

3. Катюк Я. Л. «Особливості психолого-педагогічної підготовки офіцерів-вихователів у системі післядипломної освіти». *Науковий журнал ScienceRise*. Спецвипуск «Педагогічна освіта». № 6/5(11), 2015. с. 17–20.

4. Корсак О., Султанова І., Іванишин І. Взаємозв'язок фізичної підготовленості ліцеїстів військово-спортивного ліцею з їх рівнем фізичного розвитку. *Вісник Прикарпатського університету*. Фізична культура. Випуск 33, 2019. С. 71-81.

5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про військовий (військово-морський, військово-спортивний) ліцей, ліцей із посиленою військово-фізичною підготовкою» від 30 червня 2021 р. № 672, Київ.

ГЛИНЯНА О. О.,
доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини,
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,
кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент
УСЕНКО В. В.,
магістрант
кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини,
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця
(м. Київ)

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ПРОГРАМІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

Glinyana O. O. Usenko V. V. Kinesiotaping in the physical therapy program for persons after anterior cruciate ligament plastic.

Keywords: kinesiotaping, physical therapy, anterior cruciate ligament.

Актуальність проблеми. Останнім часом великою популярністю користується для відновлення функціональних показників колінного суглоба після пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки – кінезіотейпування. Даний засіб розроблений японським лікарем-хіропрактиком Кензо Касі [3]. Кінезіотейп на початку застосовувався в спорті з профілактичною, знеболюючою, фіксуючою, протинабряковою дією, однак після проведених досліджень в фізичній терапії, все частіше його використовують в програмах відновлення при різних нозологічних проблемах та травмах [1, 2].

Пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки є частою проблемою, як серед спортсменів, так і серед людей працездатного віку [4]. Пластика передньої хрестоподібної зв'язки призводить до появи больових відчуттів, набряку, тривалого обмеження, як в рухливості колінного суглоба, так і в повсякденному житті. До переваг кінезіотейпування відносять: економічність, відсутність лікарських засобів у складі тейпу, швидку дію, обмеження рухливості у затейпованій ділянці. Для підвищення ефективності аплікації, важливим є рух в суглобі та скорочення затейпованих м'язів, тому доцільно

використовувати його в поєднанні із терапевтичними вправами, сучасними технічними засобами та преформованими фізичними чинниками, які можуть значно підсилити його дію [5].

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування кінезіотейпування у програмі фізичної терапії для осіб після пластики передньої хрестоподібної зв'язки.

Результати наукових досліджень. Дослідження проводились на базі Київської обласної клінічної лікарні у ортопедо-травматологічному центрі 2022-2023 р. р. В дослідженні прийняли участь 20 осіб (6 жінок та 14 чоловіків) у віці від 27 до 42 років. Хворих було поділено на дві групи методом випадкової вибірки. Контрольна група займалася за традиційною програмою лікувального закладу. Пацієнтам основної групи, крім звичайної програми проводили кінезіотейпування колінного суглобу один раз на п'ять днів, чотири серії.

Перед аплікацією визначалася зона тейпування, обиралась методика, знежирювалася поверхня, вирізалась аплікація, заокруглювались краї тейпу для кращого тримання на шкірі.

На початку використовувалась методика №1. Пацієнт згинав ногу в колінному суглобі. Роздвоєну основу стрічки наносили ближче до центру надколінка розтягуванням 25 %, центральну частину стрічки з натягом 50-75 %. Відрізками роздвоєної стрічки обгинали надколінок без натягу. Середню частину стрічки приклеювали основою до зовнішньої частини надколінка на раніше накладену стрічку. Нижній край стрічки приклеювали до шкіри в проекції горбистості великогомілкової кістки з натягом 50-75 %.

Вільні роздвоєні кінці стрічки приклеювали з обох сторін вище надколінка без натягу. До дистальної частини надколінка на попередні упоперек приклеювали ще одну стрічку. Надколінок обмотували ще однією стрічкою. Пацієнт розгинав ногу в колінному суглобі. На поверхню шкіри в області зв'язки накладали середню частину розміром в 1/3 від загальної довжини I-подібної стрічки з натягом 50-100 %. Вільні краї стрічки приклеювали до шкіри без натягу.

Ефект: стабілізація надколінка, зменшення ступеня вираженості больового синдрому, корекція рухового стереотипу.

Методика № 2. Вихідне положення хворого лежачи на спині, коліно розігнуте. Накладали тейп на черевце чотириголового м'яза, направляючи тейп у напрямку до надколінної чашечки. Один край тейпа розділяли на два кінці, щоб вийшла Y-подібна форма. Згинали коліно і накладали кінчики тейпа навколо надколінної чашечки, далі вели тейп широкою смугою до великої гомілкової кістки, другий I-подібний тейп починали накладати з середини нижньої частини надколінника, попередньо розтягнувши середню третину на 50-75 %. Краї стрічки приклейте до поверхні шкіри без натягу [1].

Так, до застосування кінезіотейпування у програмі фізичної терапії осіб після пластики передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба при

активних рухах інтенсивність больових відчуттів за результатами візуально-аналогової шкали болю (VAS) склала у контрольній групі – $\bar{x} = 8,3$ балів ($S = 0,6$ балів), основній – $\bar{x} = 8,4$ балів ($S = 0,7$ балів), ($p > 0,05$). У пацієнтів основної групи динаміка больових відчуттів у колінному суглобі через 21 день при активних рухах значно знизилась та склала – $\bar{x} = 3,2$ бали ($S = 0,2$ балів), а в контрольній групі – $\bar{x} = 5,4$ балів ($S = 0,7$ балів), ($p < 0,05$). Об'єм рухів згинання у колінному суглобі перед початком відновлювальних заходів склав: у контрольній групі – $\bar{x} = 47,1^\circ$ ($S = 2,2^\circ$), в основній – $\bar{x} = 47,8^\circ$ ($S = 2,3^\circ$) $p > 0,05$; через 21 день після проведених процедур у контрольній групі цей показник склав – $\bar{x} = 73,3^\circ$ ($S = 2,1^\circ$), а в основній групі – $\bar{x} = 88,4^\circ$ ($S = 2,4^\circ$) ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування кінезіотейпування у програмі фізичної терапії осіб після пластики хрестоподібної зв'язки значно зменшило больові відчуття, набряк, що сприяло швидкому покращенню функціональних показників колінного суглоба та якості життя хворих.

Список використаних джерел:

1. Глиняна О.О., Копчинська Ю.В. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник. КПІ ім. Ігоря Сікорського. В: Пороги, 2020. 142с.
2. Poor beirami N., Khazani A., Nakhostin-Roohi B., Skrypchenko I., Joksimović M. The Effect of 6 Weeks' Static Stretching and Kinesiotaping on Hamstring Shortness in Young Soccer Players. *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 2020. 6 (8).
3. Глиняна О. О. Оцінка ефективності кінезіотейпування колінного суглоба при розриві менісків. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки*. 2015. С. 116-119.
4. Aytar A., Ozunlu N., Surenkok O., Baltaci G., Oztop P. Initial effects of kinesio taping in patients with patellofemoral pain syndrome. A randomized, double-blind study *Isokinetics and Exercise Science. Clinical trial*. 2011. 19 (2). P. 135-142.
5. Yoshida A, Kahanov L. The effect of kinesio taping on lower trunk range of motions. *ResSportMed*. 2007. P. 103-112.