**Крук Богдан Романович. Фізична реабілітація осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період : дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03 / Львівський держ. ін-т фізичної культури. - Л., 2006.**

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

|  |
| --- |
| **Крук Богдан Романович.**Фізична реабілітація осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидат наук з фізичного виховання та спорту за спеціальністю 24.00.03 – „Фізична реабілітація”; Львівський державний інститут фізичної культури; Львів; 2006 рік.Об’єкт дослідження – фізична реабілітація осіб із хребетно-спинномозковою травмою; мета роботи – розробити методику фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період; новизна – вперше розроблено, апробовано і обґрунтовано методику фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період; результати – розроблено методику фізичної реабілітації осіб із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період; впроваджено у роботу закладів охорони здоров’я України та, закладах міністерства освіти України. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що реабілітація хворих із хребетно-спинномозковою травмою в шийному відділі є особливо важливим завданням, оскільки рухові ураження нижніх і верхніх кінцівок різко обмежують можливість самостійного-пересування неповносправного і призводять до глибокої інвалідності.Ряд авторів відзначають, що традиційні методи та засоби реабілітації при хребетно-спинномозковій травмі є недостатньо ефективні.У вітчизняній науково-методичній літературі достатньо висвітлені питання використання фізичних вправ з метою відновлення функціональних можливостей паретичних м’язів та тренування фізичних якостей, проте недостатньо описано питання дозування фізичних навантажень, недостатньо висвітлені питання формування нових соціально побутових навичок в осіб із хребетно-спинномозковою травмою в післяопераційний період.2. Реабілітаційне обстеження осіб з хребетно-спинномозковою травмою встановило, що:у наслідок паралічу допоміжних м’язів вдиху і видиху та обструкції трахіо-бронхіального дерева виявлено зниження життєвої ємності легень і збільшення частоти дихання: в експериментальній групі показники життєвої ємності легень становили 1,32±0,16 л, а у контрольній – 1,34±0,12 л і суттєво відрізнялися від фізіологічної норми (Р< 0,001), середні показники частоти дихання виявилися вищими за фізіологічну норму (Р< 0,001);відбулася різка втрата сили м’язів верхніх та нижніх кінцівок: загальний бал десяти основних м’язових груп становив у експериментальній групі 16,05±1,56 бала, а у контрольній –16,43±1,56 бала, що не відповідає нормі (100 балів);характерним для обох груп було поступове збільшення спастичності паралізованих м’язів, яке становило в експериментальній групі 0,96±0,06 бала, а у контрольній – 0,69±0,03 бала;порівняльний аналіз середніх показників пасивної амплітуди руху неповносправних експериментальної і контрольної груп засвідчив, що амплітуда рухів в осіб зі хребетно-спинномозковою травмою відповідає фізіологічній нормі (Р>0,05);установлено, що хворі контрольної та експериментальної груп володіють соціально-побутовими руховими навичками на низькому рівні, який значно відрізняється від норми (83 бали, Р< 0,001): в експериментальній групі середні показники володіння руховими навичками становили 13,0±0,33 бала, а в контрольній – 13,29±0,35 бала.3. Результати обстеження за„Шкалою пошкодження спинного мозку” Американської асоціації спинальної травми **(ASIA impairment scale)** свідчать про те, що в експерименті брали участь хворі з різним ступенем порушення провідності спинного мозку. Так, в експериментальній групі було 17 осіб, які мали повне порушення провідності спинного мозку, що відповідало рангу А; у контрольній групі було 18 таких хворих. Часткове порушення провідності спинного мозку відповідає рангам В, С, D та Е. З порушеннями рангу В як в експериментальній, так і у контрольній групах було по три неповносправних особи, з порушеннями рангу С в експериментальній групі був один неповносправний, а в контрольній – жодного. Результати обстеження показали, що ні в контрольній, ні в експериментальній групі не було хворих зі ступенями порушення провідності спинного мозку рангів D та E.4. Результати експерименту дозволили встановити раціональні межі фізичних навантажень для осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу:кількість індивідуальних занять з фізичної реабілітації становить 2 рази на день по 30 хв перші два тижні; наступні два тижні – 1 раз на день по 60–90 хв залежно від самопочуття або стану травмованого, тривалість заняття збільшується у міру покращення стану хворого та у разі позитивної динаміки приросту показників рухової функції;дихальну гімнастику доцільно проводити 3-5 разів на день (1 раз у структурі індивідуального заняття з фізичної реабілітації, решту – як окреме заняття); тривалість дихальної гімнастики 15-20 хв, у структурі індивідуального заняття з фізичної реабілітації – до 15 хв;пасивні рухи варто виконувати 1 раз у структурі індивідуального заняття з фізичної реабілітації і не менше ніж 1 раз як самостійне заняття.5. Тренувальний ефект у розвитку основних показників рухової функції і респіраторної системи можна отримати, використовуючи такі величини тренувальних навантажень:пасивні рухи в суглобах виконували у всіх площинах, 10–20 разів; у доопераційний період підняття прямої ноги виконували до кута 900, згинання і відведення плеча виконували до кута 900; тривалість вправи на пасивне розтягування коливалася від 10 до 15 секунд, виконання вправи припиняли у разі появи спастичних гіперкінезів;дихальні вправи: кількість вправ у комплексі дихальної гімнастики не перевищувала 6 в одній серії, кількість повторів – до 7 разів; кількість серій – 1-3; співвідношення між вправами на вдих і видих у заняттях дихальною гімнастикою 1:3;силові вправи: кількість повторень – від 8 до 10 разів, в одній серії не більше як 15 вправ, кількість серій у доопераційний період не перевищувала 2 серій, після вертикалізації хворого і зняття швів – 3 серії; період відпочинку між вправами – 15–20 с, між серіями – від 2 до 5 хв.вправи на рівновагу: кількість повторень – від 10 до 20 разів, кількість підходів – 2-3, відпочинок між підходами – 30 – 60 с.формування основних соціально-побутових рухових навичок: кількість повторень – 5-10 разів у серії, період відпочинку між серіями від 50 до 120 с, кількість серій – 2-3.6. Фізична реабілітація осіб із хребетно-спинномозковою травмою за авторською методикою у поєднанні з медикаментозним і оперативним лікуванням дозволила покращити показники життєвої ємності легень в осіб експериментальної групи до 2,32±0,15 л (Р<0,05). Частота дихання в експериментальній групі становила 13,76±0,30 дихальних рухів за хвилину (Р<0,001) при нормі 12. У контрольній групі теж відбулися позитивні зміни, але вони були менш значними (Р>0,05).Результати дослідження сили м’язів показали, що між середніми значеннями цього показника у хворих контрольної та експериментальної груп існує істотна різниця. Показники сили м’язів в експериментальній групі зросли в середньому на 18,1% (Р<0,05), а в контрольній – на 5,1% (Р>0,05). Сумарний бал сили м’язів 10 основних груп із правої і з лівої сторони тіла (за Standard neurological classification of spinal cord injury ASIA) становив в експериментальній групі 34,10±4,24 бала, а в контрольній – 21,52±3,03 бала (Р<0,05).Рівень спастичності м’язів у обстежених осіб контрольної групи зріс у середньому на 31,56%, що становить 1,5 бала, а в експериментальній – на 10,18%, що становить 0,5 бала (Р<0,001).Експериментальна методика дозволила зберегти фізіологічну пасивну амплітуду рухів верхніх та нижніх кінцівок хворих експериментальної групи. У контрольній групі обмеження амплітуди рухів спостерігається в середньому на 100, в експериментальній вона статистично не відрізнялася від фізіологічної норми, а їхню різницю можна вважати не істотною (Р>0,05).Наша методика фізичної реабілітації дозволила покращити рівень володіння соціально-побутовими руховими навичками, який становив в експериментальній групі 36,38±2,49 бала, а в контрольній – 20,43±1,33 бала. Різниця в покращенні виконання тестових завдань між контрольною та експериментальною групами становить 16 балів при Р<0,001.7. Ефективність експериментальної методики фізичної реабілітації певною мірою залежала від психоемоційного стану хворого. Варто зазначити, що психологічний клімат в експериментальній групі був кращим, ніж у контрольній. Середні показники рівня тривоги в експериментальній групі становили 8,14±0,26 бала, а в контрольній – 9,52±0,30 бала (Р<0,01). Середні показники рівня депресії становили відповідно 8,19±0,27 бала і 11±0,41 бала (Р<0,001).8. Розроблено методику фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період, яка мала на меті профілактику ускладнень, індивідуальне дозування фізичного навантаження при виконанні спеціальних вправ з урахуванням рухових можливостей та неврологічного дефіциту травмованої особи; формування нових соціально-побутових рухових навичок;9. Експериментальна методика фізичної реабілітації осіб із хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу виявилася ефективнішою за традиційну і може бути рекомендована для використання у практичній роботі травматологічних, нейрохірургічних та реабілітаційних відділень, які займаються лікуванням і реабілітацією хворих з цією патологією. Перспективи подальшого дослідження проблеми вбачаємо у вивченні можливості використання нашої методики фізичної реабілітації для лікування осіб з пухлинами спинного мозку, спинальними інсультами, а також використання окремих положень експериментальної методики при консервативному методі лікування травматичного пошкодження хребта і спинного мозку в шийному відділі. |

 |