

Значно менше часу зафіксовано на середньому рівні рухової активності (ранкова гімнастика, домашня робота по господарству, прогулянка, заняття масовим спортом низької й середньої інтенсивності). Ураховуючи обсяг затраченого часу на рухову активність цього рівня встановлено, що ІРА у студентів першого курсу сягнув 3.08 ± 0.33 бала, добові енерговитрати -230.8 ± 24.5 ккал. Обсяг рухової активності високого рівня сягав 40.4 ± 6.4 хв. ІРА – 3.36 ± 0.53 бала, добові енерговитрати – 252.2 ± 39.9 ккал.

Ураховуючи розроблені норми добових енерговитрат, оцінюємо показники обсягу добової рухової активності студентів як недостатній.

Висновки: на підставі здійснених досліджень констатовано недостатній рівень рухової активності студентів. Зазначене зумовлює необхідність проведення систематичних практичних занять із фізичної підготовки у межах аудиторної та позааудиторної роботи; введення новацій, які б сприяли підвищенню мотивації до занять фізичними вправами.

Ключові слова: добові енерговитрати; здобувач вищої освіти; індекс рухової активності; рухова активність; фізична підготовка.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЯК ЗАСІБ ВІДНОВЛЕННЯ КВАЛІФІКОВАНИХ ФУТБОЛІСТІВ ПІСЛЯ УШКОДЖЕНЬ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛКА

Власюк А. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Дорофєєва О. Є.

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дорофєєва О. Є.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: одним з головних завдань фізичної терапії є відновлення нормальної рухової функції будь-якого пацієнта в тому числі і спортсмена. Тому, зважаючи на те, що кінцівка має провідну роль в відновленні цієї функції, відновлення після травм ахіллового сухожилка є дуже важливим і потребує комплексного підходу на всьому процесі реабілітації, включаючи і нормалізацію нервово-м'язових порушень і рухових та спортивних навичок.

Мета роботи: розробити алгоритм комплексної фізичної терапії кваліфікованих футболістів U19 після лікування часткових ушкоджень ахіллового сухожилка засобами фізичної терапії.

Методи дослідження: інтегрована шкала оцінки ефективності програми J.Leppilahti, оцінка інтенсивності болю за ВАШ, функціональне м'язове тестування, тест Томпсона, 10-ти метровий тест ходи, гоніометрія, методи статистичної обробки результатів.

Результати: програма фізичної терапії для кваліфікованих футболістів з частковим пошкодженням ахіллового сухожилка була розрахована на 16 тижнів та включала чотири періоди: передопераційний, іммобілізаційний, часткової іммобілізації та довготривалої. В основу розробки програми фізичної терапії був покладений професійний профіль МКФ.

Програма фізичної терапії передбачала застосування лікувальної гімнастики, лікувального масажу, кінезіотейпування, інструментальної іммобілізаційної м'якотканинної техніки, міофасциального релізу, ТЕНС терапії та гідрокінезіотерапії.

Відновлення функціональності ахіллового сухожилка передбачали наприкінці впровадження запропонованої методики, перевагу надавали таким засобам, як пліометричні навантаження та розвиток пропріоцептивної чутливості, що полягало в можливості диференціювання просторових, часових та м'язових зусиль. Окрім того пропонували спеціальні терапевтичні вправи та комплекси вправ із застосуванням спеціального обладнання (велотренажери, медболи тощо).

Більшість пацієнтів мала правосторонній розрив ахіллового сухожилка, що лівосторонній розрив був визначений у 25% кваліфікованих футболістів U19. Більшість кваліфікованих футболістів U19 (70 %) мала розрив на 4-5 см вище п'яtkового бугра, що відповідає середині ахіллового сухожилка. Таким чином можна констатувати, що у обстежених кваліфікованих футболістів U19 була найбільш травматичною є середня частина.

Після аналізу показників футболістів відразу після оперативного лікування показник тильної флексії спортсменів основної та контрольної груп коливався в межах 14-16 градусів, а різниця в показниках була несуттєвою. Після впровадження комплексної програми фізичної терапії в основній групі цей показник значно знизився й різниця з контрольною групою була істотна ($p < 0,05$).

Відповідно до статистичного аналізу показників мануально-м'язового тестування триголового м'язу гомілки до фізичної терапії показник склав в ОГ $2,6 \pm 0,3$ бали, в КГ $2,4 \pm 0,2$ бали через 16 тижнів показник виріс в обох групах однак ОГ $4,6 \pm 1,2$ балів, в КГ $3,6 \pm 0,9$ бали, що краще на 1 бал.

Аналогічна динаміка встановлена при оцінці показників 10-метровий тест ходи. Достовірно вищі показники було встановлено достовірно вищі показники в основній групі, найкращі зміни виявлені в часових та просторових параметрах руху ($p < 0,05$).

Аналіз ефективності запропонованої методики за шкалою J. Leppilahti встановлено, що наприкінці дослідження результат становив в ОГ 81,7 балів, в КГ 73,7. Різниця між показниками основної та контрольної групи достовірна.

Висновки: отримані результати в ході досліджень свідчать про те що розроблена програма фізичної терапії для кваліфікованих футболістів U19 з частковим пошкодженням ахіллового сухожилка більш ефективна ніж загальноприйнята програма відновлення.

Ключові слова: фізична терапія, ахілловий сухожилок, гомілковостопний суглоб, кінезіотерапія, стрейтчинг, постізометрична релаксація, кінезіотейпування.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ ПІДЛІТКІВ 11-15 РОКІВ ЗАСОБАМИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ І МАСАЖУ

Волошина К. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Дорофєєва О. Є.

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дорофєєва О. Є.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Фізична терапія є провідним заходом щодо профілактики та корекції порушень постави. Правильне положення тіла у просторі визначає положення й його окремих сегментів та впливає на здоров'я опорно-рухового апарату в цілому.

Мета: розробити систему терапевтичних вправ та масажу й експериментально обґрунтувати їх вплив на профілактику порушень постави у підлітків 11-15 років.

Методи дослідження: візуальний метод, пальпаторний метод, метод функціональних проб, вимірювання ромба Машкова, розрахунок плечового індексу, методи статистичної обробки результатів.

Результати: програма фізичної терапії підлітків 11-15 років із порушенням постави на диспансерному етапі включала три рухові режими: щадний, щадно-тренуючий та тренуючий. Методи та засоби для програми ФТ обиралися відповідно до виявлених порушень. З цією метою використовували: лікувальні положення, спеціальні терапевтичні вправи з різних вихідних положень, лікувальний масаж, кінезіотейпування, міофасціальний реліз та підвісну систему Neuras.

При оцінці порушень постави і визначення ефективності програми фізичної терапії використовували візуальні і розрахункові методи досліджень. При оцінці порушень постави візуальними методами, як в підлітків контрольної, так і основної групи були виявлені порушення постави: кіфотична та сколіотична. В 17% випадків ці порушення були фіксовані. Показники контрольної і основної групи на початку дослідження суттєвих розбіжностей не мали.

При оцінці плечового індексу і оцінці постави в 7 дітей основної групи і 5 контрольної визначили сутулу (кіфотичну) поставу. Плечовий індекс склав відповідно 96,1 у.о. і 93,2 у.о.