radial bone in postimmobilization period.

Key words: fracture, radial bone, kinesitherapy, mechanotherapy, therapeutic massage, post-mobilization period, intervention, evaluation.

АЛГОРИТМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ У ПОСТІММОБІЛІЗАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

У статті проаналізовано і систематизовано сучасні науково-методичні знання і результати вітчизняного і закордонного досвіду з проблеми реабілітаційного втручання при переломах дистального метаепіфізу променевої кістки та на основі цього розроблено програму фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді.



Ключові слова: перелом, променева кістка, кінезотерапія, механотерапія, лікувальний масаж, постімобілізаційний період, втручання, оцінювання.

Ушкодження дистального метаепіфіза променевої кістки (перелом променевої кістки в типовому місці) є найчастішим переломом кісток верхньої кінцівки і становить близько 16% від усіх переломів кісток скелета і 66–90% пошкоджень кісток передпліччя, з яких 52% складають внутрішньосуглобові, а також оскольчаті переломи. У цьому, більшість постраждалих становлять особи працездатного віку (72%) [2]. Шифр згідно з МКХ-10: S52.5 (перелом дистального метаепіфіза променевої кістки) [4]. Причиною переломів променевої кістки можуть бути автомобільні аварії, падіння з велосипеда, виробничі травми. На тип перелому також впливають енергія травми та механічна якість кістки. Ряд авторів зазначають, що переломи кісток передпліччя також переважають у структурі травм опорно-рухової системи дітей внаслідок падіння та при травмі в салоні автомобіля [1].

Реабілітаційні втручання після переломів променевої кістки, що застосовуються нині, мають недостатню ефективність. Існуючі методики мають такі недоліки: обмежений вибір фізіопроцедур в амбулаторно-поліклінічних установах, отже відсутність належного впливу на суглоби та м'язи верхньої кінцівки після отриманої травми; до програми фізичної терапії не включені інноваційні методики відновлення обсягу рухів у пошкоджених суглобах та відновлення м'язової сили; недостатня кількість самоконтролю у пацієнтів при виконанні терапевтичних вправ; невпевненість пацієнтів у сприятливому результаті після реабілітації, відсутність віри у повне відновлення функції верхньої кінцівки; неможливість оцінити ефективність реабілітаційних втручань наочно пацієнтам; відсутність мотивації до проведення реабілітаційних втручань [5].

Лікувальні заходи після перелому кістки спрямовані на фіксацію уламків, зняття набряку та больових відчуттів, прискорення обміну речовин з метою стимулювання процесу відновлення тканин та відновлення функцій кінцівки. Сучасні методи реабілітації спільно з класичними, давно використовуваними методами дозволяють створити високоефективну та перспективну методику комплексної реабілітації після такої травми, як перелом променевої кістки у типовому місці. Необхідна розробка та створення методики, яка призведе до отримання більш високих результатів, у тому числі прискорення термінів працездатності, зниження больових відчуттів, відновлення повного обсягу рухів у суглобах верхньої кінцівки, а також значного збільшення сили [6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти фізичної терапії пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді висвітлено в наукових працях А. Трошкіна, М. Бекетова, І. Садовської, С. Страфун, С. Тимошенко, Y. Li, W. Zhang, S. Liu та ін. Однак, зважаючи на актуальність означеної проблеми, виникає необхідність розробки програми фізичної терапії після перелому дистального метаепіфізу променевої кістки, яка дозволить суттєво скоротити



терміни відновлення працездатності, покращить якість життя пацієнтів та сприятиме їх психічному благополуччю.

Мета дослідження – розробити алгоритм програми фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді.

Об'єкт дослідження – функціональний стан ураженої верхньої кінцівки при переломі дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді.

Предмет дослідження – алгоритм програми фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури та контент аналіз медичної документації; об'єктивне реабілітаційне обстеження.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради. Загалом у дослідженні взяли участь 18 пацієнтів віком від 19 до 65 років (середній вік $47,8 \pm 16,6$ років), з них 12 чоловіків та 6 жінок. Були сформовані 2 групи: основна група ($n=10$) та група порівняння ($n=8$). В обох групах тривалість періоду реабілітації становила 14 днів.

Група порівняння проходила реабілітацію за комплексною програмою фізичної терапії без включення до неї занять на кистьових тренажерах. Експериментальна група отримувала лікування за комплексною програмою фізичної терапії із застосуванням кистьових тренажерів. Тестування пацієнтів проводилось у 2 етапи: початкове тестування – до початку відновного лікування, заключне тестування – на 14 день від початку реабілітації. Дане дослідження було проведене в три етапи.

Для встановлення довготривалих та короткотривалих цілей програми фізичної терапії в «SMART» форматі (що прискорить термін втручання та ефективність програми за рахунок більш чітких умов та результатів) було складено категоріальний профіль за МКФ (Міжнародної класифікації функціонування, 2003) пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді (табл. 3.1).

Метою реабілітаційного втручання пацієнтів при переломах дистального метаепіфізу променевої кістки за МКФ є відновлення: функції ураженого сегмента (на рівні структури і функції за МКФ); можливості самообслуговування (на рівні активності за МКФ); соціальної та професійної активності, покращення якості життя (на рівні участі за МКФ).

Алгоритм програми фізичної терапії пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді передбачав [7]:

I. Обстеження:

1. Гоніометрія ліктьового та променевоzap'ясткового суглобу;
2. Кистьова динамометрія;
3. Мануально-м'язове тестування м'язів передпліччя та кисті;



4. Суб'єктивна оцінка функції верхньої кінцівки із застосуванням специфічного опитувальника: «Опитувач результатів нездатності руки та кисті» (DASH);

5. Суб'єктивна вираженість больового синдрому за візуально аналоговою шкалою (ВАШ);

6. Оцінка за категоріями МКФ та складання категорійного профілю МКФ з постановкою цілей втручання у «SMART» форматі.

II. Планування втручання (програма фізичної терапії):

1. Кінезотерапія (пасивні та активні рухи пальців «згинання в кулак», активне згинання-розгинання в променево-зап'ястковому суглобі в межах больового порогу, пасивна ульнарна та радіальна девіація, активні рухи в ліктьовому та плечовому суглобах, вправи із застосуванням кистьових тренажерів).

2. Механотерапія (заняття на апараті ARTROMOTE2).

3. Лікувальний масаж верхньої кінцівки.

4. Фізіотерапія (магнітотерапія).

III. Проведення втручання (програма фізичної терапії).

IV. Оцінка втручання (оцінка ефективності програми).

При розробці алгоритму програми фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді використовувались наступні методичні принципи:

1) ранній початок фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки, допоможе уникнути ускладнень з боку опорно-рухового апарату (стійкової контрактури, гіпотрофії м'язів верхньої кінцівки та обмеження в активному способі життя);

2) комплексність методів та засобів, дозволить прискорити процес відновлення пацієнта з переломом, зробити його швидше незалежним від оточуючих, покращити його якість життя, фізичний терапевт з мультидисциплінарною командою мають підібрати найбільш ефективні інтервенції, які за короткий термін зможуть повернути пацієнта до його звичного способу життя;

3) пацієнтоцентричність, кожна програма фізичної терапії для пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки у постімобілізаційному періоді має розроблятися з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта, статті, віку, супутніх захворювань, тривалості лікування, функціонального стану, формування кісткового мозоля та на основі об'єктивних та суб'єктивних даних отриманих в результаті обстеження до розробки програми;

4) систематичність проведення реабілітаційного втручання при відновленні пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки має головне значення у ефективному відновленні хворих, регулярні заняття прискорюють процес відновлення, мінімізують ускладнення або допомагають їх уникнути;

5) адекватність програми фізичної терапії та її методів є дуже важливою, оскільки головне завдання мультидисциплінарної команди не нашкодити пацієнту та сприяти максимальному його відновленню;



6) етапність є також важливим елементом у відновленні пацієнтів з переломами дистального метаепіфізу променевої кістки, оскільки відсутність будь якого з етапу може призвести до погіршення відновлення функції або тільки до її часткового відновлення;

7) активна участь хворого у процесі фізичної терапії при переломі дистального метаепіфізу променевої кістки, успіх відновлення пацієнта залежить від правильно розробленої програми та вірно зкоординованої роботи спеціалістів мультидисциплінарної команди, але дуже велика роль у цьому процесі відводиться саме пацієнту та його участі в процесі, оскільки більшість терапевтичних вправ, завдань він має виконувати самостійно в домашніх умовах без контролю фізичного терапевта [3].

Постімобілізаційний період після перелому дистального метаепіфізу променевої кістки починається після повного зняття гіпсової пов'язки. Основне завдання постімобілізаційного періоду – повне відновлення функції травмованої кінцівки і працездатності, тобто. професійна та побутова реабілітація пацієнта. У цьому періоді широке застосування знаходять спеціальні терапевтичні вправи без предметів та з предметами (гімнастичні палиці, булави, м'ячі різних розмірів тощо), лікувальний масаж, механотерапія, фізіотерапія та ерготерапія (не була включена до програми відновлення пацієнтів після перелому дистального метаепіфізу променевої кістки). У методиці відновного лікування цього періоду виділяють ранній етап, що охоплює приблизно 1–2 тижні та пізній [5].

Висновки. Переломи дистального метаепіфізу променевої кістки – один із найчастіших переломів опорно-рухової системи. Погіршення якості життя осіб після одержаних травм вимагають особливої уваги фахівців. Аналіз науково-методичної літератури дозволив виявити найбільш ефективні шляхи відновлювального лікування. Нині при наявності реабілітаційних заходів відновлення після травм має значну ефективність, але якщо додати до програми реабілітації інноваційні технології, то одужання відбувається більш якісно та значно швидше.

Перспективи подальших досліджень полягають в експериментальній перевірці запропонованого алгоритму програми фізичної терапії пацієнтів після перелому дистального метаепіфізу променевої кістки в умовах клінічної лікарні.

Список використаної літератури:

1. Бекетова М., Садовська І.Ю. Лікувально-фізична культура при переломах кисті. Методичні вказівки та завдання для практичних занять з навчальної дисципліни «Фізичне виховання» (організація та проведення навчального процесу для всіх освітніх програм Університету). Харків: ХНУМГ ім. О.М. Бекетова; 2017. 43 с.

2. Зазірний І.М., Василенко А.В. Клінічні та рентгенологічні системи оцінки результатів лікування переломів дистального метаепіфізу променевої кістки (огляд літератури). Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2013, №1. С. 62–65.

3. Морозова Е.В., Ведяскина С.И. Результаты экспериментального исследования применения средств лечебной физической культуры в физической реабилитации лиц пожилого возраста с переломами лучезапястного сустава.



Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014, №9(3). С. 55–58.

4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>

5. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. Киев; 2007. 280 с.

6. Страфун С.С., Тимошенко С.В. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости. Киев; 2015. 308 с.

7. Agnew S.P., Ljungquist K.L., Huang J.I. Danger zones for flexor tendons in volar plating of distal radius fractures. J. Hand Surg. Am. 2015, №40(6). С. 1102–1105.

**Шевцов Д.О.,
Бугаєнко Т.В.**

**Shevcov D.O.,
Buhaienko T.V.**

RESULTS OF IMPLEMENTATION OF THE MEN'S PHYSICAL THERAPY PROGRAM AFTER SURGICAL TREATMENT OF SHOULDER JOINT INSTABILITY

The shoulder joint is one of the most functional and at the same time the least stable joint in the musculoskeletal system. Violation of the integrity and function of dynamic and / or static stabilizers of the shoulder leads to its instability. This pathology requires conservative or surgical treatment, after which physical therapy is indicated. The results of testing the program of physical therapy for men after surgical treatment of instability of the shoulder joint confirm its effectiveness, which is confirmed by the level of recovery of impaired functions.

Key words: *instability, shoulder joint, results, program, physical therapy.*

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Плечовий суглоб є одним з найбільш функціональних і в той же час найменш стабільним суглобом в системі опорно-рухового апарату. Порушення цілісності та функцій динамічних та/або статичних стабілізаторів плеча призводить до його нестабільності. Дана патологія потребує консервативного або оперативного лікування, після яких обов'язково показана фізична терапія. Результати апробації програми фізичної терапії чоловіків після оперативного лікування нестабільності плечового суглоба підтверджують її ефективність, що підтверджується рівнем відновлення порушених функцій.

Ключові слова: *нестабільність, плечовий суглоб, результати, програма, фізична терапія.*

Постановка проблеми. Плечовий суглоб є найбільш функціональним суглобом в тілі людини. Разом з тим, така функціональність суглоба є однією з