



Міністерство охорони
здоров'я України

Національний
фармацевтичний
університет

Кафедра фізичної
реабілітації та здоров'я

Медичний центр фізичної
реабілітації та спортивної
медицини «KINEZIO»

24
травня
2024
ХАРКІВ

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ

збірник тез всеукраїнської
конференції





**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЗДОРОВ'Я
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ТА СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ «КІНЕЗІО»**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ
РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»**

24 травня 2024 р., м. Харків

Збірник наукових праць

Випуск 3

Харків – 2024

УДК 613.71

**Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині
//Збірник наукових праць. – Харків, 2024. – Випуск 3. – 120 с. (укр.)**

Даний випуск збірки містить матеріали Всеукраїнської конференції «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» (24 травня 2024 року, місто Харків)

У збірнику розміщено наукові тези викладачів, молодих вчених, аспірантів, магістрантів, здобувачів вищої освіти, докторантів, лікарів, функціонерів сфери фізичної терапії та фізичної культури та спорту.

Тематика збірника:

- Актуальні питання фізичної та реабілітаційної медицини.
- Актуальні питання фізичної терапії та ерготерапії.

Матеріали відображені в міжнародних наукометричних базах даних **Google Scholar**

Друкується в авторській редакції

©Національний фармацевтичний університет, 2024
©Автори, 2024

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Котвіцька А.А., в.о. ректора Національного фармацевтичного університету, доктор фармацевтичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, м. Харків, Україна.

Владимирова І.М., проректор ЗВО з науково-педагогічної роботи Національного фармацевтичного університету, доктор фармацевтичних наук, професор, м. Харків, Україна.

Таможанська Г.В., завідувач ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат педагогічних наук, доцент, м. Харків, Україна.

Мятига О.М., доцент ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, м. Харків, Україна.

Невелика А.В., старший викладач ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, м. Харків, Україна.

Галашко В.В., старший викладач ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат педагогічних наук, м. Харків, Україна.

Відповідальний секретар: Козін С.В. викладач ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат педагогічних наук, м. Харків, Україна.

ЗМІСТ
СЕКЦІЯ 1

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Березуєва Т. С.	7
ВИКОРИСТАННЯ ГІМНАСТИКИ ЗА МЕТОДОМ КАТАРІНИ ШРОТ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ	
Білецька О.М., Марковська О.В., Манучарян С.В.	10
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ОСВІТИ	
Веснін А.В.	13
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МІОФАСЦІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ГОЛОВНОМУ БОЛЮ НАПРУГИ	
Войчишин Б.В., Кобзіна М.П., Пилипас С.В., Сиплива Є.О.	15
ВИВИХИ В АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОМУ ЗЧЛЕНОВУВАННІ	
Ганчева О. В., Грекова Т. А., Мельнікова О. В., Каджарян Є. В., Ісаченко М. І.	18
ОГЛЯД ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ НА ОПОСЕРЕДКОВАНЕ ЗАПАЛЕННЯМ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ	
Елгамман Маруан, Баранова І.І., Лебедин А.М.	21
АНАЛІЗ АЛГОРИТМУ РЕАГУВАННЯ АПТЕК ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
Жаботинська Н.В., Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В.	23
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПЕРІОДИ В ГЕРОНТОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Коц Н.С., Ступак А.О.	25
ВИСОКОІНТЕНСИВНЕ ТРЕНУВАННЯ ХОДИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ	
Маслак Мустафа, Дядюн Т.В., Лебедин А.М.	29
ДОСЛІДЖЕННЯ АЛГОРИТМІВ РЕАГУВАННЯ НА КОНФЛІКТНУ СИТУАЦІЮ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ	
Масюра Ю.С., Левков А.А.	31
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ	
Моїсєєва Н.М., Щенявський І.Й., Ахатова Ю.С., Горіна О.Л.	34
ВІДНОВЛЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ КРОВІ В УМОВАХ ГОСТРОГО ХОЛОДОВОГО СТРЕСУ	
Пильгук О.С., Левков А.А.	36
МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНИХ ПОЛОЖЕНЬ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО СИНДРОМУ	
Пилипенко А., Кобзіна М.П., Невелика А.В., Шафорост Р.О., Ротань А.	38
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ З АЕРОБНИМИ ВПРАВАМИ ПОМІРНОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ НА НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ У ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ	
Самойлова Г.П., Марковська О.В., Мирошніченко М.С.	40
МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВОВАТН-ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
Чаббуба Бадр, Баранова Інна Іванівна, Лебедин Алла Миколаївна	42
ОГЛЯД ПОШИРЕННЯ ХВОРОБ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВИТРАТ У МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ	
Черняєв М.С., Самойлова Г.П., Шапкін А.С.	44
ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ VAS – ТЕРАПІЇ НА РАННЮ РЕАБІЛІТАЦІЮ ПАЦІЄНТІВ З ГНІЙНИМИ РАНАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	

Бержаї Мехді, Дядюн Тетяна Валеріївна, Лебедін Алла Миколаївна	46
ANALYSIS OF NORMATIVE REGULATION OF STRESS AT THE WORKPLACE OF PHARMACEUTICAL WORKERS	
Bohachova O.S., Vlasenko A.S., Chekholi M.O.	47
HYGIENIC BASIS FOR RECOVERY OF ATHLETES' BODIES THROUGH SLEEP	
Ель Бермакі Юссеф, Лебедін Алла Миколаївна	50
STATISTICS OF PREVALENCE OF PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME	

СЕКЦІЯ 2 **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

Антонова Г.П.	52
АСИМЕТРІЇ У РОЗВИТКУ М'ЯЗОВИХ ГРУП СЕРЕД ЖІНОК-СПОРТСМЕНОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ АКРОБАТИКОЮ НА ПІЛОНІ: РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТ	
Баїлал Мохамед Амін, Лебедін А.М., Чернуха В.М.	55
АНАЛІЗ МЕТОДІВ УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ У АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ	
Баннікова Р.О., Отруб'яніков В.Р.	57
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ НА НЕСТАБІЛЬНИХ ОПОРАХ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТУ	
Віноградов М., Дідо Ю., Котковець В.	60
ЗВ'ЯЗОК НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ ТА ВИСОКОІНТЕНСИВНОГО ІНТЕРВАЛЬНОГО ТРЕНУВАННЯ, ЯК ЕЛЕМЕНТУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
Вітомський В.В., Балаж М.С., Вітомська М.В., Джевага В.В.	64
ВПЛИВ РАННЬОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ	
Ємченко І., Соцька А.С., Степанова Г.М., Тимошенко Л.В., Устименко Р.В.	66
ВПЛИВ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЗАПАМОРОЧЕННЯ ТА ПРОБЛЕМИ З РІВНОВАГОЮ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ	
Карабут Л.В., Єрьоменко Р.Ф.	68
ЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ	
Карабут Л.В., Єрьоменко Р.Ф.	70
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КІФОЗІ	
Карабут Л.В., Матвійчук О.П.	72
ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОФЛАКТИЦІ СКОЛІОЗУ	
Карабут Л.В., Матвійчук О.П.	74
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗІ	
Карабут Л.В., Невелика А.В., Андрюхін Д., Нестеренко Д.М.	76
ДІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	
Кондак Н.М., Калмикова Ю.С.	78
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ НАБУТІЙ КРИВОШІЇ У ДІТЕЙ РУДНОГО ВІКУ	
Крилевська К.А., Сафронов Д.В.	80
РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕВРОЗАМИ	

Кудряшова О.Г., Штанько О.І., Шевченко В.В., Шихова Є., Щербина Л. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТА З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ ТА ПРАВОБІЧНИМ ГЕМІПАРЕЗОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	83
Кузнєцов О.О., Свєрчкова О.В., Полковник-Маркова В.С. ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ КОНТРАКТУРІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА НА ДОВГОТРИВАЛОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	85
Литовченко В.О., Свєрчкова О.В., Калмиков С.А., Парфанюк Т.М. ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ НЕЙРОПАТІЇ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА НА ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	89
Мізер К.М., Бойко А.С. МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У НАДАННІ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ЗІ СПАСТИЧНОЮ КВАДРИПЛЕГІЄЮ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ	93
Мятига О.М., Таможанська Г.В., Кононенко Н.М., Козін С.В. ПОЛІПШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ	96
Невелика А.В., Сутула О.В., Трубенко О.А., Гордієнко Н.О., Борисенко А.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТРАВМІ КОЛІННОГО СУГЛОБА У БАДМІНТОНІСТІВ	100
Ніколаєва А.А., Свєрчкова О.В., Каніщева О.П. ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА	103
Полулященко А.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ЗВ'ЯЗОК В КОЛІННОМУ СУГЛОБІ У ТАНЦІВНИКІВ	107
Русанов А.П., Вітомський В.В., Вітомська М.В., Джевага В.В. ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОМАШНЬОЇ ТА АМБУЛАТОРНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АДГЕЗИВНОМУ КАПСУЛІТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ТА МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ	108
Соколовська І.А., Нечипоренко В.В., Позднякова О.Л., Гордієнко Н. М., Сергата Н.С., Сергатий М.О. ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗЕРВИ СТУДЕНТІВ СПОРТСМЕНІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ХОРТИЦЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ	110
Степанов Д.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	113
Шестопад Н.О., Ярмач В.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ З АМПУТАЦІЄЮ ГОМІЛКИ ВНАСЛІДОК МІННО- ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРОТЕЗУВАННЯ	114
Shtyker A.S., Vesnin V.V. PHYSICAL THERAPY FOR PATIENTS WITH INJURIES AND DISEASES OF THE PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM	117

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ НЕЙРОПАТІЇ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА НА ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Литовченко В.О., Свєрчкова О.В., Калмиков С.А., Парфанюк Т.М.

Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна

obezyazychnaya@gmail.com

Вступ. На сьогодні в Україні велика кількість осіб молодого та середнього віку із посттравматичними нейропатіями, як військових так і цивільних внаслідок бойових дій. Малогомілковий нерв є основним нервом, що іннервує нижню кінцівку. Причини його ушкодження: травматичні та нетравматичні. Нерв забезпечує як чутливість, так і рухові функції. Рухова функція полягає в тильному згинання стопи та розгинанні великого пальця, еверсії стопи. Основними симптоми ушкодження нерву є: порушення функції (парез або параліч), чутливості та трофічних функцій, больовий синдром. Методи лікування: консервативний (ортезування та фізіотерапевтичне втручання) та оперативний (за показниками електроміографії).

Фізіотерапевтичне втручання грає важливу роль у реабілітаційно-відновному лікуванні посттравматичної нейропатії малогомілкового нерва при обох методах лікування. Фізична терапія спрямована на зменшення запалення, скутості, функції та нейропатичного болю за допомогою підбору терапевтичних вправ, мобілізаційних технік та електротерапії. Отже, розробка фізіотерапевтичних програм для даної категорії на сьогодні є дуже актуальним.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити й оцінити ефективність фізіотерапевтичної програми для чоловіків з посттравматичними нейропатіями малогомілкового нерва на довготривалому періоді реабілітації.

Матеріал та методи дослідження. Рівень структури та функції згідно з МКФ визначали за допомогою інтерв'ю, огляду, візуально-аналогової шкали болю (ВАШ), мануального м'язового тестування. Рівень активності та участі визначали за допомогою тесту «Встань та йди», індексу Бартела. Метод статистичної обробки отриманих результатів проводився з допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel (версія 2016).

Під нашим спостереженням знаходилося 20 чоловіків (військовослужбовців) від 32 до 56 років, на базі центрального шпиталю Міністерства внутрішніх справ України (Міжнародна організація «MeHad») м. Київ. Чоловіки були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ), в кожній групі – по 10 осіб. Середній вік в основній групі склав $43,00 \pm 2,17$, а в контрольній – $41,90 \pm 2,13$ роки. За загальними характеристиками, наявністю супутньої патології основна та контрольна групи були однорідні. Чоловікам основної групи заходи фізичної

терапії проводилися за розробленою нами програмою, особам контрольної групи – за загальноприйнятими рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України.

Результати та їх обговорення. Первинне реабілітаційне обстеження проводилось нами через 5-7 тижнів після оперативного лікування. За результатами інтерв'ю всі чоловіки скаржились на сильний невропатичний біль, тому ми протестували їх за «Візуально-аналоговою шкалою болю». Результати обстеження показали наявність больових відчуттів на рівні $8,60 \pm 0,27$ балів в ОГ, та $8,50 \pm 0,42$ балів. Отже отримані показники свідчать про сильний рівень відчуття невропатичного болю обстежуваних. За даними інтерв'ю встановлено, що скарги на наявність больового синдрому при активних та пасивних рухах та у стані спокою спостерігали у 100% чоловіків. Для зменшення невропатичного болю чоловікам призначали анальгетики.

Статистично значущої різниці показників сили усіх досліджуваних м'язів за мануальним м'язовим тестуванням в обох групах не спостерігалось ($p > 0,05$).

За результатами тесту «Встань та йди» у чоловіків виявлено переважно незалежну здатність до переміщення в ОГ у 20% осіб, в КГ - 10 %; порушену здатність до переміщенні виявлено в ОГ у 80 % осіб, а в КГ – у 90 %. Методичні вказівки: при проведенні тестування усі чоловіки проходили відстань 3 метри з ортезом на нижній кінцівці.

За результатами первинного показників осіб за індексом активності Бартела встановлено мінімальне обмеження щоденної активності в обох групах за загальним балом тестування. Слід зауважити, що даний індекс ми обрали для оцінки таких розділів як одягання та подолання сходів. В ОГ 100% чоловіків мали залежність від сторонньої допомоги щодо одягання (скарги на неможливість одягання шкарпеток та взування, насамперед через сильний невропатичний біль та м'язову дисфункцію), (оцінка за розділом 0 балів), 20% осіб наголошували, що їм потрібна певна допомога при подолання сходів (вони оцінили цей розділ у 5 балів).

Розроблена *програма для ОГ* передбачала використання кінезотерапії з урахуванням короткотермінових цілей у SMART-форматі та фізіотерапії

Глобальна мета фізіотерапевтичної програми: Досягти самостійної ходьби в ортезі без больових відчуттів на відстань 2-3 км через 1,5-2 місяця. Для досягнення мети ми встановили наступні цілі реабілітаційних циклів.

Ціль циклу 1: Пацієнт зможе пройти відстань 500 м в ортезі з рівнем больових відчуттів за ВАШ 3-4 бали через 4 тижні.

Ціль циклу 2: Пацієнт зможе самостійно одягати шкарпетки та взуття через 1,5 місяця

Комплекс вправ *кінезотерапії* включав: активно-пасивні вправи на слінг-системі для стопи, вправи на апараті безперервної розробки суглобів, ходьбу на

біговій доріжці, терапевтичні вправи для повсякденної активності. Кінезотерапію проводили 5 разів на тиждень по 40-60 хвилин.

Апаратна фізіотерапія. Транскуптанна електрична стимуляція нервів (TENS) на апараті EMC Comrex 8.0., електроди навколо вогнища болю, частота 100 Гц, сила струму до відчуття поколювання. Тривалість процедури 20 хв., через день, 12-16 процедур.

Чоловіки КГ займалися за загальноприйнятими рекомендаціями МОЗ України. Кінезотерапія включала використання на фоні загальнорозвиваючих, дихальних вправ, спеціальних вправ активно-пасивних вправ для стопи у вихідних положеннях стоячи та сидячи, вправи на велотренажері, ходьби. Тривалість заняття 40-60 хвилин, 5 разів на тиждень.

Апаратна фізіотерапія. Транскуптанна електрична стимуляція нервів (TENS) на апараті EMC Comrex 8.0., електроди навколо вогнища болю, частота 100 Гц, сила струму до відчуття поколювання. Тривалість процедури 20 хв., через день, 12-16 процедур.

Додержувалися наступної послідовності призначення фізіотерапевтичних заходів: спочатку заняття кінезотерапією, а через 30-40 хвилин – транскуптанна електрична стимуляція нервів (TENS).

Повторне реабілітаційне обстеження проводили через 2 місяці застосування фізіотерапевтичних програм. При повторному дослідженні оцінка больового відчуття за ВАШ в ОГ складала $5,20 \pm 0,24$ балів, а в КГ – $6,90 \pm 0,27$. Середні показники рівня болю в ОГ зменшились на 3,4 бали, а в КГ - тільки на 1,6 бали. Слід зазначити, що при повторному дослідженні 20% чоловіків ОГ зазначили, що зменшили дозу прийому анальгетиків протягом дня.

Показники сили досліджуваних м'язів оперованої кінцівки майже не змінились під впливом фізіотерапевтичного втручання порівняно з початковим періодом ($p > 0,05$), статистично значущої різниці між групами при повторному дослідженні також не спостерігали ($p > 0,05$). Аналізуючи показники ММТ досліджуваних м'язи, відсутність динаміки показників пов'язана з тим, що на основі анатомо-фізіологічних особливостей нервової системи, клініко-функціонального стану осіб та протоколів відновного лікування над відновленням м'язової сили починають працювати пізніше, тому ми не ставили такої короткотермінової цілі, а отже, не використовували терапевтичних вправ для цього в програмі фізіотерапевтичного втручання.

При повторному обстеженні чоловіків за тестом «Встань та йди» встановлено переважно незалежну здатність до переміщення в ОГ у 80 % осіб, в КГ - 60%; порушену здатність до переміщення в ОГ у 20%, а в КГ – у 40 % осіб. Різниця між показниками осіб обох груп статистично достовірна ($p < 0,05$).

Результати аналізу показників повторного обстеження чоловіків за індексом активності Бартела свідчили, що за загальним балом тестування в у

осіб обох груп встановлено мінімальне обмеження щоденної активності: в ОГ у 100% осіб показник 100 балів, а в КГ – у 60% - 100 балів, а у 40% - 95 балів.

Отже, чоловіки ОГ мали незалежність від сторонньої допомоги при одяганні шкарпеток та взуття (оцінка за розділом 10 балів), а 40% чоловіків КГ наголошували, що потребують допомоги, але в змозі самостійно справитись наполовину (оцінка за розділом 5 балів). Щодо подолання сходів усі чоловіки обох груп при повторному дослідженні робили це самостійно (в ортезі).

Висновки. Таким чином, застосування програм фізичної терапії при посттравматичній нейропатії малогомілкового нерва дозволило більшою мірою знизити больовий синдром, покращити клініко-функціональний стан нижніх кінцівок та якість життя: а саме, досягти ходьби на певні відстані з мінімальним рівнем нейропатичного болю та безболісного одягання шкарпеток та взуття. При цьому показники осіб основної групи, які займалися за запропонованою нами фізіотерапевтичною програмою, були достовірно кращими, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$), окрім показників сили м'язів ($p > 0,05$).