**Ніканоров Олексій Костянтинович. Застосування традиційних та нетрадиційних методів фізичної реабілітації у хворих з діафізарними переломами стегнової кістки та кісток гомілки : Дис... канд. наук: 24.00.03 - 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Ніканоров О.К. Застосування традиційних та нетрадиційних методів фізичної реабілітації у хворих з діафізарними переломами стегнової кістки та кісток гомілки.** – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03. – Фізична реабілітація. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2006.Дисертація присвячена питанням реабілітації хворих з діафізарними переломами стегнової кістки та кісток гомілки.У роботі проведено аналіз результатів дослідження у динаміці відновного лікування 98 хворих з діафізарними переломами стегнової кістки та кісток гомілки за допомогою клінічних, інструментальних методів дослідження (гоніометрії, міотонометрії, антропометрії, реовазографії) та педагогічного експерименту.Нами було розроблено і апробовано програму фізичної реабілітації з використанням лікувальної гімнастики, дихальних вправ по системі йога, класичного і нетрадиційного східного масажу, фізіотерапії, психотерапевтичної корекції стану для хворих зазначеної нозології. Програма фізичної реабілітації проводилася в чотири періоди, відповідно до нових методів операційного втручання на клінічному і постклінічному етапах відновного лікування – передопераційному, ранньому післяопераційному, періоду мобілізації, періоду відновлення побутових навичок.Проведений педагогічний експеримент свідчить про те, що впровадження розробленої авторської методики істотно поліпшує функціональний стан хворих, що відбивається на показниках амплітуди рухів в суглобах, тонуса мґязів, регіонарного кровотока та скороченні інвалідізації і термінів відновлення працездатності.Основні результати роботи впроваджені в практику лікувального процесу Міської клінічної лікарні №7 м. Києва і Міської клінічної лікарні №1 м. Василькова, а також у навчальний процес НУФВСУ. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Узагальнений аналіз сучасних джерел літератури про відновне лікування методами фізичної медицини в травматології показав, що для успішного проведення фізичної реабілітації у хворих з ушкодженнями діафізів кісток стегна та гомілки, необхідна розробка комплексу методів (у тому числі вправ спеціальної спрямованості), які дозволять підвищити ефективність лікування, скоротити терміни відновлення нормальної життєдіяльності хворого. У зв'язку з цим, комплексна програма фізичної реабілітації даної категорії хворих повинна мати строгу диференційовку, у залежності від періодів реабілітації, локалізації ушкодження і стану хворого. Дослідження такого роду в літературі одиничні, незважаючи на безсумнівну практичну важливість.
2. Розроблена комплексна програма фізичної реабілітації з проведенням занять диференційовано, в залежності від травмованого сегмента і періоду після операції. Комплексне застосування модифікованої методики лікувальної гімнастики, в поєднанні з диханням за системою йога, нетрадиційним східним масажем, дозволило значно прискорити процес репаративно-регенеративної реконструкції кісткової структури, уникнути можливих ускладнень і скоротити тривалість лікування хворих з діафізарними переломами стегнової кістки і кісток гомілки.
3. Включення в програму спеціальних вправ для м'язів, що беруть участь у формуванні правильної ортостатичної синергії і відновленні навички ходьби з перших днів після операції, дало можливість зміцнити групи м'язів, що приймають участь в акті ходьби і підтриманні ортостатичної пози та зруйнувати сформовані патологічні локомоторні синергії, що перешкоджають освоєнню навички ходьби.
4. При оцінці обхватних розмірів ланок нижніх кінцівок встановлено, що атрофія чотириглавого м'яза стегна та литкового м'яза була менш вираженой в групах хворих, які займалися по запропонованій нами програмі фізичної реабілітації, в порівнянні з контрольною.

Так, при вимірюванні обхватних розмірів стегна в групах хворих з переломами кісток гомілки різниця між здоровою і хворою кінцівкою на 30 день після операції склала у 2 (основній) групі 1,8±0,28 см і 0,4±0,19 – наприкінці курса реабілітації, гомілки: 0,4±0,16 см і 0,6±0,24 см, а у хворих 1 (контрольної) групи різниця обхватних розмірів стегна склала: 1,7±0,22 см і 1,0±0,20 см, гомілки: 2,1±0,25 см і 1,0±0,18 см.У групах хворих з переломом стегнової кістки спостерігаються ті самі закономірності. Різниця обхватних розмірів стегна на 30 день після операції в 4 (основній) групі склала 1,7±0,17 см и 1,2±0,16 см – наприкінці курса реабілітації, гомілки: 0,3±0,19 см и 0,4±0,20 см, а у хворих 3 (контрольної) групи різниця обхватних розмірів стегна склала: 2,0±0,64 см и 1,4±0,23 см, стегна: 0,8±0,27 см и 0,7±0,26 см. Різниця між показниками основних і контрольних груп статистично достовірні (Р<0,05), що дозволяє зробити висновок о більший відновній эфективності пропонованої комплексної програми фізичної реабілітації.1. Дані проведених досліджень по визначенню амплітуди рухів у колінному і гомілково-стопному суглобах хворих з переломами діафізів нижніх кінцівок показали перевагу запропонованої нами методики, в порівнянні з загальноприйнятою, що виражалося як у більшому обсязі рухів у суглобах, так і в кількості хворих, яким вдалося до кінця періоду реабілітації практично цілком відновити нормальний обсяг рухів у даних суглобах.

Відновлення амплітуди рухів в колінному суглобі наприкінці курсу реабілітації склала в 1 (контрольній) групі – 80,7% від норми, в 2 (основній) групі – 94%, в 3 (контрольній) групі – 75,7%, в 4 (основній) групі – 94,2% (Р<0,05). У гомілково-стопному суглобі показники гнучкості були наступними: в 1 группе (сгибання) – 90,5%, (разгибання) – 91,1%, (приведення) – 86,4%, (відведення) – 85,2% (Р<0,05); в 2 групі: 94,6%, 97,2%, 94,6%, 92,4% (Р<0,05); в 3 групі: 89,8%, 93%, 92,1%, 92,4% (Р<0,05); в 4 групі: 95,5%, 96,3%, 95,9%, 96% (Р<0,05).1. Результати вимірів тонуса чотириглавого м'яза стегна і литкового м'яза дають підставу говорити про ефективність відновних процесів у групах хворих, що проводили реабілітацію за нашим комплексом. Так, коефіцієнт скорочувальної здатності чотириглавого м'яза стегна по закінченні курсу реабілітації був вище в 2 групі 16,5±0,85 у.о., по відношенню до 1 групи 10,3±0,75 у.о. (Р< 0,05), а литкового м'яза в 4 групі 15,0±0,51 у.е., по відношенню до 3 групи 11,0±1,06 у.е. (Р< 0,05), що свідчить про менш виражений больовий синдром травмованої кінцівки в групах, що займалися по запропонованій нами комплексній програмі фізичної реабілітації.
2. В міру поліпшення функціонального стану хворих з переломами трубчастих кісток нижніх кінцівок багатоуламкового і фрагментарного типу після оперативного втручання, відновлення параметрів регіонарної гемодинаміки, в залежності від програми реабілітації, істотно розрізнялося: так, у другому періоді реабілітації відповідні цифри часу підйому реограми гомілки складали: 0,326±0,015 і 0,437±0,021 с, а в інших групах: 0,256±0,018 і 0,289±0,012 с (Р <0,05); у третьому періоді серед усіх досліджуваних показників центральної і регіонарної гемодинаміки в групах хворих, що займалися по нашій програмі, реєструвався лише один, що вірогідно відрізняється від показників норми, у групах хворих, що займалися за звичайною методикою, таких показників було 5.
3. Після проведеного курса реабілітаційних міроприємств у хворих з переломами діафізів кісток нижніх кінцівок відмічалось зникнення больового синдрому у 15,8% пацієнтів основних груп, в контрольних групах цей показник склал 2,5% , що свідчить про більш ефективний вплив нашої методики на відновлення порушених функцій.
4. Тривалість недієздатності хворих залежала від локалізації перелома і в цілому була в 1,2-1,4 раза більше у пацієнтів контрольної групи, ніж у хворих, що займалися по запропонованій комплексній програмі фізичної реабілітації з включенням методів нетрадиційної медицини. Інвалідність склала 1,8%, в основних групах хворих і 7,1% - в контрольних групах.
5. Таким чином, проведені дослідження з визначення ефективності програми фізичної реабілітації, апробованої на достатній кількості пацієнтів, мають підтверджені дані і достовірну перевагу, в порівнянні з загальноприйнятими програмами.

Перспективи подальших досліджень зв'язані з розробкою науково-обгрунтованої програми реабілітації спортсменів з діафізарними переломами довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок. |

 |