

Після операції відновлення може займати до 12 місяців. Для пересування пацієнт повинен використати милиці і уникати будь-яких навантажень на оперовану ногу. Прискорити відновлення можна за допомогою фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу і електрофорезу. Виконувати лікувальну фізкультуру можна лише після зняття гіпсу і проведення діагностики. Термін реабілітації досягає 3-4 місяців. Найважливішою частиною відновлення після такої операції є лікувальна фізкультура. Комплекс вправ на різних етапах відновлення рекомендується лікарем. Пацієнт повинен пам'ятати про те, що навантаження на прооперовану ногу повинно збільшуватися поступово. Крім лікувальної фізкультури рекомендується проведення курсів масажу. Спочатку ця процедура повинна виконуватися фахівцем, а згодом пацієнт може навчитися техніці проведення масажу і робити його самостійно.

Основні висновки. Реабілітація після артродезу гомілковостопного суглоба припускає включення лікувальної фізкультури, масажу, електрофорезу, ультрафонофорезу та інших елементів в післяопераційний етап відновлення. Лікувальна фізкультура є найважливішим методом, оскільки саме завдяки ній пацієнти запобігають розвитку контрактури суглоба.

ЛІТЕРАТУРА

1. Омар Мухаммед Абдалла Аль-Боу. Артродез голеностопного сустава при посттравматическом деформирующем артрозе III-IV стадии: автореф. дис. канд. мед. наук 14.00.22 / Абдалла Аль-Боу О.М.; Москва, – 2005. – 28 с.
2. Артродез голеностопного сустава: показания, методика операции, осложнения, реабилитация [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://myfamilydoctor.ru/artrodez-golenostopnogo-sustava-pokazaniya-metodika-operacii-oslozhneniya-reabilitaciya>.

Анна Немічева,

студентка 1 курсу

Факультету філології та соціальних комунікацій

Наук. керівник: **Р. І. Літус,**

ст. викладач (БДПУ)

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРИ ЗАВОРОТІ КИШОК

Акутальність. Заворот кишок – це один з видів гострої непрохідності, яка виникає при порушенні нормального положення петель кишечника: їх перекручуванні між собою або навколо осі брижі. При такому закручуванні порушується вільне проходження по кишечнику його вмісту, він переповнюється, розтягується, відбувається зневоднення і інтоксикація організму. Якщо вчасно не вжити заходів, можливі розриви кишечника, перитоніт, запалення очеревини, інфаркт кишки. Найчастіше спостерігається заворот тонкого кишечника, а також заворот сигмоподібної і сліпий кишки [1, С. 77-78].

Мета і методи дослідження. Нерідко у людини може бути схильність до завороту кишок, за рахунок особливостей анатомії. Кишечник

кріпиться до стінки очеревини за допомогою брижі, і якщо та занадто довга або вузька, ймовірність того, що петля кишечника може закрутитися навколо неї, значно вище. Ще однією причиною може стати запальне захворювання брижі, яка при цьому зморщується, змушуючи відділи кишечника зближуватися і створюючи умови для виникнення завороту кишок. У таких випадках може вистачити досить різкого руху, надмірного фізичного напруження, щоб кишка закрутилася навколо брижі. Але непрохідність може статися і при відсутності перерахованих вище факторів. Для виникнення завороту досить переповнення однієї з петель кишечника, яка почне закручуватися навколо вільних петель, викликаючи непрохідність. Таке переповнення може виникнути внаслідок споживання грубої рослинної їжі, після тривалого голодування, при частих запорах. Вважається, що більш схильні до появи даної проблеми вегетаріанці, люди, які сидять на низкобілковій дієті, і чоловіки старше 40 років.

Сутність дослідження. Причиною завороту кишок у дітей може стати: різкий поворот тулуба, запори, травми, спайковий процес, новоутворення, обмеження. Просвіт кишечника може перекриватися також при гельмінтозі. Причому причиною завороту кишок у дітей до року найчастіше стає грижа стравохідного отвору. У дітей у віці від 5 до 6 років ця патологія зустрічається рідко.

Першим і основним симптомом є переймоподібний біль в животі, яка поступово наростає і стає постійною. Друга ознака – відсутність стільця і газів. У деяких випадках газу можуть відходити, але стільця при цьому немає. Надалі спостерігається загальне погіршення стану, нудота і блювота, здуття живота, причому він набуває асиметричну форму. Можуть виникати ущільнення або, навпаки, аномальна м'якість окремих ділянок. Заворот тонкої кишки дає найбільш важкі і бурхливі симптоми. Біль в області пупка швидко наростає, спостерігається здуття живота, нудота, блювота, блідість, зниження артеріального тиску, тахікардія. Завороту сигмовидної кишки часто передують хронічні запори і напади болю (так звані неповні завороти).

При завороту кишок хворого необхідно терміново госпіталізувати для визначення того, заворот якого саме відділу кишечника ознаки завороту кишок стався, і проведення потрібного втручання. Лікування завороту зазвичай проводиться хірургічними методами, і чим раніше проведена операція, тим більше шансів на успішний результат. В результаті завороту може статися розрив кишечника, розвинутися перитоніт, перекриття кровопостачання кишки може викликати її некроз, при якому потрібне видалення частини кишки. При несвоєчасному прийнятті заходів існує ймовірність летального результату, за рахунок загального сепсису. Завороти сигмовидної кишки іноді вдається випрямити консервативними методами, за допомогою клізм, але рішення про таке лікування може прийняти тільки фахівець.

Основні висновки. Лікування завороту кишок у дітей починається з консервативних методів терапії з обов'язковим проведенням паранефральної і пресакральної блокади 0,25%-м новокаїном. Призначаються знеболюючі препарати та лікарські засоби, що сприяють виведенню токсинів з організмів.

До профілактичних заходів можна віднести раціональне харчування невеликими порціями, виняток переїдання, слід виключити або зменшити вживання продуктів, що містять грубу клітковину. Для попередження рецидивів хвороби, виконується операція по фіксації сигмовидної кишки до черевної стінки [2, С. 61-67].

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонюк С.М. Результати лікування хворих із заворотом сигмоподібної кишки. / С.М. Антонюк [та інші]. // Медицина транспорту України, №1, березень 2011, – С. 77-78.
2. Фофанов О.Д. Лікування меконієвого перитоніту: проблеми та шляхи їх вирішення. / О.Д. Фофанов, В.О. Фофанов, Р.І. Никифрук // Хірургія дитячого віку, №3 (56), 2017. – С. 61-67.

Михайло Никифоров,
студент 1 курсу магістратури
Факультету фізичного виховання
Наук. керівник: **С. М. Писаренко,**
ст. викладач (БДПУ)

НЕОБХІДНІСТЬ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ ЯК СКЛАДОВОЇ СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Актуальність. Оцінка стану здоров'я студентів зумовлена необхідністю розробки та вирішення проблеми удосконалення фізичної підготовленості, які є важливими складовими якості результатів педагогічної діяльності, ефективності освітніх систем у вищих навчальних закладах у напрямі фізичного виховання студентської молоді, особливо на сучасному етапі його реформування. Фізична підготовленість характеризується рівнем функціональних можливостей серцево-судинної, дихальної та інших систем організму [1, с. 25].

Визначення особливостей зміцнення здоров'я студентів протягом усього періоду навчання у ВНЗ, об'єктивізація критеріїв комплексної оцінки стану здоров'я, насамперед фізичної підготовленості [2, с. 80], диктує необхідність більш детального вивчення даної проблеми, що й визначило тему нашого дослідження: «Оцінка рівня фізичного стану та фізичної підготовленості студентів 1–4 курсів факультету фізичного виховання».

Ступінь досліджуваності проблеми. Здоров'я дітей і молоді в Україні в останні роки погіршується, а зусиль держави і громадськості щодо запобігання цій тенденції поки що недостатньо. Проблема впровадження здорового способу життя в молодіжному середовищі переходить до категорії таких, що визначають рівень національної безпеки України.

Є. Грязева, Т. Димніч, Т. Дух в своїй роботі відмічають значну поширеність відхилень у стані здоров'я студентів як прояв формування дизадаптаційного синдрому, а також можливість подальшої трансформації у хронічну патологію. Погіршення стану здоров'я студентів як в останні роки в цілому, так і в динаміці їх навчання у ВНЗ, виявляється при проведенні моніторингу [3, с. 35-37].