

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Громадська організація «Всеукраїнська асоціація фізичної медицини,
реабілітації і курортології»
National University of Science and Technology Politechnica of Bucharest
(Romania)
CITY University of London (United Kingdom)
Vilnius University (Lithuania)
Vrije Universiteit (Belgium)
Strasbourg University (France)**



**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ:
РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**Збірник наукових матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю**

15 листопада 2023 року

Полтава 2023

Література

1. Неврологія: підруч. для студ. вищ. мед. нав. закл. IV рівня акредитації /Л. А. Григорова [та ін.]; за ред.: І. А. Грігорової, Л. І. Соколової. – К.: ВСВ Медицина, 2014. – 640 с.
2. Федорова Н. В., Шток В. Н. Стратегія і тактика лікування хвороби Паркінсона // Консиліум. – 2011. – Т. 3, № 5. – С. 237-242.
3. Крижанівський Г.Н., Карабань І.М., Магаєва С.В., Карабань П.В. Компенсаторні і відновні процеси при паркінсонізмі. – Київ, 2005 – 186 с.
4. Личева Н.Ю. Вплив клінічних і нейропсихологічних факторів на якість життя хворих з хворобою Паркінсона // Автореф. дис. канд. мед.наук, 2002.

Шепель А.І., студентка
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Левков А.А. к.мед.н., доцент
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ КІНЦІВОК

Серед різних травм, що виникають під час збройних конфліктів і терористичних актів, травми отримані під час вибухів мін, посідають одне з перших місць як за частотою, так і за тяжкістю ушкоджень.

Найчастіше при мінно-вибуховому пораненні пошкоджується голова (72 %), у більшості випадків це супроводжується легкими та середніми черепно-мозковими травмами. При цьому у 29 % поранених відмічаються забої головного мозку, у 5 % поранення обличчя та очей, у 7 % проникаючі осколкові поранення, а в 3,5 % випадків розвивається здавлення головного мозку.

У 49 % поранених із мінно-вибуховими пораненнями пошкоджуються груди. Крім забоїв легенів і серця, у половини поранених виявляють переломи ребер, а у 9 % – проникаючі поранення грудей. У 40 % випадків ушкодження грудей супроводжуються гемо- або пневмотораксом. Пошкодження живота трапляються у 10 % поранених. Закриті ушкодження (42 %) супроводжуються переважно ушкодженням паренхіматозних органів (печінка, селезінка, нирки), а за осколкових поранень частіше ушкоджуються порожнисті органи.

У 26 % випадків відриви сегментів кінцівок супроводжуються відкритими або закритими переломами кісток верхніх і нижніх кінцівок, у 7 % випадків – проникаючими осколковими пораненнями суглобів.

До найпоширеніших проблем цієї категорії можна віднести такі: тривала госпіталізація, втрата працездатності та важка фізична інвалідність.

Мета дослідження: підвищення ефективності надання медичної допомоги пораненим з мінно-вибуховою травмою кінцівок унаслідок сучасних бойових дій шляхом удосконалення та впровадження ефективної

стандартизованої системи оцінки тяжкості пошкодження і стану постраждалого та створення адекватної й ефективної системи клініко-організаційних та медико-технологічних заходів на етапах медичної евакуації.

Мінно-вибухові поранення кінцівок мають низку морфологічних особливостей і топографічних закономірностей, що обумовлені дією високоенергетичного травмуючого снаряду.

Для них характерна повна або часткова руйнація тканин, втрата життєздатності їх значних масивів, що не завжди виявляється макроскопічно; ранній розвиток травматичного ендотоксикозу; наявність супутніх контузійно-коммоційних ушкоджень внутрішніх органів; розвиток тяжких раневих інфекційних ускладнень

До мінно-вибухового поранення не належить поранення, отримане тільки від осколків, оскільки основною причиною складних патологічних змін насамперед стає вплив вибухової хвилі, що призводить до вибухового руйнування тканин або відриву сегментів кінцівок.

Фізична реабілітація, яка є складовою частиною медичного реабілітаційного процесу, переслідує мету комплексного процесу відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих з застосуванням з лікувальною та профілактичною метою фізичних вправ та природних чинників.

Із метою підвищення ефективності медичної реабілітації рекомендують включати до складу індивідуальних реабілітаційних програм поранених і хворих два або три методи протягом одного сеансу. Так, у хірургічному та травматологічному відділеннях у 77 % хворих рекомендується застосовувати поєднання рефлексотерапії, мануальної терапії, фітотерапії та гомеопатії, а у терапевтичному і психоневрологічних відділеннях таке ж поєднання показане 86 % хворим.

На думку А. Герцика, до основних засобів та методів фізичної реабілітації при порушеннях діяльності опорно-рухової системи відносяться: фізичні терапевтичні вправи, функціональне тренування, лікування положенням, масаж, постізометрична релаксація, преформовані фізичні чинники.

Зараз (до 82-96 %) у реабілітаційних програмах відводиться методам немедикаментозної терапії (рефлексотерапії, фітотерапії, гомеопатії, мануальній терапії, кінетотерапії тощо), а традиційні методи фізичної реабілітації застосовуються недостатньо та вибірково.

У підсумок можна зазначити, що будь-які складні вибухові, багатоуламкові переломи не є вироком. При їх лікуванні важливе збереження шкірних покривів, а також етапність відновлення, яка включає реконструкцію кінцівки з відновленням рухів або підготовку до ендопротезування. Останній важливий етап – реабілітація, успіх якої залежить, у тому числі, від вольових якостей пацієнта.

Література

1. Невідкладна військова хірургія / ред. Чаплик В., Олійник П., Цегельський А. Київ: Наш Формат, 2015. 540 с.

2. Лоскутов О. Є., Заруцький Я. Л. Сучасна концепція діагностики та лікування вогнепальних і мінно-вибухових поранень кінцівок // Ортопедия, травматология и протезирование. 2016. № 2. С. 5-9.
3. Overview: Rehabilitation after traumatic injury: Guidance. NICE. – 2022,– с. 7-8, 19-21, 30-32, 51-57)
4. Герцик А. Створення програм фізичної реабілітації при порушенні діяльності опорно-рухового апарату // Слобожанський науково-спортивний вісник. 2016. № 6 (56). С. 37-45.
5. Selmanpakoglu N, Guler M, Sengezer M, Turegun M, Isik S, Demirogullari M. Reconstruction of foot defects due to mine explosion using muscle flaps. Microsurgery 2007 ; 18 : 182-188.

Шестопал Н.О., викладач
Національний університет
фізичного виховання і спорту України

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Вступ. Поранення кінцівок складають до 70 % від всіх пошкоджень і переважають у всіх військових конфліктах як одна з найменш захищених анатомічних ділянок. Травматична хвороба, яка розвивається у відповідь на сучасну бойову травму, зазвичай, характеризується тривалим і складним перебігом з високими показниками смертності або інвалідизації [4]. Ці обставини спонукають розвивати нові підходи до лікування та фізичної терапії поранених військових, що є особливо актуально для військової медичної служби Збройних Сил та для національної системи охорони здоров'я України сьогодні, коли продовжуються повномасштабні військові дії.

Мета дослідження. Обґрунтувати вплив інноваційних підходів фізичної терапії військовослужбовців після поранення верхньої кінцівки на максимально швидке відновлення її функцій, покращення якості життя та повернення військових до соціально-професійної діяльності.

Методи дослідження: клінічні та інструментальні методи, теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та науково-методичної літератури.

Результати дослідження. До дослідження було залучено 75 чоловіків віком від 28 до 50 років з діагнозом вогнепальне поранення верхньої кінцівки, які були розділені на дві групи: пацієнти основної групи (ОГ) n=38, які відновлювались за розробленим алгоритмом заходів фізичної терапії осіб після поранення верхньої кінцівки, що базується на сучасній моделі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я [1] та контрольної групи (КГ) n=37 – пацієнти, які пройшли комплекс реабілітаційних заходів за методикою медичного закладу. Розроблений алгоритм включав в себе наступні інструменти: рухова активність цілеспрямованих дій з моделювання