



**Волинський національний
університет імені Лесі Українки**



**СУЧАСНІ
ЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ
ТЕХНОЛОГІЇ**



**Збірник
наукових
праць**

СУЧАСНІ ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

**Матеріали II Регіональної науково-практичної
конференції молодих учених**

Випуск 11



Луцьк – 2021

**Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації:
серія КВ № 24863-14803 Р видане 25.06.2021 р.**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- | | |
|-----------------|--|
| Андрійчук О.Я | – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор. |
| Валецький Ю.М. | – доктор медичних наук, професор. |
| Колесник Г.В. | – доктор медичних наук, професор. |
| Сітовський А.М. | – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент. |
| Цюпак Т.Є. | – кандидат педагогічних наук, доцент. |
| Ульяницька Н.Я. | – кандидат біологічних наук, доцент. |
| Усова О.В. | – кандидат біологічних наук, доцент. |
| Якобсон О.О. | – кандидат медичних наук, доцент. |
| Грейда Н.Б. | – кандидат педагогічних наук, доцент. |
| Лавринюн В.Є. | – кандидат медичних наук, доцент. |
| Гайдучик П.Д. | – кандидат психологічних наук. |

Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології : матеріали II Регіональної науково-практичної конференції молодих учених / ВНУ ім. Лесі Українки, каф. фіз. терапії та ерготерапії ; редкол.: О. Я. Андрійчук [та ін.]. – Луцьк, 2021. – Вип. 11. – 54 с.

У збірнику вміщено наукові статті, що висвітлюють сучасні технології оздоровчої та реабілітаційної роботи з різними категоріями населення.

Збірник розрахований на фізичних терапевтів, аспірантів, магістрантів й студентів галузі знань «Охорона здоров'я».

*Видається за рішенням кафедри фізичної терапії та ерготерапії
(протокол № 6 від 03 грудня 2021 року).*

Висновки. У результаті проведення фізичної терапії після ендопротезування у пацієнтів відмітили позитивні результати біомеханічних показників кульшового суглоба. Зменшився вияв або зовсім зникли такі симптоми, як біль та набряк оперованої кінцівки. Після реабілітаційних заходів показники функціонального стану оперованого суглоба і основних параметрів ходьби значно покращилися. У хворих суттєво зріс темп ходьби.

Список використаних джерел

1. Андрійчук О. Я. Інструментальні дослідження у фізичній терапії осіб з деформаціями опорно-рухового апарату / О. Я. Андрійчук, Т. Є. Цюпак, А. М. Сітовський // Innovative development of science and education. Abstracts of the 2nd International scientific and practical conference. – Athens, Greece : ISGT Publishing House, 2020. – P. 92–95.
2. Андрійчук О. Я. Методичні основи фізичної терапії хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату / О.Я.Андрійчук // Art of Medicine. – 2018. – № 3(7). – С. 174–177.
3. Балаж М. С., Шестопал Н. О. Сучасні підходи до застосування заходів фізичної терапії осіб із вогнепальними ураженнями верхньої кінцівки. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2018. № 2. С. 68–74.
4. Беспалова О., Арешина Ю., Лянна О. Професійна підготовка фахівців з фізичної терапії та ерготерапії. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 2(98). С. 3–12.
5. Глиняна О. О. Фізична реабілітація пацієнтів в передопераційному періоді при тотальному ендопротезуванні кульшового суглоба. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2009. № 2/3. 198–200
6. Лоскутов А. Е., Головаха М. Л., Олейник А. Е. Пособие по тотальному ендопротезированию тазобедренного сустава имплантатами системы «ОРТЭН». Дніпропетровськ: «Пороги», 2003. 67 с.
7. Лоскутов А. Е., Олейник А. Е., Головаха М. Л. Алгоритм выработки показаний и противопоказаний к ендопротезированию тазобедренного сустава. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2004. № 3. С. 8–12.

— — — —

Андрійчук Ольга, Киричук Василь

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПРОТРУЗІЯХ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Вступ. Епізодичний або гострий прояв больового синдрому у нижній ділянці спини виникає майже в кожній людині після 30-35 років і є однією з головних причин тимчасової і стійкої втрати працездатності. В Україні вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою

втратою працездатності займає друге місце поступаючись респіраторним інфекціям [5] і становить 20–30 %, а в структурі захворюваності периферичної нервової системи складає до 80 % усіх випадків втрати працездатності [2, 4].

Протрузія – початковий етап розвитку кили міжхребцевого диска, проявляється випинанням драглистого ядра без розриву фіброзного кільця. Протрузії міжхребцевого диска передують дегенеративні порушення у фіброзному кільці, в якому змінюється організація через втрату глікозаміногліканів і порушення структури колагенових волокон, формуються невеликі тріщини, щілини і вогнища некрозу. Ця проблема має не тільки медичний, але й вагомий соціально-економічний аспект, оскільки найчастіше страждають люди працездатного віку, що зумовлює, у свою чергу, значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням дорсалгії [1, 6].

Методи дослідження. Загальнонаукові – аналіз, узагальнення, порівняння літературних даних, статистичних даних, даних інтернет джерел; клінічні - спостереження та огляд, об'єктивне обстеження, анкетування, збір скарг та анамнезу, анкетування та опитування (ВАШ, заповнення пацієнтками адаптованих опитувальників Мак-Гілла Освестрі); методи математичної статистики.

Результати дослідження. У дослідженні брали участь 14 жінок віком 46-62 роки ($54,7 \pm 1,4$ р.) з діагнозом протрузія міжхребцевого диску поперекового відділу хребта. При опитуванні пацієнтів, основною скаргою був хронічний біль у поперековій ділянці хребта різної інтенсивності, який іррадіював в одну або обидві ноги, зниження працездатності, обмеження рухів в попереково-крижовій ділянці, порушення сну. Біль посилювався при фізичному навантаженні, при рухах, кашлі, тривалому статичному навантаженні. Аналізуючи відповіді пацієнток щодо інтенсивності болювого відчуття за ВАШ (100 мм), ми з'ясували, що середній показник болю становив $40,78 \pm 2,81$. У більш ніж третини пацієнток (35,7%) показник болю становив 50 мм.

Пальпація м'язів виявила у 78,6% пацієнток помірну болючість без рухових реакцій; у 21,4% - виражена болючість, що супроводжується мімічною реакцією пацієнта. У 57,1% пацієнтів позитивним виявився симптом «кашлевого поштовху», який проявлявся посиленням болю в попереку при кашлі, чханні, натужуванні. У 42,9% жінок позитивним є симптом Амоса, що проявлявся коли намагаючись сісти, пацієнтка допомагає собі, упираючись руками в поперекову область.

Ми проводили оцінювання клінічних ознак болювого синдрому в нижній ділянці спини. Серед факторів, що посилюють інтенсивність болю 35,7% пацієнток вказали на динамічне навантаження; 28,6% - статичне навантаження; 21,4% пацієнток зазначили, що перехід від статичного положення до руху сприяє посиленню болю; 2 пацієнток (14,3%) зазначили, що експіраторні феномени (кашель, чхання) провокують посилення болю в нижній ділянці спини.

Для уточнення характеру болювого відчуття, ми використали Мак-Гілівський болювий опитувальник. Згідно з отриманими результатами за показником сенсорний рівня - ранговий індексу болю (РІБ) становив $20,8 \pm 2,05$ бали, а індекс числа вибраних дескрипторів (ГЧВД) - $6,6 \pm 0,61$ бали. За

показниками емоційного рівня РІБ становив $11,4 \pm 0,95$ бали, а ІЧВД - $4,1 \pm 0,34$. Щодо показника РІБ евалюативного рівня, то середнє значення $2,2 \pm 0,18$ бали. Підраховуючи сумарний індекс дескрипторів болю в нижній ділянці спини, впливає, що РІБ для сенсорного, емоційного та евалюативного рівнів становить $34,4 \pm 2,39$ бали, а ІЧВД для сенсорного та емоційного рівнів - $10,71 \pm 0,82$ бали.

Ступінь дисабілітації ми оцінювали за шкалою Oswestry. За даними опитування визначають на кільки больовий синдром впливає на звичну життєдіяльність людини. Згідно з отриманими даними середні показники за шкалою дисабілітації становлять $13,1 \pm 1,12$ бали. Згідно з прийнятою шкалою оцінювання результатів у 71,4% пацієнтів легкі порушення щоденного функціонування; у 28,6% - помірні порушення.

Протягом програми реабілітації з застосуванням засобів фізичної терапії учасниці дослідження виконували призначення фізичного терапевта в домашніх умовах та при безпосередній співпраці з фізичним терапевтом. Програма фізичної терапії включала в себе виконання комплексу фізичних вправ, фізіотерапевтичні процедури, масаж.

Наприкінці дослідження овторно проводили опитування пацієток, які були залучені дослідження. Згідно з відповідями пацієток їх стан покращився, біль зникла або з'являється періодично, покращився сон, самопочуття. Повторне використання ВАШ для оцінки болю, показав такий результат: середній показник болю становив $16,43 \pm 0,22$; 42,9% жінок вказали на несильний біль, який може з'являється час від часу; 35,7% пацієнтів зазначили про незначний, ледь помітний біль; 14,3% - відповіли, що є присутнім помітний біль, до якого можна звикнути і пристосуватися; 7,1% пацієнтів вказали, що болю в нижній ділянці спини не відмічають.

Повторне опитування за Мак-Гілівський больовий опитувальник показало, що за всіма досліджуваними показниками є статистично значима різниця на рівні значущості $p < 0,01$. Згідно з отриманими результатами за показником сенсорний рівня РІБ становив $3,8 \pm 0,35$ бали, а ІЧВД - $1,1 \pm 0,23$ бали. За показниками емоційного рівня РІБ становив $3,1 \pm 0,39$ бали, а ІЧВД - $1,7 \pm 0,19$. Щодо показника РІБ евалюативного рівня, то середнє значення $1,1 \pm 0,49$ бали. Підраховуючи сумарний індекс дескрипторів болю в нижній ділянці спини, впливає, що РІБ для сенсорного, емоційного та евалюативного рівнів становить $8,6 \pm 0,56$ бали, а ІЧВД для сенсорного та емоційного рівнів - $3,8 \pm 0,31$ бали.

Ступінь залишкової дисабілітації після проведеного курсу фізичної терапії ми оцінювали за шкалою Oswestry. Згідно з отриманими даними середні показники становлять $3,4 \pm 0,71$ бали. Згідно з шкалою оцінювання результатів у 64,3% пацієнтів немає порушень у щоденній діяльності; у 35,7% - легкі порушення.

Висновки. Згідно з сучасними рекомендації щодо лікування та реабілітації пацієнтів з протрузіями необхідно на першому етапі провести диференційну діагностику з захворюваннями та порушеннями, які можуть викликати дорсалгії. Основні завдання фізичної терапії - створення сприятливих умов для зниженню інтенсивності больових відчуттів, зменшенню навантаження на опорно-руховий апарат. Фізична терапія повинна бути комплексною, має впливати на основні

етіологічні чинники та патогенетичні механізми. Результативність програми підвищиться при комплексному застосуванні всіх можливих засобів фізичної терапії, враховуючи синергізм їх дії.

Реалізована нами програма фізичної терапії з залученням 14 жінок віком 46-62 роки з діагнозом протрузія міжхребцевого диску поперекового відділу хребта показала свою ефективність. Знизився показник болю, збільшилась амплітуда рухів в суглобах, статистично значимо змінились показники за больовим Мак-Гілівським опитувальником та за шкалою залишкової дисабілітації Oswestry.

Список використаних джерел

1. Андрійчук О. Основні положення концепції застосування масажу у відновному лікуванні больового синдрому поперекового відділу в жінок, які страждають на ожиріння. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. Фізичне виховання і спорт: журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк, 2018. Вип.30. С. 98-104

2. Андрійчук О. Підготовка фізичних терапевтів до практичної діяльності. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету*. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2019. Випуск 4. С. 10-14

3. Андрійчук О., Грейда Н., Ульяницька Н. Застосування стретчингу в фізичній терапії // Фітнес, харчування та активне довголіття: прогр. І Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (23 березня 2021 р.). – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2021. С. 3.

4. Мерецький В. М. Застосування міорелаксантів у комплексному лікуванні больового синдрому нижньої ділянки спини. *Світ медицини та біології*. 2015. № 3(51). С. 63-67

5. Метод ультразвукової діагностики дегенеративних змін міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта та їх особливості при синдромі доброякісної гіпермобільності суглобів: Методичні рекомендації. Київ. 2015. 27 с.

6. Ткаченко Л.А., Ярмола Т.І., Пустовойт Г.Л., М'якінькова Л.А. Діагностика болю у спині в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини. *Семейная Медицина* 2015. №6 (62). С. 60-62.