

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИДНІПРОВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ БУДІВНИЦТВА
ТА АРХІТЕКТУРИ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ
З ДИСЦИПЛІНИ
«ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ»
на тему „Особливості спортивних травм ділянки
плечового суглоба”**

**для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
всіх спеціальностей всіх освітніх програм
денної форми навчання**

Дніпро
2024

Методичні вказівки до самостійної роботи з дисципліни «Фізичне виховання» на тему „Особливості спортивних травм ділянки плечового суглоба” для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти всіх спеціальностей всіх освітніх програм денної форми навчання / Укладач: Макаренко Є. Є., Бессарабова О. В., Макаренко О.Є. – Дніпро: ПДАБА, 2024 – 21 с.

У методичних вказівках надана характеристика травматизму під час проведення занять з фізичної культури. Розкрито особливості спортивних травм ділянки плечового суглоба та методи їх реабілітації.

Укладачі: Макаренко Є. Є., ст. викл. каф. Фізичного виховання і спорту ПДАБА.

Бессарабова О. В. КПедН, доцент, Кафедра фізичної терапії та ерготерапії Запорізького національного університету.

Макаренко О.Є. вчитель фізичної культури КЗО НВК №71 ДМР.

Відповідальний за випуск: Шиян В. М., к.фіз.вих., зав. каф. Фізичного виховання і спорту ПДАБА.

Рецензент: Головаха М.Л., д.м.н., проф., зав. каф. травматології та ортопедії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Затверджено на засіданні
кафедри Фізичного виховання
і спорту ПДАБА
Протокол № 9 від 07.03.2024 р.
Зав. каф. Шиян В. М.

Рекомендовано до друку
навчально-методичною радою
ПДАБА
Протокол № 6 від 18.04.2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЗМУ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ ПІДГОТОВКОЮ.....	4
ОСОБЛИВОСТІ СПОРТИВНИХ ТРАВМ ДІЛЯНКИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА. МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	7
ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	177
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	211

ВСТУП

Завданнями фізичного виховання у вищих навчальних закладах є:

- формування у студентської молоді основ теоретичних знань, практичних і методичних здібностей (умінь і навичок) з фізичного виховання, фізичної реабілітації, масового спорту як компонентів їх повноцінної, гармонійної та безпечної життєдіяльності;
- набування студентською молоддю досвіду застосування цих цінностей упродовж життя в особистій, навчальній, професійній діяльності, у побуті та в сім'ї;
- забезпечення у студентської молоді належного рівня розвитку показників їх функціональних і морфологічних можливостей організму, фізичних якостей, рухових здібностей, працездатності;
- сприяння розвитку професійних, світоглядних і громадянських якостей студентів; підготовка й участь студентів у різноманітних спортивних заходах

При сучасному темпі життя, з його величезними психічними й емоційними навантаженнями та складними економічними умовами, епідемічному характері розповсюдження звичних захворювань, які вважали давно переможеними, особливого значення набуває спосіб життя людини як фактор поліпшення та збереження здоров'я.

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЗМУ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ ПІДГОТОВКОЮ

Профілактика травматизму в процесі фізичного виховання серед студентів є одним із найважливіших питань організації навчально-виховної роботи, яка можлива за відповідних умов організації навчального процесу. Травми найчастіше виникають у результаті порушення відповідних організаційних, методичних вимог викладачами й студентами. Ушкодження, які можна отримати під час заняття спортом на майданчиках та в залах, називаються спортивним травматизмом.

Для досягнення мети потрібно правильно організовувати заняття, створювати необхідні умови для забезпечення належного рівня фізичної досконалості. Сприятим цьому буде набуття елементарних знань і навичок, які запобігають отриманню травм, важких пошкоджень, погіршенню стану здоров'я.

Для ефективного проведення роботи по зниженню травматизму на заняттях з фізичної підготовки і спорту необхідно знати причини виникнення травм.

Основні причини травматизму на заняттях з фізичного виховання і спорту:

1. Недотримання вимог про порядок проведення занять з фізичного виховання і спортивного тренування (до 50%).
2. Недоліки в методиці проведення занять з фізичного виховання, тренувань та змагань (5-10%).
3. Незадовільне матеріально-технічне обладнання місць проведення занять (10-25%).
4. Недостатній медичний контроль за фізичним розвитком та станом здоров'я (4-6%).
5. Недисциплінованість тих, хто займається (4-6%).
6. Неприятливі метеорологічні та гігієнічні умови (2-6%).
7. Внутрішні фактори (1-3%).

По складності травми діляться на важкі, середньої ступені складності й легкі.

Важкі травми - це травми, які викликають різко виражені порушення здоров'я й призводять до втрати навчальної й спортивної працездатності, строком понад 30 днів. Потерпілих госпіталізують або тривалий час лікують в дитячих травматологів-ортопедів у спеціалізованих відділеннях або амбулаторно. Прикладом таких травм може бути розрив зв'язок задньої поверхні стегна.

Травми середньої ступені складності - це травми з вираженою зміною в організмі, які приводять до втрати навчальної й спортивної працездатності строком від 10 до 30 днів.

Легкі травми - це травми, які не викликають значних порушень в організмі й втрати загальної й спортивної працездатності. До них відносяться удари, потертості, поверхневі рани, легкі забиті місця, розтягнення 1-го ступеня та інші, які потребують надання першої медичної допомоги.

Крім того, виділяють гострі й хронічні травми.

Гострі травми виникають у результаті раптового впливу того або іншого фактора, що травмує.

Хронічні травми є результатом багаторазової дії одного і того ж фактора, що травмує на певну область тіла. Існує ще один вид травм - мікротравми. Це ушкодження отримані клітинами тканин у результаті одноразового або багаторазового пошкодження.

Іноді виділяють дуже легкі травми (без втрати спортивної працездатності) і дуже важкі травми (що приводять до спортивної інвалідності й смертельним кінцем).

Серед видів спортивних ушкоджень забиті місця найбільше часто зустрічаються в хокеї, футболі, боксі, спортивних іграх, боротьбі. Ушкодження м'язів і сухожил'я часто спостерігаються при заняттях штангою, легкою атлетикою й гімнастикою.

Розтягнення зв'язок - переважають при заняттях важкою атлетикою, боротьбою, легкою атлетикою, гімнастикою, спортивними іграми й боксом.

Переломи кісток відносно часто виникають у борців, велосипедистів, хокеїстів, боксерів, гірськолижників, футболістів.

Рани та потертості переважають при заняттях велосипедним спортом, хокеєм та веслуванням.

Струс мозку найбільше часто зустрічається в боксерів, велосипедистів, футболістів, представників гірськолижного спорту.

По локалізації ушкоджень у фізкультурників і спортсменів найчастіше спостерігаються травми кінцівок, серед них переважають ушкодження суглобів, особливо колінного й гомілковостопного. При заняттях спортивною гімнастикою частіше виникають ушкодження верхньої кінцівки (70% всіх травм).

Для більшості видів спорту характерні ушкодження нижніх кінцівок, наприклад у легкій атлетіці й лижному спорті (66%). Ушкодження голови характерні для боксерів (65%), пальці кисті - для баскетболістів й волейболістів (80%), ліктьового суглобу для тенісистів (70%), колінного - для футболістів (48%) і т.п.

Серед спортивних травм, як правило, високий відсоток травм середньої ступені важкості.

Травми в області плечових суглобів найбільш поширені серед плавців (60-70 % спортсменів високої кваліфікації). Особливо часто зустрічаються травми плеча у спринтерів. Відзначається тісний взаємозв'язок між травмами плечей і використанням спеціальних лопаток для силової підготовки у воді.

Анатомія

Плечовий суглоб утворений трьома кістками (рис.1): голівкою плечової кістки, суглобовою западиною лопатки і ключицею, яка не пов'язана з суглобом анатомічно, але значно впливає на його функцію.

Голівка плечової кістки відповідає за формою суглобовій западині лопатки, що називається також гленоїдальною западиною.

По краю суглобової западини лопатки є суглобова губа – хрящової валик, який утримує головку плечової кістки у суглобі.

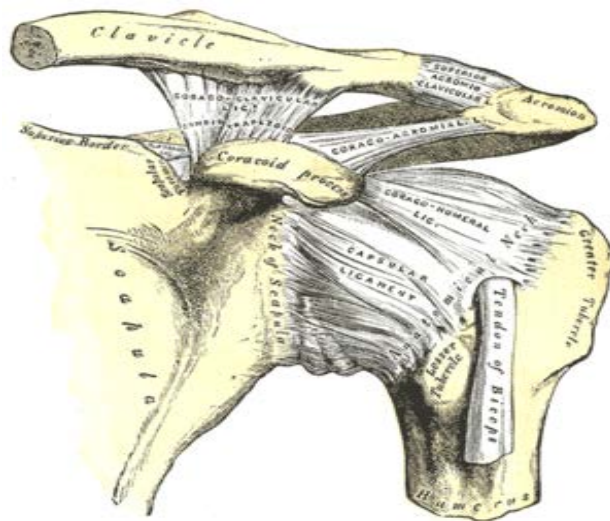


Рис. 1 Анатомія плечового суглоба

2. ОСОБЛИВОСТІ СПОРТИВНИХ ТРАВМ ДІЛЯНКИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА. МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вивих акроміального кінця ключиці

Механізм травми. Вивих відбувається в результаті падіння з опорою на верхню кінцівку або на ділянку плечового суглоба (рис. 2).



Рис.2 Класичний механізм розриву зв'язок і вивиху акроміального кінця ключиці

Повний вивих буває з розривом акроміально-ключичної і дзобовидно-ключичної зв'язок, неповний – тільки акроміально-ключичної (Рис.3).

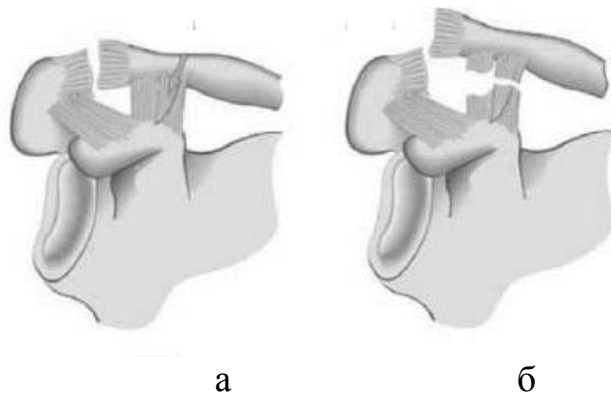


Рис. 3 Варіанти пошкодження: а – акроміально-ключична зв'язка; б – акроміально-ключична та ключично-дзобовидна зв'язки

Серед фахівців, які лікують травми плеча, прийнято використовувати класифікацію Rockwood (рис. 4), яка виділяє шість типів пошкоджень.

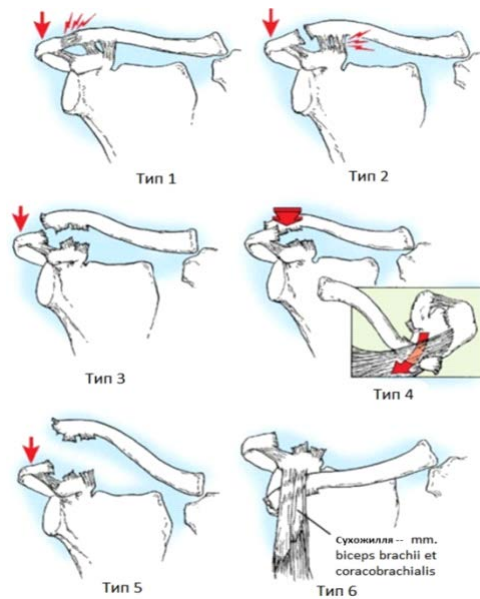


Рис. 4 Класифікація пошкоджень акроміально-ключичного зчленування за Rockwood

Перша допомога. Вводять анальгетики, іммобілізують кінцівку косинкою або пов'язкою Дезо.

Лікування. Консервативне лікування можливе тільки при неповних вивихах, накладається косинковий бандаж на 6 тижнів. (рис. 5).

При повних вивихах проводиться відкрите вправлення і фіксація ключиці до відростків лопатки спицями, гвинтом, металевими конструкціями, лавсановими стрічками, алосухожилками тощо.



Рис. 5 Косинковий бандаж

Після операції кінцівку фіксують у косинковому бандажі на 3 – 4 тижні. Реабілітація — 4 тижні з активним використанням фізіотерапевтичного і функціонального лікування. Працездатність відновлюється через 7 – 8 тижнів при лікуванні повного вивиху і через 5 – 6 при лікуванні неповного.

Вивихи плеча

Механізм травми. Непряма травма (падіння на відведену і витягнуту руку або на лікоть). Пряма травма (удар по плечу ззаду або спереду) спостерігається рідко. Частота вивихів плеча пояснюється кулястою формою суглоба, значною рухливістю в ньому, невідповідністю суглобових поверхонь, слабкістю і невеликою кількістю зв'язок, вільною і недостатньо міцною суглобовою капсулою.

Класифікація вивихів:

- Уроджені вивихи плеча.
- Придбані вивихи плеча.
- Нетравматичні вивихи плеча:
 - а) довільний вивих плеча;
 - б) патологічний хронічний вивих плеча.
- Травматичні вивихи плеча:
 - а) неускладнені вивихи плеча;
 - б) ускладнені вивихи плеча:
 - з пошкодженням судинно-нервового пучка;
 - з розривом сухожилків;
 - переломовивихи.

За відношенням до пошкодження шкіри ділянки суглоба поділяються на:

- відкриті;
- закриті.

За термінами, які пройшли з моменту травми, вивих плеча ділять на:

- свіжий (не більше трьох днів);
- несвіжий (від трьох днів до трьох тижнів);
- застарілий (більше трьох тижнів).

Залежно від напрямку зсуву головки плечової кістки розрізняють передні (98% від всіх вивихів плеча), задні і нижні вивихи (рис.6).

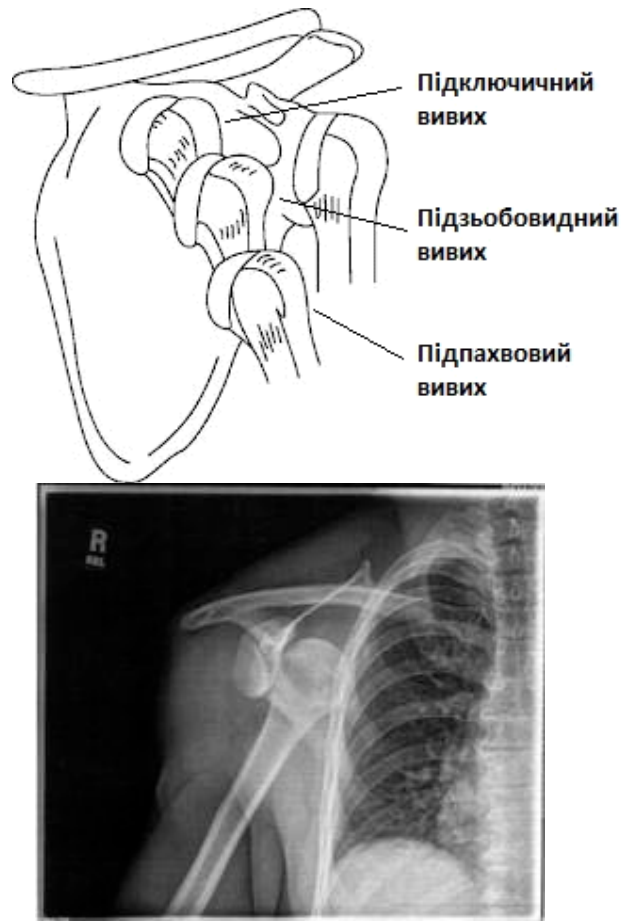


Рис.6 Схема та рентгенограма переднього вивиху плеча

Перша допомога. На місці події вправляти вивих не слід. Пошкоджену кінцівку фіксують транспортною шиною або косинкою (рис.7).

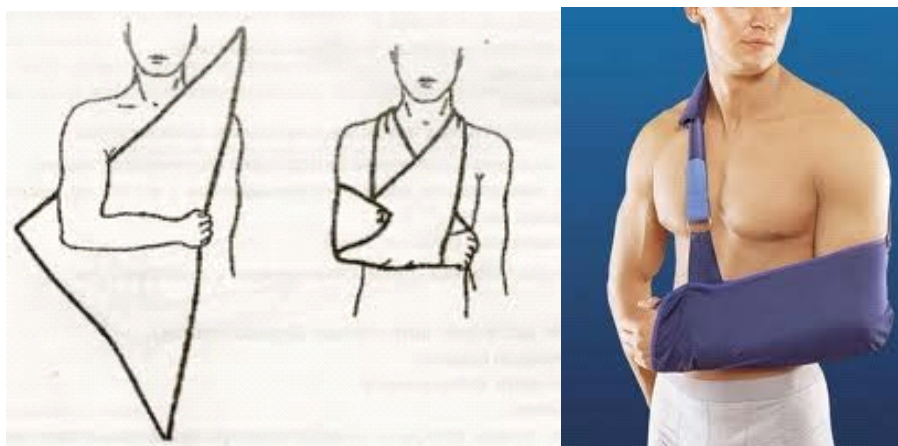


Рис. 7 Іммобілізація кінцівки

Хворого направляють до травмпункту, де проводять повне клінічне обстеження.

Лікування. Свіжий первинний вивих плечової кістки вправляють закрито за методам Кохера, Джанелідзе та ін. Після вправлення вивиху руку фіксують пов'язкою Дезо. В підкрильцеву западину необхідно вкласти ватно-марлевий валик. Тривалість іммобілізації – 3 тижні, реабілітації – 2 – 4 тижні. Показані всі види функціонального лікування, масаж, теплові процедури.

Працездатність відновлюється через 6 – 8 тижнів. Передчасне припинення фіксації і форсована розробка рухів можуть сприяти розвитку звичного вивиху, лікування якого тільки оперативне. Відкрите вправлення показане також при невправимих і застарілих вивихах, переломовивихах, вивихах з переломами проксимального кінця плечової кістки.

В останні роки в зв'язку з удосконаленням методів діагностики та атравматичних (артроскопічних) методів лікування, а також зважаючи на великий відсоток розвитку патологічної нестабільності, хворим з первинним вивихом у віці до 25 років включно слід рекомендувати оперативне втручання. У ході операції проводять відновлення хрящового лімба суглобової западини лопатки та виконують реінсерцію капсули суглоба до місця її кріплення. В залежності від наявності сімультантних пошкоджень (розрив ротаторної манжети, вивих сухожилка довгої головки біцепсу, SLAP) проводять також їх відновлення.

Лікувальна фізкультура плечового суглоба.

Перший період триває 10-14 днів, фізичні вправи призначають на 1-2-й день після травми. Вправи виконуються сидячи і стоячи з легким нахилом в сторону пошкодженої руки. Крім загальнорозвиваючих і дихальних вправ застосовуються такі спеціальні вправи: згинання та розгинання пальців, згинання кисті, кругові рухи кистю, згинання та розгинання передпліччя в ліктьовому суглобі, відведення і приведення плеча з невеликою амплітудою, тримаючись за косинку; зведення і розведення лопаток; згинання та розгинання плеча з невеликою амплітудою, тримаючись за косинку; ізометричні напруження дельтоподібного м'яза і ін.

Другий період (постіммобілізаційний) триває 3-4 тижні. Завдання періоду: збільшити амплітуду рухів в плечовому суглобі і силу м'язів, щоб стало можливим підняти руку до горизонтального рівня. Для цього спочатку використовують вправи з укороченим важелем в полегшених положеннях, за допомогою здорової руки, гімнастичній палиці, яку тримають двома руками. У цей період особливо показані вправи в басейні.

Зразкові спеціальні вправи при вивиху плечової кістки в другому періоді наведено у табл. 1.

Зразкові спеціальні вправи при вивиху плечової кістки

№	Вправи	Дозування	Організаційно-методичні вказівки
1.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1 Махові рухи з невеликою амплітудою прямими руками вперед 2 В.П. 3 те ж назад. 4 В.П.	4-6 разів	Колоподібні рухи з поступово зростаючою амплітудою
2.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1 Махові рухи з невеликою амплітудою прямими руками вправо. 2 В.П. 3 те ж вліво. 4 В.П.	4-6 разів	Колоподібні рухи з поступово зростаючою амплітудою
3.	В.П. Руки перед собою, пальці переплетені. 1 Згинаючи руки в ліктьових суглобах, відвести плече. 2 В.П. 3-4 те ж.	4-8 разів	з поворотом тулуба в сторону
4.	В.П. Невеликий нахил в сторону пошкодженої кінцівки. 1 Руку за спину, згинати в ліктьовому суглобі 2 В.П. 3-4 те ж.	4-6 разів	повільно (до появи болю)
5.	В.П. Невеликий нахил вперед, руки опущені. 1-2 Вільно похитувати руками, затримуючи їх в крайній точці згинання плечових суглобів. 3-4 те ж.	6-8 разів	
6.	В.П. Стоячи кисті до плечей. 1 Відведення плеча. 2 В.П. 3 приведення плеча. 4 В.П.	6-8разів	
7.	В.П. Невеликий нахил вперед, руки опущені, пальці переплетені. 1 Згинання в ліктьових суглобах з відведенням плечей до торкання кистями підборіддя, потім чола 2 В.П.	6-8 разів	розслабити м'язи при В.П.

	3 Згинання в ліктьових суглобах з відведенням плечей до торкання кистями чола. 4 В.П.		
8.	В.П. Руки перед грудьми. 1 Відводячи руки назад, з'єднати лопатки 2 В.П. 3-4 те ж.	4-6 разів	Руки прямі
9.	В.П. Невеликий нахил вперед. 1 розвести руки в сторони і затримати на короткий час в крайніх точках руху 2 В.П. 3-4 те ж	4-6 разів	Вільним погойдуванням
10.	В.П. Стоячи, гімнастична палиця внизу спереду. 1 Підняти палицю трохи вище горизонтального рівня. 2 В.П. 3-4 те ж.	4-6 разів	розслабити м'язи при В.П.
11.	В.П. Стоячи, здорова рука на поясі, хвора - напівзігнута в ліктьовому суглобі. 1 Відведення хворої руки. 2 В.П. 3-4 те ж.	6-8 разів	

Дуже важливо, щоб всі вправи не викликали болю, слід звертати увагу хворих на необхідність добре розслабляти м'язи. Якщо хворий може активно підняти руку до горизонтального рівня і утримати її в цьому положенні протягом декількох секунд, можна переходити до третього періоду, тренувального. Завдання його складаються у відновленні повної амплітуди рухів в плечовому суглобі, обсягу і сили м'язів, що оточують плечовий суглоб, особливо дельтоподібного. Для цього широко використовуються вправи з предметами (палиці, булави), з обтяженнями (гантелі, медичні-боли), з опором (гумові стрічки, еспандери) і тренування на тренажерах (блокових, Кеттлера і ін.). Хороший ефект дає плавання в басейні і вправи уводі. Можна застосовувати вправи в висах і упорі. У цей період широко використовують трудотерапію: прасування, прання, робота рубанком, миття вікон і т.д.

Субакроміальний конфлікт (імпіджмент синдром)

Імпіджмент синдром-це стан, який характеризується зіткненням головки плечової кістки, акроміоном і дзьобоподібно-акроміальною

зв'язкою. З часом в результаті постійного травмування при імпіджмент синдромі відбувається пошкодження ротаторної манжети.

Лікування. Основні методи лікування імпіджменту полягають в усуненні його причин і боротьбі з больовим синдромом. На початковій стадії лікування консервативне. В першу чергу призначають спокій для руки (але на короткий період) і відсутність рухів над головою. Тривала іммобілізація посилює в подальшому функціональну недостатність суглоба і призводить до стійкого обмеження рухів.

При регресії больового синдрому призначається лікувальні фізкультура (ЛФК), спрямована на укріплення м'язів плечового поясу з метою попередження загострень у майбутньому. З одного боку, лікувальна фізкультура має терапевтичну дію (стимулює захисні механізми, прискорює і покращує розвиток компенсацій, змінює обмін речовин, покращує репаративні процеси, відновлює порушені функції), з іншого – зменшує несприятливі наслідки зниження рухової активності. Рекомендуються такі рухи для м'язів плечового поясу, як внутрішнє обертання, зовнішнє обертання і відведення. Перші вправи фізичної терапії повинні проводитися тільки під контролем, щоб пацієнт випадково не пошкодив суглоб (табл. 2). Уникають рухів, які викликають біль, зокрема, підняття руки над головою. Якщо після курсу консервативного лікування, слабкість і біль при русі у суглобі зберігаються, показана операція.

Таблиця 2

Зразкові спеціальні вправи

№	Вправи	Дозування	Вказівки
1.	В.П. Пошкоджена кінцівка зігнута в локтевому суглобі. 1-2 Руку згинати в ліктьовому суглобі 3-4 В.П.	6-8 раз	Торкаючись плеча
2.	В.П. Руки перед собою зігнуть в ліктьових суглобах, пальці переплетені. 1-2 Руки, відвести плече назад. 3-4 В.П.	6-8 раз	З поворотом тулуба
3.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1-2 Підйом пошкодженої кінцівки прямою рукою через сторону. 3-4 В.П.	6-8 раз	До рівня плеча
4.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1-2 Підйом пошкодженої кінцівки прямою рукою вперед. 3-4 В.П.	6-8 раз	До рівня плеча

5.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1-2 Підйом прямих рук через сторони. 3-4 В.П.	6-8 раз	До рівня плеча
6.	В.П. - нахил тулуба вперед, руки опущені. 1-4 Кругові рухи пошкодженою кінцівкою вправо 5-8 ліворуч.	6-8 раз	Прямою рукою
7.	В.П. - Нахил тулубу уперед. Руки опущені, пальці переплетені. 1-2 Руки зігнути в ліктьових суглобах, лікті в сторони. 3-4 В.П.	6-8 раз	Пальці торкнулись підборіддя
8.	В.П. Руки випрямлені перед собою. 1-2 руки назад 3-4 руки схрестити перед собою	6-8 раз	Тримати руки на рівні плечей

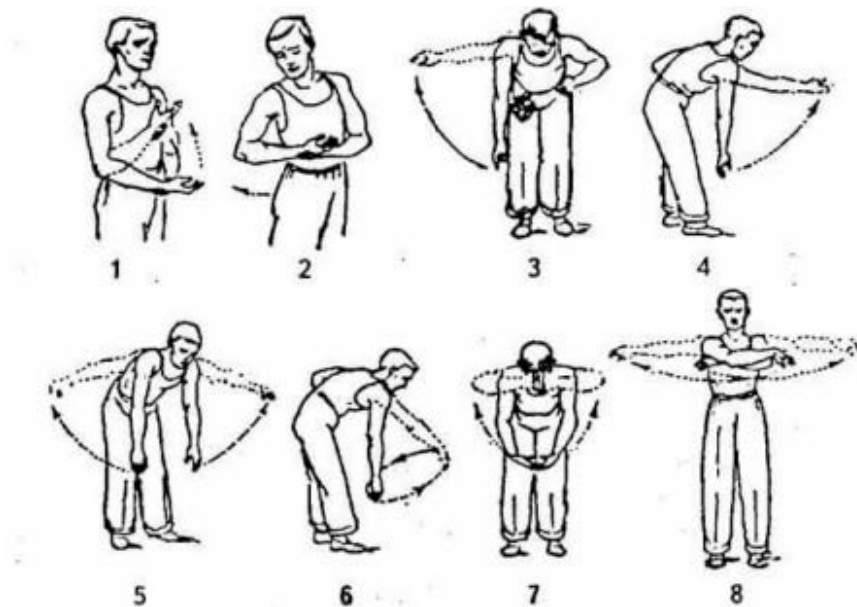


Рис. 8 Лікувальна гімнастика

В комплексі з іншими терапевтичними засобами використовуються фізіотерапевтичні методи лікування. Добрий терапевтичний ефект мають електрофорез, синусоїдальні модельовані токи, грязьові апплікації, ультразвукова терапія, магнітотерапія, СВЧ-терапія, електростимуляція, ударно-хвильова терапія. Фізичні фактори, що застосовуються, зменшують м'язовий спазм, запальні процеси, покращують мікроциркуляцію та трофіку, зменшують больовий синдром.

При імпічмент-синдромі плечового суглоба у людей дорослого віку використовують кінезіотейпування (рис. 9). Для плечового суглоба метод

кінезіотейпування є дуже ефективним лікуванням, оскільки він має велику кількість переваг. Час носіння тейпу від 40 хвилин до 5 днів. Виробники тейпу і фахівці з кінезіотейпування не рекомендують залишати тейп на тілі більше п'яти днів. Згодом він перестав виконувати свої функції. Якщо відновлення після травми вимагає тривалого носіння тейпу, його необхідно замінити через 3-5 днів. Перед тим, як наклеїти новий тейп, потрібно зробити перерву, зазвичай це від двох годин до 1-2 днів. Більш точний термін буде встановлено лікарем в залежності від типу травми.



Рис. 9. Кінезіотейпування плечового суглобу

Перевага кінезіотейпування плечового суглоба перед іншими методами іммобілізації:

- простота використання.
- стрічка не втрачає своїх властивостей при купанні. З його допомогою можна прийняти душ, поплавати в басейні і навіть попаритися в сауні.
- якісний тейп збереже свої властивості протягом 5 днів.
- тейп непомітний під одягом, тому його можна носити в зручне для людини час.

Фізіологічний вплив на стан пошкодженої ділянки:

- Поліпшити кровообіг, піднявши шкіру над пошкодженою ділянкою.
- Збільшення лімфотоку, яке запобігає утворенню опухлих пошкоджених м'язів або зв'язок.
- Еластичність темпу забезпечує м'яку іммобілізацію, яка обмежує пошкоджену область в русі, а не прискорює процес загоєння.
- За рахунок іммобілізації і посилення кровообігу захворюваність знижується.

• У сумі ефект від методу кінезіотейпування полягає в скороченні періоду реконвалесценції та запобіганні утворення хронічної травми.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Кількість травм у спорті?

- a) 5-10%.
- b) 10-17%.
- c) 20-30%.

Правильна відповідь: b) 10-17%.

2. Великі вимоги до стабільності суглобів, їх рухливості, силі м'язів вимагають

- a) виконання трудових обов'язків.
- b) виконання побутових обов'язків.
- c) фізичні навантаження сучасного спорту.

Правильна відповідь: c) фізичні навантаження сучасного спорту.

3. Яка категорія людей постійно перебуває в зоні ризику отримання тих чи інших пошкоджень?

- a) Спортсмени
- b) Офісні працівники
- c) Студенти вищих навчальних закладів

Правильна відповідь: a) Спортсмени.

4. Травми в області плечових суглобів найбільш поширені серед ...

- a) Футболістів
- b) Важкоатлетів
- c) Плавців

Правильна відповідь: c) Плавців.

5. Пацієнти якого віку найчастіше звертаються до лікарів з болем в плечі?

- a) 30-45 років.
- b) 70-80 років
- c) 40-60 років

Правильна відповідь: c) 40-60 років.

6. Перша допомога при вивиху акроміального кінця ключиці:

a) Протерти шкіру навколо вивиху спиртом, а на місце вивиху накласти суху стерильну пов'язку

b) Ввести анальгетики, іммобілізувати кінцівки косинкою або пов'язкою Дезо

c) Прикласти лід до ушкодженої ділянки, накласти шину на уражену кінцівку .

Правильна відповідь: б) Введення анальгетиків, іммобілізація кінцівки косинкою або пов'язкою Дезо.

7. Через який час відновлюється працездатність після вивиху плеча?

- а) через 3-4 тижні
- б) через 6-8 місяців.
- с) через 6-8 тижнів

Правильна відповідь: с) через 6-8 тижнів.

8. Коли можна починати лікувальну фізкультуру плечового суглоба?

- а) 1-2-й тиждень після травми.
- б) 1-2-й день після травми
- с) 10-12-й день після травми.

Правильна відповідь: б) 1-2-й день після травми.

9. Яке головне завдання другого етапу лікувальної фізкультури плечового суглоба?

- а) збільшити амплітуду рухів в плечовому суглобі і силу м'язів, щоб стало можливим підняти руку до горизонтального рівня.
- б) повне відновлення функцій суглоба.
- с) зменшити амплітуду рухів в плечовому суглобі і силу м'язів для усунення болю в суглобі

Правильна відповідь а) збільшити амплітуду рухів в плечовому суглобі і силу м'язів, щоб стало можливим підняти руку до горизонтального рівня.

10. Коли можна переходити до третього періоду лікувальної фізкультури плечового суглоба?

- а) Коли хворий не відчуває болю в місці ураження.
- б) Коли хворий може активно підняти руку до горизонтального рівня і утримати її в цьому положенні протягом декількох секунд
- с) Коли у хворого з'являються неприємні відчуття під пов'язкою та деформація кінцівки.

Правильна відповідь: б) Коли хворий може активно підняти руку до горизонтального рівня і утримати її в цьому положенні протягом декількох секунд

11. Під час якого періоду лікувальної фізкультури плечового суглоба широко використовують трудотерапію?

- а) Першого.

b) Другого.

c) Третього.

Правильна відповідь: c) Третього.

12. Назвіть основні прояви імпіджмент синдрому?

a) біль, обмеження рухів руки, особливо при обертанні

b) втрата чутливості кінцівки починаючи від плечового суглобу

c) поява висипання на шкірі, почервоніння, свербіж.

Правильна відповідь: a) біль, обмеження рухів руки, особливо при обертанні

13. У чому полягають основні методи лікування імпіджменту?

a) В ігноруванні симптомів імпіджменту

b) В усуненні його причин і боротьбі з больовим синдромом

c) В збільшенні кількості тренувальних вправ для пацієнта

Правильна відповідь: b) в усуненні його причин і боротьбі з больовим синдромом

14. Коли призначається лікувальна фізкультура при імпіджменті?

a) При ампутації кінцівки

b) При прогресії больового синдрому

c) При регресії больового синдрому

Правильна відповідь: c) При регресії больового синдрому

15. Які рухи рекомендуються для м'язів плечового поясу?

a) підняття руки над головою, та її обертання

b) внутрішнє обертання, зовнішнє обертання і відведення.

c) стрибки, присідання, нахили тулуба.

Правильна відповідь: b) внутрішнє обертання, зовнішнє обертання і відведення

16. Скільки потрібно носити тейп для кінезіотійпування?

a) від 40 хвилин до 5 днів

b) від 5 до 10 днів

c) від 1 місяця і більше

Правильна відповідь: a) від 40 хвилин до 5 днів

17. Що з перерахованого НЕ є способом лікування імпіджменту?

a) кінезіотійпування плечового суглоба

b) загартовування холодною водою

c) локальна терапія у вигляді ін'єкційного введення у вогнище ураження анестетиків

Правильна відповідь: b) загартовування холодною водою

18. Скільки відсотків від всіх спортивних травм займають травми плеча?

a) 5-10%.

b) 10-17%.

c) 8-13%

Правильна відповідь: c) 8-13%

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Заходи попередження травматизму під час занять спортивною гімнастикою. Методичні рекомендації для студентів, які займаються спортивною гімнастикою / Уклад.: І.В. Зеніна. – К.: НТУУ «КПІ імені Ігоря Сікорського», 2017. – 38 с
2. Спортивна медицина і фізична реабілітація: Навч. посібник / В.А. Шаповалова, В.М. Коршак, В.М. Халтагарова та ін. – К.: Медицина, 2008. – 248 с.
3. Савка В.Г., Радько М.М., Воробйов О.О., Марценяк І.В., Бабюк А.В. Спортивна морфологія: Навч. Посібник / За ред. Радька М.М. – Чернівці: Книги – XXI, 2005. – 196 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підручник. - К.: Олімпійська література. - 2000 р.
5. Спортивна травматологія. Навч. Посібник для практичних занять студентів III курсу медичних факультетів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» / Головаха М.Л., Кожем'яка М.О., Чорний В.М., Білих Є.О., Масленніков С.О., Чорний В.В. . – Запоріжжя, 2023. – 128 с.