



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

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

26 травня 2023 р., м. Харків

Збірник наукових праць

Випуск 2

Харків – 2023

УДК 613.71

**Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині
//Збірник наукових праць. – Харків, 2023. – Випуск 2. – 120 с. (укр.)**

Даний випуск збірки містить матеріали Всеукраїнської конференції «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» (26 травня 2023 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, 2023
©Автори, 2023

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.

Гончарук Н.В., доцент ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я Національного фармацевтичного університету, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, 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, 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

Бурлака І.С., Лукієнко О.В. НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ	7
Воронцов П.М., Леонтєва Ф.С., Туляков В.О. ДОПОВНЕННЯ МЕХЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ АЛОІМПЛАНТАТІВ ПРИ ЗАПОВНЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ ПРИСКОРЮЄ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ	10
Ганчева О.В., Грекова Т.А., Мельнікова О.В., Каджарян Є.В. ЗНАЧЕННЯ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ МОДЕЛІ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	13
Гонтар Н.М. ВІДТЕРМІНУВАННЯ ВВЕДЕННЯ МЕХЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ ЗАПОВНЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ 3Д-ДРУКОВАНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ НА ОСНОВІ ПОЛІЛАКТИДУ ТА ТРИКАЛЬЦІЙФОСФАТУ ПРИСКОРЮЄ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ	15
Закаляк Н.Р., Андрусик О.Ф. ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ	18
Карабут Л.В. КІНЕЗІОТЕРАПІЯ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ	20
Кононенко Н.М. МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ПРИ ПОСТІНСУЛЬТНІЙ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ	22
Кудрявцева Т.О., Бурлака І.С., Абідова Т.С. ПРОБЛЕМИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА	26
Левков А.А. ВАЖЛИВІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ	30
Левков А.А., Гриженко А.Р. ДІАГНОСТИКА ПУХЛИНИ КІСТОК У ДІТЕЙ	32
Мятига О.М., Таможанська Г.В., Мятига Д.С. КЛІНІЧНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ	33
Рябова О.О., Жаботинська Н.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	35
Хворост О.П., Опрошанська Т.В., Посохова І.Ю., Зудова Є.Ю., Леонтьєв Б.С. ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ АНТИОКСИДАНТІВ В ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ	37
Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В. ПРОРИВ В СУЧАСНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ COVID-19: ПРЕПАРАТИ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ	39
Ярошенко А.О., Шпичак О.С. АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ЕКСТРАКТУ РІДКОГО З ПЛОДІВ КАЛИНИ ЗВИЧАЙНОЇ ЯК ЕФЕКТИВНОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ	43
Khvorost O.P., Fedchenkova Yu.A.	

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

СЕКЦІЯ 2
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Артикова Д.Г. ЗАСТОСУВАННЯ БОТУЛІНОТЕРАПІЇ ПРИ СПАСТИЧНОСТІ	46
Артикова Д.Г. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РОЗГИНАЛЬНИХ КОНТРАКТУРАХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОЛІННОГО СУГЛОБУ	49
Богданов Д.В., Горошко В.І. МЕХАНІЧНІ ФАКТОРИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ТРАВМАМ ОБЕРТАЛЬНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА: РОЛЬ ЗОВНІШНІХ НАВАНТАЖЕНЬ, ПОВТОРНИХ РУХІВ ТА МЕХАНІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ	53
Гноєвий О.В., Бакурідзе-Маніна В.Б., Неханевич О.Б. ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ ПРИ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА	58
Горошко В.І. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ ПРИ БОЛЯХ У ПОПЕРЕКОВІЙ ДІЛЯНЦІ	62
Дугіна Л.В. АНАЛІЗ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЧЕХІЇ	64
Жук Ю., Невелика А.В., Сутула О.В. ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАННЯ СКОЛПОЗУ	67
Закаляк Н.Р., Семенишин Ю.І. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	70
Зінов`єва А.В., Мятига Д.С., Мятига І.В. ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БРОНХІТІ	72
Ільєв Є.В. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ	74
Камінська В.С., Мятига Д.С. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КІФОТИЧНІЙ ПОСТАВІ	76
Кононенко Н.М. ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА	78
Константинова І.А. ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ В РЕАНІМАЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕННІ	80
Крюкова К.К., Невелика А.В., Сафронов Д.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗІ	83
Латогуз С.І. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	85
Левков А.А. ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЯ: ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ	87
Левков А.А., Петренко В.А. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	89

Маркович О.В., Прокопчук В.Ю., Маркович Н.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ЗАСТІЙНИХ ПРОЦЕСІВ НА СУБКОМПЕНСОВАНІЙ СТАДІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	91
Мацко М.В., Горошко В.І. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЙНОЮ КУКСОЮ СТЕГНА	95
Мятига О.М., Таможанська Г.В., Мятига І.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ГЕРАТРИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	98
Непом'ящий К.М., Гусєва К.О., Мятига І.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА СУГЛОБАХ	100
Омельченко К. Е., Горошко В.І. ОСОБЛИВОСТІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	102
Подколзіна М.В. ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК В АПТЕЦІ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ COVID-19 В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	104
Рибка М.М., Коц Н.С. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СИНДРОМ АМНІОТИЧНИХ ПЕРЕТЯЖОК	107
Ромашко М.В., Горошко В.І. РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ФАНТОМНОІМПУЛЬСНОЇ ГІМНАСТИКИ ТА МАСАЖУ НА РАНЬОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	109
Ступак А.О. МЕТОДИ ТЕСТУВАННЯ ПРИ АНКІЛОЗУЮЧОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ	112
Шкаберіна В.С., Горошко В.І. ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	115
Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В. ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ	118

СЕКЦІЯ 1
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ
НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Бурлака І.С., Лукієнко О.В.

ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет» м. Харків, Україна
is_burlaka@ukr.net

Вступ. Однією з основ нетрадиційних методів оздоровлення є використання зовнішніх природних засобів, до яких відноситься фітотерапія – метод лікування лікарськими рослинами, з яких виготовляються фітозбори, трав'яні чаї, олійні витяжки, напари, настоянки, мазі. Нетрадиційна (народна) медицина – це сума всіх знань і практичних методів, що застосовуються для діагностики, профілактики й ліквідації порушень фізичної і психічної рівноваги, які ґрунтуються винятково на практичному досвіді та спостереженнях, що передаються з покоління в покоління як в усній, так і в письмовій формі. Люди лікувалися засобами народної медицини здавна і будуть застосовувати їх у комплексному з традиційними методами лікування надалі. Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) – це інфекційно-запальні хвороби з переважним ураженням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Серед усіх форм цих патологій хвороби верхніх дихальних шляхів та носоглотки мають найбільше поширення. Вони стабільно займають перше місце як причина тимчасової втрати працездатності працюючими. Основні симптоми ГРЗ – гостре нездужання, лихоманка, ломота в кістках та м'язах, нежить, кашель, біль при ковтанні. У той самий час нерідко хворі з ГРЗ до лікарів не звертаються, лікуються самі, зокрема і «народними засобами», інколи ж переносять хворобу «на ногах». У ряді випадків це призводить до ускладнень, хронізації запального процесу, до утворення вогнищ хронічної інфекції з усіма наслідками, що звідси випливають. Неускладнені ГРЗ можна лікувати в домашніх умовах, забезпечуючи ізоляцію пацієнта та належний догляд. Потрібний постільний режим протягом періоду лихоманки. Приміщення слід регулярно провітрювати, проте повітря має бути теплим. У дебюті гострі захворювання верхніх дихальних шляхів мають багато спільного, тому превентивне лікування може бути однотипним. Рано розпочата фітотерапія може обірвати чи полегшити хворобу, тому актуальним є розробка складу нових зборів з рослинної сировини, яка виявляє багатофункціональну дію.

Метою роботи було виявлення особливостей застосування фітотерапії при гострих респіраторних захворюваннях та визначення її ефективності на організм людини з метою профілактики та оздоровлення.

Матеріали та методи. Теоретичний аналіз та узагальнення наукових розробок у цьому напрямі з літературних джерел та інтернету.

Результати та їх обговорення. Групи рослин, що застосовуються при лікуванні ГРЗ. При лікуванні ГРЗ можуть бути ефективними лікарські рослини наступних груп:

1. Антимікробної (фітонцидної) дії – ганусу плоди, багна болотяного пагони, материнки трава, звіробію трава, ялівцю плоди, чебрецю трава, шавлії листя, евкаліпту листя, фенхелю плоди.

2. Обволікаючої, пом'якшувальної дії – алтеї корені, мати-й-мачухи листя, подорожника листя, ісландський мох, коров'яку квітки, конюшини лучної квітки, медунки лікарської трави.

3. Протизапальної дії – солодки корені, липи квітки, омону кореневища та корені, календули квітки, ромашки квітки, шавлії листя, подорожника листя, мати-й-мачухи листя, звіробію трава, перстачу корені.

4. Відхаркувальної дії – фіалки трава, синюхи кореневища з коренями, омону кореневища з коренями, солодки корені.

5. Бронхолітичної дії - ганусу плоди, чебрецю трава, материнки трава, багна болотяного пагони.

6. Потогінної дії – липи квітки, бузини квітки, малини плоди, журавлини плоди, калини плоди.

7. Седативної дії – валеріани кореневища з коренями, синюхи блакитної кореневища з коренями, собачої кропиви трава, півонії кореневища з коренями.

8. Вітамінної дії – шипшини плоди, смородини плоди, калини плоди, горобини плоди. Корекція імунітету.

Даний напрямок лікування ГРЗ також краще реалізовувати за допомогою лікарських рослин.

1. Інтерфероностимулятори: мати-й-мачуха, подорожник, цетрарія ісландська.

2. Активатори фагоцитарної активності макрофагів: арніка гірська, астрагал, бурачник, володушка, кропива дводомна.

3. Кремнійорганічні кислоти, що стимулюють вироблення інтерлейкіну I: гірчак пташиний (спориш), кропива, пирій, реп`яшок, хвощ, хміль та ін.

4. Стимулятори місцевого імунітету, що містять та концентрують цинк: ганус, арніка, вахта, спориш, береза, золотарник, кукурудзяні приймочки, шавлія та ін. У комплексі лікувальних заходів здавна використовувалася парна лазня, що сприяє поліпшенню кровообігу в слизових оболонках дихальних шляхів і носоглотки, що надає бронхолітичну, відхаркувальну, потогінну дію, які посилюються при використанні настоїв з рослин, що зазначені вище. Дієта повинна включати продукти, що легко засвоюються, багаті амінокислотами і вітамінами. Необхідно збільшити обсяг пиття до 2-3 літрів, показані мінеральні води та соки.

Висновки. 1. Проаналізувавши матеріали даного дослідження було виявлено особливості використання фітотерапії та її ефективність на організм людини з метою профілактики та оздоровлення при гострих респіраторних захворюваннях.

2. Застосування будь-яких лікарських рослин при лікуванні гострих респіраторних захворювань можливе лише за призначенням лікаря і в жодному разі не повинно замінювати інше призначене їм лікування. Самостійно скористатися запропонованими рецептами можна лише для полегшення стану в період до звернення до лікаря, якщо негайно звернутися за медичною допомогою немає жодної можливості, і тільки в тому випадку, якщо ви точно знаєте, що у вас немає алергічних реакцій на рослини, що використовуються, і немає інших протипоказань до їх застосування.

ДОПОВНЕННЯ МЕХЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ АЛОІМПЛАНТАТІВ ПРИ ЗАПОВНЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ ПРИСКОРЮЄ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Воронцов П.М., Леонтєва Ф.С., Туляков В.О.

Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна
vorontsov63@ukr.net

Вступ. Значна кількість досліджень присвячена покращенню стратегій регенеративної терапії для відновлення цілісності елементів скелету при їх пошкодженні внаслідок травми, хвороби або оперативного втручання [В. Ну, Y. Li, M. Wang та ін., 2018, N. Walter, K. Hierl, C. Brochhausen та ін., 2022].

Мета. На основі результатів біохімічних показників сироватки крові білих щурів визначити вплив додавання мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) при заповненні алоімплантатами транскортикального дефекту критичного розміру стегнової кістки на прискорення відновлення кісткової тканини.

Матеріал та методи. Експериментальне дослідження проведене на базі експериментально-біологічної клініки ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». 3-міс. та 12-міс. білим щурам-самцям виконували транскортикальні дефекти стегнової кістки критичного розміру (діаметр та глибина 3 мм), після чого дефекти заповнювали алоімплантатами. Дослідній групі додатково в область дефекту при імплантації вводили 107 аlogenних МСК. Тварин по 5 голів із кожної групи виводили з експерименту на 14-у, 28-у та 90-у доби із забором крові для біохімічних досліджень. У сироватці крові визначали активність лужної фосфатази (ЛФ) та кислої фосфатази (КФ) за реакцією з діетаноламіном кінетичними методами згідно з інструкцією «Лужна фосфатаза – кін Сп.Л» та «Кисла фосфатаза – кін Сп.Л», вираховували відношення вмісту лужної та кислої фосфатаз.

Результати. У 3-міс. дослідних щурів активність ЛФ на 90-у добу була нижчою у 1,38 разів ($p = 0,008$) порівняно із 28-ою добою. Активність КФ була більшою в 1,90 разів ($p = 0,008$) на 28-у добу, а на інші терміни не відрізнялася від показника у контрольних щурів. Зафіксовано зниження активності КФ на 90-у добу у 2,50 разів ($p = 0,008$) порівняно з таким на 14-у добу, у 3,30 разів ($p = 0,008$) – із даними на 28-у добу. У 12-міс. дослідних щурів активність ЛФ визначена нижчою на 28-у добу у 2,90 разів ($p = 0,008$), а на 14-у та 90-у доби не відрізнялася від показника у 3-міс. дослідних та 12 міс. контрольних щурів.

Активність КФ у 12-міс. дослідних щурів зафіксована нижчою в 1,60 разів ($p = 0,032$) на 14-у добу, в 1,90 разів ($p = 0,008$) – на 28-у, порівняно з 3-міс. щурами, а порівняно з контрольними щурами того ж віку – вищою в 13,31 разів ($p = 0,008$) на 14-у добу. На 14-у добу в 3-міс. дослідних щурів ЛФ/КФ було нижчим в 1,32 рази порівняно із даними контрольної групи аналогічного віку ($p = 0,008$). У 12-міс. контрольних щурів на 14-у добу ЛФ/КФ не відрізнялося із показником у 3-міс. щурів. У 12-міс. дослідних щурів на 14-у добу ЛФ/КФ у 1,19 разів достовірно переважало таке у 3-міс. дослідних тварин ($p = 0,008$). У 12-міс. дослідних щурів, порівняно з даними групи 12-міс. контрольних тварин виявлено менші у 1,09 разів значення показника ($p = 0,05$). На 28-у добу у 3-міс. контрольних щурів ЛФ/КФ було меншим у 1,09 рази, ніж таке на 14-у добу ($p = 0,008$). На 28-у добу у 3-міс. дослідних щурів ЛФ/КФ достовірно не відрізнялася від контрольних тварин. У порівнянні із даними 3-міс. дослідних щурів на 14-у добу в даної групи тварин спостерігалось у 1,12 разів більш високе ЛФ/КФ ($p = 0,008$). У 12-міс. контрольних щурів на 28-у добу ЛФ/КФ достовірно не відрізнялося від показника 3-міс. контрольних щурів. У 12-міс. контрольних щурів на 28-у добу при порівнянні із аналогічними щурами на 14-у добу ЛФ/КФ було нижчим у 1,12 разів ($p = 0,016$). У 12-міс. дослідних щурів порівняно з 3-місячними дослідними тваринами на 28-у добу спостерігалось нижче у 1,20 разів ЛФ/КФ ($p = 0,008$). ЛФ/КФ у 12-міс. дослідних щурів на 28-у добу поступалося такому у 12-міс. контрольних щурів у 1,23 рази ($p = 0,008$). Порівняння ЛФ/КФ у 12-міс. дослідних щурів на 28-у добу із даними аналогічних тварин на 14-у добу за виявлено менші значення у 1,27 разів ($p = 0,008$). У 3-міс. контрольних щурів на 90-у добу спостерігалось прогресивне зниження ЛФ/КФ, зокрема на 90-у добу величина показника була меншою у 1,39 разів у порівнянні із таким на 14-у добу ($p = 0,008$) і у 1,27 рази, ніж така у групи щурів аналогічного віку та умов заповнення дефекту на 28-у добу ($p = 0,008$). В 3-міс. дослідних щурів на 90-у добу визначено ЛФ/КФ нижче в 1,21 рази, ніж таке на 14-у добу ($p = 0,008$) та у 1,36 разів у порівнянні із даними на 28-у добу ($p = 0,008$). ЛФ/КФ у 3-міс. дослідних щурів на 90-у добу було меншим у 1,15 разів по відношенню до показника контрольних щурів ($p = 0,008$). ЛФ/КФ у 3-міс. дослідних щурів на 90-у добу було у 1,21 рази меншим, ніж у аналогічних щурів на 14-у добу ($p = 0,008$) та у 1,36 рази нижчим за таке у щурів на 28-у добу досліді ($p = 0,008$). 12-місячні контрольні щури на 90-у добу за ЛФ/КФ щури зазначеної групи поступалися такому у 3-міс. контрольних тварин у 1,12 разів ($p = 0,046$). У 12-міс. контрольних щурів на 90-у добу ЛФ/КФ було меншим у 1,53 рази відповідно до даних на 14-у добу ($p = 0,008$) та у 1,36 разів порівняно із таким у аналогічних щурів на 28-у добу досліді ($p = 0,008$).

Показник переважав такий у 3-міс. дослідних тварин у 1,19 разів ($p = 0,008$). На 90-у добу у 12-міс. дослідних щурів, спостерігалось більше у 1,19 разів ЛФ/КФ, ніж таке у контрольних щурів ($p = 0,008$). ЛФ/КФ у 12-міс. дослідних щурів, порівняно аналогічними щурами на 14-у добу було більшим у 1,27 разів ($p = 0,008$) та не відрізнялося від показника на 28-у добу.

Висновок. Доповнення мезенхімальними стовбуровими клітинами алоімплантатів при заповненні дефектів критичного розміру стегнової кістки білих щурів створювало умови для скорішого відновлення кісткової тканині.

ЗНАЧЕННЯ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ МОДЕЛІ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ганчева О. В., Грекова Т. А., Мельнікова О. В., Каджарян Є. В.
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Запоріжжя, Україна
grekovata@gmail.com

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смерті в сучасному суспільстві та найпоширенішою підставою для госпіталізації. Кардіореабілітація є всебічним втручанням під медичним наглядом, включаючи комплексну оцінку стану пацієнта, консультації щодо харчування, модифікації факторів ризику (контроль рівня ліпідів, артеріального тиску, ваги, цукрового діабету, відмова від шкідливих звичок тощо), психосоціальний моніторинг, фізична активність, консультації та тренінги, а також інші встановлені основні компоненти пацієнт-орієнтованої терапії. Кардіореабілітація визначається як модель вторинної профілактики із сукупністю процедур, спрямованих на зниження серцево-судинного ризику смертності, госпіталізації і повторних подій, забезпечення швидкого відновлення після гострих серцево-судинних катастроф, а також покращення стану здоров'я та якості життя пацієнтів. Проте реабілітаційні заходи у випадках ССЗ суттєво недостатньо використовуються в усьому світі.

Мета. Представлена робота має на меті забезпечити всебічний огляд сучасної кардіореабілітації та окреслити її майбутні перспективи.

Матеріали та методи. Систематичний пошук електронної літератури рандомізованих контрольованих досліджень, опублікованих протягом 2017 - 2023 років, проводився з використанням чотирьох баз даних: PubMed, Google Scholar, ScienceDirect та Cochrane Library. Для узагальнення і систематизації проведено ручний пошук за ключовими словами у списках літератури, оглядових статтях та відповідних списках конференцій. Потенційно відповідні публікації в повному тексті проаналізовано окремо всіма авторами незалежно.

Результати та їх обговорення. Програма кардіореабілітації в першу чергу базується на сприятливому впливі фізичних вправ, проте комплексні програми також включають освітні заняття, зосереджені на усуненні факторів ризику, способі життя та його модифікації, порадах щодо харчування, психологічній підтримці та оптимізованій фармакотерапії. Традиційні та новітні засоби кардіореабілітації забезпечують цю багатокomпонентну мультидисциплінарну допомогу.

Кардіореабілітація та вторинна профілактика отримали широку підтримку серед фахівців як важливий компонент комплексної підтримки пацієнтам з ССЗ. Систематичні огляди показали зниження загальної смертності та смертності від ССЗ на 20-25% і зниження ризику повторних інфарктів міокарда на 38% завдяки використанню методів і засобів кардіореабілітації. Наведені докази встановленого двостороннього зв'язку між покращенням якості життя та рівнем фізичної активності пацієнтів з ССЗ. За умов впровадження кардіореабілітаційних заходів рівень госпіталізації з приводу ішемічної хвороби серця можна скоротити до 18%. Реабілітаційні втручання мають бути адаптовані до потреб окремих пацієнтів і відрізнятися на різних стадіях захворювання та функціонального відновлення з обов'язковою стратифікацією серцево-судинного ризику пацієнтів щодо фізичного навантаження. Фахівці створюють та координують індивідуальні підходи догляду і надання послуг кардіореабілітації пацієнтам з ССЗ.

Висновки. Фізична та реабілітаційна медицина є незалежною спеціальністю із сферою компетенцій та програмами навчання, які завдяки стрімкому технологічному прогресу можуть збільшити ефективність моніторингу і безпеки пацієнтів, розширити охоплення контингенту до вторинної профілактики ССЗ. Комплексний підхід до кардіореабілітації може сприяти діагностиці гострих станів і ранньому початку лікування, а у такий спосіб, запобігає передчасним захворюванням серця, інсульту та повторним серцево-судинним подіям, що підкреслює потребу в оптимізованих і цілісних стратегіях профілактичної медицини. Кардіореабілітація продовжує розвиватися як ефективне та легкодоступне втручання і є перспективною сферою в концепції інтегративної допомоги.

ВІДТЕРМІНУВАННЯ ВВЕДЕННЯ МЕХЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ ЗАПОВНЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ 3D-ДРУКОВАНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ НА ОСНОВІ ПОЛІЛАКТИДУ ТА ТРИКАЛЬЦІЙФОСФАТУ ПРИСКОРЮЄ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Гонтар Н.М.

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного інституту, Харків, Україна
gontarnazar@ukr.net

Вступ. Незрощення довгих кісток та заповнення кісткових дефектів потребує тривалого лікування та реабілітації і становить собою актуальне питання сучасної травматології. Вважають, що частота незрощень лежить в межах від 2 до 10 % [N. Walter, K. Hierl, C. Brochhausen та ін., 2022].

Мета. На основі результатів біохімічних показників сироватки крові білих щурів із транскортикальним дефектом критичного розміру стегнової кістки визначити режим заповнення кісткового дефекту 3D-друкованими імплантатами на основі полілактиду та трикальційфосфату і мезенхімальними стовбуровими клітинами, що приводить до найскорішого відновлення кісткової тканини.

Матеріал та методи. Експериментальне дослідження проведене на базі експериментально-біологічної клініки ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». 3-місячним білим щурам-самцям виконували транскортикальні дефекти стегнової кістки критичного розміру (діаметр 2,6 мм, глибина 3 мм), після чого дефекти заповнювали 3D-друкованими імплантатами на основі полілактиду та ТКФ. Групі Дослід І додатково в область дефекту при імплантації вводили 107 алогенних МСК, групі Дослід II МСК вводили із відтермінуванням на 7 діб. Тварин по 5 голів із кожної групи виводили з експерименту на 15-у, 30-у та 90-у доби із забором крові для біохімічних досліджень. Додатково були забиті 5 інтактних білих щурів. У сироватці крові визначали активність лужної фосфатази (ЛФ) та кислої фосфатази (КФ) за реакцією з діетаноламіном кінетичними методами згідно з інструкцією «Лужна фосфатаза – кін Сп.Л» та «Кисла фосфатаза – кін Сп.Л», вираховували відношення вмісту лужної та кислої фосфатаз.

Результати. На 15-у добу у контрольних тварин спостерігалось більша активність ЛФ у сироватці крові, яка перевищила показник у інтактних щурів на 81,67 % ($p < 0,001$), що в умовах майже незмінної активності КФ у сироватці крові призвело до збільшення співвідношення активності ЛФ та КФ на 66,10 % ($p < 0,001$).

На 30-у добу збільшувалася активність ЛФ у сироватці крові щурів на 51,03 % ($p < 0,001$), КФ на 24,25 % ($p < 0,05$), а також величина співвідношення активності ЛФ та КФ сироватки крові на 21,74 % ($p < 0,05$). На 30-у добу контрольні тварини мали в сироватці крові меншу на 15,63 %, $p < 0,05$ активність ЛФ в сироватці крові та більшу КФ на 14,01 %, $p < 0,05$) із зменшенням на 26,21 % співвідношення активності ЛФ та КФ, Процеси ремоделювання кісткової тканини бути загальмовані вже на початкових стадіях мінералізації, про що може свідчити зменшення на 26,21 % співвідношення активності ЛФ та КФ сироватки крові ($p < 0,05$). На 90-у добу у контрольних щурів активність у сироватці крові ЛФ перевищувала таку у інтактних тварин на 39,36 % ($p < 0,05$) із збільшенням співвідношення активності ЛФ та КФ на 26,09 % ($p < 0,05$) відносно рівня у інтактних щурів. У групи Дослід I на 15-у добу активність ЛФ та КФ у сироватці крові підвищувалися відносно рівня показників у інтактних тварин на 53,73 % ($p < 0,001$) та 45,81 % ($p < 0,001$) відповідно, при цьому їх співвідношення достовірно не відрізнялася від даного показника у інтактних щурів. При порівнянні результатів на 15 добу із таким у контрольних тварин на той же термін виявлено нижчу на 15,38 % активність ЛФ при більшій на 33,79 % активності КФ та меншу величину співвідношення активності ЛФ та КФ в сироватці крові на 36,66 % ($p < 0,001$). На 30-у добу у щурів групи Дослід I показано ще більшу активацію метаболізму кісткової тканини із підвищенням активності у сироватці крові ЛФ – на 129,70 % ($p < 0,001$) і, водночас, КФ – на 50,90 % ($p < 0,001$). Співвідношення активності ЛФ та КФ також була підвищена на 52,20 % у порівнянні із даним показником у контрольних тварин того ж терміну ($p < 0,001$). Активність ЛФ у сироватці крові перевищувала показник попереднього терміну дослідження на 49,41 % ($p < 0,001$) при достовірному збільшенні співвідношення активності ЛФ та КФ на 44,67 % ($p < 0,001$). На 90-у добу у щурів групи Дослід I активність ЛФ сироватки крові перевищувала таку і інтактних тварин на 51,28 % ($p < 0,001$), активність КФ - на 35,03 % ($p < 0,05$). Активність ЛФ у сироватці крові щурів даної групи була аналогічна такій у контрольної групи. В той же час, активність КФ була підвищена на 68,91 % ($p < 0,001$). Відповідно, було зменшено співвідношення активності ЛФ та КФ на 35,74 % ($p < 0,05$). При порівнянні досліджуваних показників групи Дослід I із даними тієї ж групи на попередній термін дослідження визначено нижчу на 34,14 % ($p < 0,05$) активність ЛФ у сироватці крові і співвідношення активності ЛФ та КФ на 26,70 % ($p < 0,05$). На 15-у добу у групи Дослід II активність ЛФ у сироватці крові перевищувала дані у інтактних щурів на 192,99 % ($p < 0,001$), контрольних тварин на 88,83 % ($p < 0,001$) і щурів групи Дослід I на 90,59 % ($p < 0,001$).

Активність КФ сироватки крові не мала достовірних розбіжностей від такої у інтактних та контрольних щурів і була на 18,60 % нижчою, ніж у групи Дослід I того ж терміну експерименту ($p < 0,05$). Співвідношення активності ЛФ та КФ сироватки крові, переважало таке у інтактних тварин на 207,40 % ($p < 0,001$), у контрольних щурів та у тварин із групи Дослід I відповідно на 85,10 % ($p < 0,001$) та 132,36 % ($p < 0,001$). На 30-у добу щури групи Дослід II переважали за даним показником тварин тієї ж групи на попередній термін дослідження на 28,33 % ($p < 0,05$), тварин групи Дослід I на 96,50 % ($p < 0,05$), контрольної групи того ж терміну дослідження на 100,29 % ($p < 0,05$), інтактних тварин на 109,51 % ($p < 0,001$). Активність ЛФ сироватки крові у щурів групи Дослід II була вищою, ніж така у інтактних щурів на 178,02 % ($p < 0,001$), у контрольних тварин та тварин групи Дослід I того ж терміну експерименту на 84,08 % ($p < 0,001$) та 21,04 % ($p < 0,05$) відповідно. За активністю КФ щури групи Дослід II на 30-у добу достовірно поступалися інтактним тваринам на 15,57 % ($p < 0,05$), контрольним щурам та щурам групи Дослід I того ж терміну дослідження на 32,00 % ($p < 0,05$) та 44,05 % ($p < 0,05$) відповідно. Співвідношення активності ЛФ та КФ у щурів із групи Дослід II було вищим, ніж таке у щурів групи дослід I на той же термін експерименту на 117,58 % ($p < 0,001$), у контрольних тварин 150,60 % ($p < 0,001$) і у інтактних щурів на 231,10 % ($p < 0,001$). На 90-у добу у групи Дослід II спостерігалось зниження на 36,58 % ($p < 0,001$) активності ЛФ у сироватці крові відповідно даних у тієї ж групи тварин на попередній термін. Даний показник був підвищений відносно даних у тварин інтактної групи на 76,31 % ($p < 0,001$), відносно показників контрольних щурів та щурів групи Дослід I на той же термін експерименту відповідно на 26,52 % ($p < 0,001$) та 16,55 % ($p < 0,001$). Активність КФ у сироватці крові щурів даної групи поступалася на 32,34 % ($p < 0,05$), такої у інтактних щурів, на 16,10 % ($p < 0,05$) відносно показників у контрольних тварин та на 50,33 % ($p < 0,001$) відносно даних тварин групи Дослід I. Зафіксовано підвищення співвідношення активності ЛФ та КФ у сироватці крові відносно такого у щурів інтактної групи на 163,70 % ($p < 0,001$). Відносно показників контрольної групи тварин та групи щурів Дослід I на той же термін експерименту зафіксовано більші значення відповідно на 51,90 % ($p < 0,001$) та 136,43 % ($p < 0,001$). Відносно показника тієї ж групи на попередній термін дослідження зазначений параметр достовірно поступався на 20,40 % ($p < 0,05$).

Висновок. При заповненні дефекту 3D-друкованими імплантатами на основі полілактиду та ТКФ та відкладеного використання МСК спостерігалися більш оптимальні умови для відновлення кісткової тканини, причому із переважанням анаболічних процесів над катаболічними, створюючи підґрунтя для ранньої реабілітації.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Закаляк Н.Р., Андрусик О.Ф.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка,
Дрогобич, Україна,

zakalyak_nataliya@dspu.edu.ua, oleh.andrusyk@dspu.edu.ua

Вступ. За останні роки значно зросла кількість ампутацій нижніх кінцівок. Це призводить до тривалої непрацездатності, інвалідизації та високої летальності. Пошук нових методів фізичної реабілітації стає актуальним завданням. Внаслідок військових травм, спричинених російською агресією, зростає потреба у протезуванні нижніх кінцівок і тривалій фізичній реабілітації військовослужбовців.

Мета. Дослідити основні принципи реабілітаційних втручань після ампутації нижньої кінцівки.

Матеріали та методи. Аналіз науково-методичної літератури, документальних, інтернет-ресурсних та інших джерел.

Результати та їх обговорення. Ампутація - це видалення частини кінцівки. При ампутації нижньої кінцівки порушується статика тіла, що може призводити до викривлення хребта. У фізичній реабілітації після ампутації виділяють ранній післяопераційний період, період до протезування і період оволодіння протезом. Головні завдання раннього післяопераційного періоду - попередження ускладнень, покращення кровообігу і стимуляція процесів регенерації.

У фізичній реабілітації при ампутаціях використовують фізичну терапію, яка включає дихальні вправи, рухи для збереженої кінцівки і вправи для Корекції викривлення хребта. Поступово розпочинають тренування з використанням протезу, а також навчання користуванню ним.

Завданнями раннього післяопераційного періоду є профілактика післяопераційних ускладнень, покращення кровообігу в куксі, попередження атрофії м'язів в куксі, стимуляція процесів регенерації. Фізичну терапію призначають в перші дні після операції. Включають дихальні вправи, вправи для здорової кінцівки, з другого-третього дня виконують ізометричні напруження для збережених сегментів ампутованої кінцівки, рухи тулубом – при підніманні тазу, повороти. З п'ятого-шостого дня застосовують фантомно-імпульсну гімнастику. Фізичні вправи включають активні рухи спочатку з підтримкою кукси, а потім самостійно з опорою рук реабілітолога. При ампутації нижньої кінцівки, виникає викривлення хребта у фронтальній площині, що також потрібно враховувати при проведенні занять з фізичної терапії, включаючи коригуючі вправи.

Після трьох-чотирьох тижнів починають тренування, включаючи стояння і ходьбу на лікувально-тренуючому протезі, що полегшує перехід на постійний протез. На завершальному етапі після ампутації нижньої кінцівки, хворого навчають правильно користуватися протезом. Перед початком навчання ходьбі перевіряють правильність підгонки протезу до кукси і посадки.

Принципи реабілітації при ампутації нижньої кінцівки базуються на комплексному підході до відновлення функціональності та якості життя пацієнтів. Основні принципи реабілітації включають:

1. Ранню мобілізацію: Початок реабілітаційних заходів відбувається якомога раніше після ампутації. Це включає підготовку кукси, забезпечення стабільності пацієнта, навчання використанню протеза та розвиток фізичної активності.

2. Комплексний підхід: Реабілітація пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки включає не лише фізичну реабілітацію, але й психологічну підтримку, соціальну адаптацію та навчання самообслуговування.

3. Використання протезів: Пацієнтам з ампутуваними нижніми кінцівками надається можливість використовувати протези для покращення рухової функції та повернення до повсякденних занять. Важливо підібрати правильний тип та розмір протеза, а також навчити пацієнта його використанню.

4. Фізична терапія: Заняття фізичною терапією сприяють покращенню сили, гнучкості та координації м'язів навколо ампутованої кінцівки. Це допомагає відновити функціональність та забезпечує більш ефективне використання протеза.

5. Психологічна підтримка: Пацієнти з ампутацією нижньої кінцівки можуть відчувати емоційне та психологічне тягаріння. Тому важливо надавати їм психологічну підтримку та допомогу в адаптації до нової ситуації.

6. Соціальна реабілітація: Реабілітація пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки також передбачає допомогу у їх соціальній адаптації. Це може включати навчання новим навичкам, які допоможуть їм повернутися до роботи, навчання самостійному пересуванню та підтримку встановлення контактів з іншими людьми.

Висновки. Принципи реабілітації при ампутації нижньої кінцівки є важливими для відновлення функціональності та покращення якості життя пацієнтів. Ці принципи включають фізичну реабілітацію, використання протезів та ортезів, психологічну підтримку та навчання новим навичкам.

Індивідуальний підхід та співпраця з медичними фахівцями є ключовими для успішного процесу відновлення.

КІНЕЗІОТЕРАПІЯ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Карабут Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
karabutlara@gmail.com

Вступ. Кінезіотерапія (лікування рухом) – напрям фізичної терапії, під час якого виконуються активні та пасивні рухи, вправи лікувальної гімнастики, робота на тренажерах для досягнення конкретного терапевтичного результату. Це самостійна реабілітаційна дисципліна, яка спирається на досвід і ґрунтується на всіх інших суміжних дисциплінах і включає в себе як теорію, так і методіку фізичної терапії. Кінезіотерапія здійснюється у взаємодії між пацієнтом і терапевтом з метою поліпшення і підтримки в здоровому стані, профілактики рецидивів, сприяє досягненню психофізичного комфорту особи та лікуванню пацієнта, являє собою науково-прикладну діяльність, в якій поєднуються знання: медицини, педагогіки, анатомії, фізіології, біохімії.

Кінезіотерапію поділяють на дві складових: активні та пасивні заходи лікування. Під час активного методу лікування хворий бере активну участь у реабілітаційному процесі, пасивна кінезіотерапія проводиться за допомогою реабілітолога, з використанням спеціального обладнання та тренажерів.

Мета. Навести значущість кінезіотерапії, як напряму реабілітаційного лікування. Завдяки різноманітним засобам кінезіотерапії, можна обрати індивідуальні вправи для кожного хворого, діагноз, вік, наявність супутньої патології, емоційний стан.

Матеріали та методи. Перелік типових вправ: вправи для плечового пояса і верхніх кінцівок, горизонтальне розведення і зведення верхніх кінцівок, горизонтальне розведення і зведення верхніх кінцівок в положенні лежачи, вправа опору плечового пояса і верхніх кінцівок з використанням мотузки KS/04, вправа опору сідничних м'язів в підвісному положенні, тракція (витягнення) поперекового відділу хребта, загальне або повне розвантаження ваги пацієнта, тракція (витягнення) шийного відділу хребта за допомогою петлі Глісона, тракція (витягнення) шийного відділу хребта в положенні лежачи на реабілітаційному столі, вправи на роторах для верхніх і нижніх кінцівок.

При захворюваннях опорно-рухового апарату, хребта та суглобів застосування кінезіотерапії є особливо важливим та ефективним засобом під час реабілітаційного лікування хворих з метою усунення больового синдрому, нормалізації м'язового тону та відновлення об'єму рухів.

Результати та їх обговорення. Кінезіотерапевтичні вправи є загально зміцнювальними, вони спрямовані на оздоровлення і зміцнення кістково-м'язової системи та всього організму.

Висновки. При остеохондроз хребта, протрузіях міжхребцевих дисків, викривленнях хребта – сколіозі та кіфозі з помірним больовим синдромом, порушення постави, артрозах плечових та колінних суглобів (після проведеного медикаментозного лікування), кінезіотерапія є пусковим механізмом для активної участі пацієнта в реабілітаційному лікувальному процесі.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ПРИ ПОСТІНСУЛЬТНІЙ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

Кононенко Н.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kononenkonn76@gmail.com

Вступ. Мозковий інсульт (МІ) належить до найбільш тяжких форм цереброваскулярних захворювань. Щороку в Україні від 100 до 120 тис. населення вперше переносять МІ, тобто захворюваність становить 280-290 випадків на 100 тис. населення і перевищує середній показник захворюваності на МІ в економічно розвинених країнах Європи (200 на 100 тис. населення). За останніми даними (за 2020 рік) в Україні вперше хворіють на МІ більше 100 тис. осіб, що становить 280 випадків на 100 тис. населення. За останні 10 років захворюваність на МІ в Україні зросла ще на 5%, переважно за рахунок людей працездатного віку (35,5% всіх мозкових інсультів сталися у людей працездатного віку). Згідно з офіційною статистикою, внаслідок МІ в Україні щорічно помирає від 40 до 45 тис. осіб (насправді, ймовірно, набагато більше). У тому ж 2020 році зареєстровано 39694 випадки смерті від МІ, що становить 86,7 випадки смерті на 100 тис. населення (в Європі цей показник становить 37-47 на 100 тис. населення). Смертність від МІ досить висока: протягом найближчого місяця з моменту захворювання помирають близько 30%, а до кінця року – 45-48% хворих. 25-30% тих, які пережили інсульт, залишаються інвалідами, до трудової діяльності повертаються не більше 10-12%. Велика частина пацієнтів може та повинна домогтися покращення порушених внаслідок інсульту функцій. Тому реабілітація хворих, що перенесли МІ, є дуже важливою медичною та соціальною проблемою.

Мета. Розкрити значення мультидисциплінарного підходу при реабілітації пацієнтів із мозковим інсультом.

Матеріали та методи. Аналіз проблеми інтеграції в практику моделі реабілітації “Мультидисциплінарна команда” при реабілітації пацієнтів після перенесеного інсульту.

Результати та їх обговорення. Вивченню та розробці принципів реабілітації хворих при захворюваннях нервової системи, у тому числі і при інсультах, присвячено значна кількість публікацій.

Постінсультна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на продовження інтенсивної, невідкладної терапії, щоб зробити все можливе, аби зменшити шкоду, нанесену головному мозку хворого.

Основна мета таких інтервенцій полягає в тому, щоб почати діяти одразу ж після екстреного лікування, щоб пацієнти могли максимально швидко адаптуватися та відновити соціальне функціонування.

2017 року розроблено нові глобальні стратегії щодо основ реабілітації пацієнтів та їхніх родичів. Протокол «Реабілітація 2030», підготований Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), «Звіт про інсульт у Європі» Європейського альянсу боротьби з інсультом (SAFE), а також Програма дій 2018-2030 рр., створена сумісно Європейською асоціацією з боротьби з інсультом (ESO) та SAFE, були створені з метою визначення необхідності та важливості нейрореабілітації після інсульту. «Білл про права людини після інсульту» (ВООЗ) також акцентує увагу на діагностиці, реабілітації та значущості залучення пацієнтів до процесу відновлення після інсульту.

До основних принципів нейрореабілітації відносять такі:

- мультидисциплінарний принцип розглядається науковцями як участь у реабілітаційному процесі спеціалістів різного профілю з певним порядком надання допомоги;
- ранній початок реабілітаційних заходів, що сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій і дозволяє запобігти деяким ускладненням гострого періоду;
- систематичність та оптимальна тривалість на основі поетапної побудови реабілітаційного процесу;
- комплексність застосування реабілітаційних заходів із урахуванням медичного, психологічного, соціального аспектів;
- адекватність використання тих методів та методик, які необхідні конкретному пацієнту на певному етапі захворювання – індивідуалізація програми реабілітації;
- соціальна спрямованість, вирішення соціально-психологічних, соціально-побутових, професійно-трудова проблем;
- активна участь у реабілітаційному процесі самого пацієнта та членів його родини;
- використання методів контролю адекватності навантажень та ефективності реабілітації.

Реалізувати ці принципи можливо при організації системи поетапної допомоги, яка включає: догоспітальний етап, етап інтенсивної терапії, відновного лікування та диспансерний етап. Численні дослідження свідчать, що організація етапної допомоги за схемою: стаціонар – реабілітаційне відділення – санаторій – поліклініка сприяє зниженню летальності та покращенню якості життя хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу.

Лікування хворих від початку захворювання у перші 24 години має проводитися в інсультному блоці інтенсивної терапії, де визначається патогенетичний статус порушення мозкового кровообігу, тактика ведення та вторинної профілактики.

У добре обладнаному інсультному блоці надають цілеспрямовану допомогу та реабілітацію. Провідним спеціалістом є невролог, який проводить моніторинг неврологічного статусу не рідше ніж 1 раз на 4 години. Проте вже на цьому етапі повинен реалізовуватися мультидисциплінарний підхід до ведення хворих. Це забезпечується належним чином підібраним медичним персоналом, який включає фізіотерапевтів, реабілітологів, логопедів, психологів і соціальних працівників. Зокрема, у деяких клініках також передбачено ще і музичну терапію.

Когнітивний скринінг також є важливою складовою оцінювання стану хворого та його лікування. Невід'ємні складові цього процесу – виписка пацієнта з інсультного блоку, визначення та організація подальших реабілітаційних заходів. Будь-які втручання слід обговорювати з родичами якомога детальніше та швидше, адже вони також відіграють активну роль у реабілітації.

При стабілізації стану, ясній свідомості, відсутності грубих когнітивних порушень, тяжкої соматичної симптоматики хворих переводять до палат ранньої реабілітації неврологічного відділення, де реалізується основний принцип реабілітації – мультидисциплінарність.

Для цього необхідна чітка координація дій різних фахівців, які діють як одна команда, яка вирішує загальні реабілітаційні цілі. Комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій нервової системи, проводиться бригадою фахівців, що включає фізичних терапевтів, лікарів відновної медицини, ерготерапевтів, логопеда, інструктора з кінезотерапії, медичного психолога, соціального працівника та, за наявності медичних показань, інших спеціалістів.

Таким чином, реабілітація за принципом мультидисциплінарності, розпочата в гострому періоді інсульту, сприяє більш швидкому відновленню порушених функцій, що перешкоджає виникненню ускладнень, дозволяє покращити психологічний статус та якість життя не тільки хворих, а й їх родичів.

Слід зазначити, що мультидисциплінарний принцип організації допомоги хворим після інсульту повинен дотримуватись на всіх етапах реабілітаційного процесу, проведення реабілітації має здійснюватися за заздалегідь складеним планом із урахуванням стану хворого, реабілітаційного діагнозу та прогнозу.

На амбулаторному етапі зусилля фахівців із реабілітації переважно спрямовані на навчання пацієнта досягненню самостійності та максимально можливої незалежності у повсякденному житті, на з'ясування потреби у допоміжних технічних засобах реабілітації та пристосування, на допомогу у вирішенні соціальних проблем.

Висновки. Порушення функцій людини на тлі перенесеного інсульту приводять хворих до тяжких соціальних наслідків, оскільки найбільшою мірою впливають на основні категорії життєдіяльності. Порушується не лише соматоневрологічний статус пацієнтів, але й часто настає тривала та важка інвалідизація за наявності соціальної дезадаптації. Мозковий інсульт є мультидисциплінарною проблемою та потребує комплексного медико-соціального підходу до реабілітації.

ПРОБЛЕМИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

¹Кудрявцева Т.О., ¹Бурлака І.С., ²Абідова Т.С.

¹ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет, м. Харків, Україна,

²Фаховий коледж Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна,

t.kudryavceva@khimu.edu.ua, i.burlaka@khimu.edu.ua, abidova@gmail.com

Вступ. Остеохондроз хребта – це мультифакторне захворювання, що характеризується дистрофічним ураженням хребцевих рухових сегментів, переважно їх передніх відділів, і проявляється поліморфними неврологічними симптомами (О. Лазарева, 2012). Актуальність проблеми зумовлена постійним зростанням кількості хворих на остеохондроз хребта у загальній структурі інвалідизації. На сучасному етапі дегенеративно-деструктивні ураження хребта є найбільш поширеною патологією опорно-рухового апарату людини, які за розповсюдженістю та стійкою втратою працездатності посідають перші місця у структурі неврологічної захворюваності населення. Згідно медичній статистиці, близько 80% населення планети страждає на остеохондроз хребта, в розвинутих країнах світу – захворюваність складає 90% від загальної кількості дистрофічних захворювань хребта, при цьому у 50% з них виявляється патологія у шийному відділі (А. Краснояружський, Н. Гасанов, К. Омеляненко, 2016). В Україні вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності посідає друге місце, поступаючись респіраторним інфекціям. Захворювання призводить не тільки до погіршення якості життя, але й до інвалідності (Sitel’A.B., Kuz’minov K.O., BahtadzeM.A., 2010; MoshynskyV., Mykhaylova N., GrygusI, 2013). Частота первинного встановлення інвалідності хворим з вертеброгенною патологією становить 71-74%, тобто 15-17% від усіх хворих, яким МСЕК встановлюють інвалідність.

Метою дослідження є визначення, аналіз і класифікація проблем пацієнта з остеохондрозом хребта.

Матеріали та методи: аналіз даних зарубіжних і вітчизняних наукових публікацій, інтернет-джерел, зокрема, бази PubMed, ScienceDirect, SAGEjournals, JSTOR. Обробка та узагальнення отриманих даних за допомогою описового, теоритичного та порівняльного методів.

Результати та їх обговорення. Умови життя й трудова діяльність населення розвинутих країн призводять до розвитку клінічних проявів остеохондрозу хребта. Малорухливий спосіб життя, технічний прогрес, швидкий розвиток комп’ютерних технологій викликають загальне зниження рухової активності людини в умовах великих міст і мегаполісів.

Часті стресові ситуації, безвідповідальне ставлення до свого здоров'я у поєднанні з малорухливим способом життя є пусковим механізмом у розвитку дегенеративно-дистрофічних уражень хребта.

У ході дослідження визначено та проаналізовано причини розвитку остеохондрозу хребта, фізіологічні, психологічні, соціальні проблеми хворих на остеохондроз хребта з метою розробки ефективних програм реабілітації і підвищення якості життя пацієнтів.

Як зазначають науковці, усі причини розвитку остеохондрозу хребта, тобто дегенерації міжхребцевих дисків на сьогодні достеменно не встановлено (О. Шевчук, І. Григус, 2020).

Але, визначено основні чинники ризику виникнення даної патології: паління – 33%, ожиріння – 27%, літній вік – 13%, належність до жіночої статі – 9%, тяжка фізична праця – 7%, сидяча робота – 6%, робота, яка пов'язана зі стресом – 5%.

Основними причинами розвитку остеохондрозу є переважаюче вертикальне положення тіла, надмірні розумові навантаження і пов'язана з ними гіподинамія. З іншого боку чинниками ризику розвитку цього захворювання є велика кількість шкідливих для хребта видів праці, при яких організм тривалий час знаходиться в нефізіологічних (незручних) позах – ризик професійної діяльності.

Причиною розвитку остеохондрозу може бути тривала робота за письмовим столом, дисплеєм комп'ютера, будь-яка інша робота, за умови тривалого знаходження людини у незмінній позі (сидячи, стоячи або зігнувшись). Робота сидячи, внаслідок стискання нижньої частини живота, сприяє розвитку вегетативних розладів, зокрема закріпів, геморою тощо.

Також серед причин розвитку остеохондрозу такі: порушення обміну речовин в організмі, генетична схильність, переохолодження, неправильна постава, хімізація продуктів харчування, зловживання медичними препаратами (О. Шевчук, І. Григус, 2020).

Найчастіше пацієнти відзначають такі проблеми: біль або судоми в ногах, іррадіюючий біль у спині та стегні, біль у шії та плечах, біль у нижній частині спини, (який посилюється після навантаження або розтягнення спини), втрата чутливості або м'язова слабкість (особливо в ногах), втрата рівноваги, труднощі при ходінні, (які іноді призводять до падінь), знижена чутливість до болю, тепла та холоду, порушення функцій кишечника або сечового міхура.

Відомо, що біль у суглобах та хребті – одна з основних причин як гострої, так і хронічної непрацездатності населення. Для оцінки болю використовують різні шкали, наприклад, візуально-аналогову, за якою відсутність болю – 0, слабкий біль та дискомфорт – 1, помірний біль – 2, сильний біль – 3, нестерпний біль – кінцевий пункт. Майже 80% пацієнтів відчувають біль. Отже, у хворих на остеохондроз хребта біль пріоритетною проблемою.

Біль є причиною не тільки фізіологічних проблем, таких як порушення рухової активності, харчування, сну, випорожнень кишечника, а й психологічних та соціальних проблем. Пацієнти відзначають інертність, нерішучість, втрату волювості активності та життєвої стійкості, звуження кола спілкування, егоцентричність, образливість і нестриманість, незібраність тощо. До психологічних та психофізіологічних особливостей пацієнтів слід віднести тривожність, афективну напругу, підвищену збудливість, емоційну нестійкість, невпевненість у собі, іпохондричні розлади, порушення соціальної адаптації.

З'ясовано, що прояв проблем пацієнта залежить від стадії остеохондрозу та локалізації патологічного процесу.

У першому періоді остеохондрозу вираженими є фізіологічні проблеми (головокружіння, головні болі, безсоння, напруженість м'язів, болі в спині, що віддають в ногу, больові відчуття по ходу сідничного нерва тощо); психологічні проблеми (погане самопочуття, пригнічений настрій тощо).

Другий період характеризується болем, який може бути локальним або іррадіюючим; характерним є виникнення протрузій.

Для третього періоду характерно утворення кил, які спричиняють гострий біль, набряк та венозний застій. При цьому посилення тиску на нервові корінці загострює біль. У четвертому періоді больовий синдром зменшується, виникає ілюзія одужання, але наслідками міжхребцевих кил можуть бути парези, паралічі тощо.

Висновок. У хворих на остеохондроз хребта виникають різнопланові проблеми, які значно знижують якість життя.

До фізіологічних проблем належать: біль різної інтенсивності та локалізації; у зв'язку з цим – порушення рухової активності; обмеження самоогляду; порушення дихання; порушення харчування; порушення сну; закрепи; порушення сексуальних стосунків. Майже всі пацієнти визначають ці проблеми, як пріоритетні.

Психологічні проблеми пацієнти пов'язують із хворобою, серед них найчастіше називають такі: порушення міжособистісних взаємовідносин; незадовільні сімейні відносини; зниження рівня здоров'я та настрою (незадовільне самопочуття та стан здоров'я); постійні негативні емоції; незадоволеність собою; почуття безпорадності. Емоційний стрес як причину виникнення захворювання на остеохондроз визнають майже дві третини пацієнтів, а як головний чинник, що спровокував симптоми остеохондрозу хребта – п'ята частина пацієнтів.

Частка соціальних проблем також є значною: зниження працездатності та повна чи часткова втрата працездатності, пов'язане з цим зниження соціального статусу; зміни сімейного стану пов'язані з хворобою.

Отже, для досягнення стабільних позитивних зміни показників психофізичного стану пацієнтів, поліпшення роботи опорно-рухового апарату загалом, досягнення відчуття комфорту в уражених відділах хребта необхідно застосувати комплекс заходів.

Програма фізичної терапії має бути комплексною, ґрунтуватися на методиці індивідуального підходу до кожного окремого пацієнта. Тільки мультидисциплінарний підхід і сумісні зусилля лікаря, психолога, фізичного терапевта, реабілітолога, дозволить ефективно розв'язати проблеми пацієнта.

ВАЖЛИВІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Левков А.А.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

levkov.anatolij03@gmail.com

Вступ. Після мастектомії можуть виникати специфічні анатомо-функціональні зміни і порушення, які можна попередити, у тому числі завдяки засобам фізичної терапії.

Мета. Довести важливість реабілітаційних заходів після мастектомії.

Матеріали та методи. Досліджувались найбільш часті ускладнення після мастектомії.

Результати та їх обговорення. Лімфедема — це одна з найскладніших патологій, що розвивається найчастіше. Вона виникає внаслідок порушення току лімфи і закупорки в лімфатичній системі з оперованого боку. Також променева терапія часто ускладнюється фіброзом м'язів і лімфатичних судин. Ці порушення можуть спричинити хворобливі і потенційно виснажливі набряки в руці і на тому боці, де була проведена операція. За даними дослідження, лімфедема розвивається приблизно у 30% з хворих, які перенесли мастектомію. Вона може виникати одразу або через кілька місяців і навіть років після операції. У жінки, якій видалили багато лімфатичних вузлів, існує підвищений ризик розвитку лімфедери протягом усього життя. Це хронічний стан, який потребує постійного нагляду, профілактики і лікування.

Обмеження амплітуди руху в плечовому суглобі. Якщо у післяопераційний період вчасно не розпочати адекватну фізичну терапію, зростає ризик виникнення нееластичного, масивного рубця та порушення нормальної рухової функції плеча з утворенням контрактури (зменшення амплітуди рухів у суглобі).

Больовий постмастектомічний синдром. Як вторинне ускладнення після хірургічного лікування раку молочної залози можливий хронічний біль. Він має неврологічне походження внаслідок травмування нервів, а також м'яких тканин в оперованій ділянці. Такий біль може мати різний характер, інтенсивність, тривалість і локалізуватися в передній частині грудної клітки, пахвовій або у середній частині плеча.

Для подолання цієї проблеми зазвичай призначають комплексну терапію: фізіопроцедури, медикаментозне лікування і засоби фізичної терапії. Науково доведено, що фізичні вправи ефективні для подолання післяопераційного болю. Регулярні заняття допомагають підтримувати

фізичну активність на достатньому рівні, покращують загальний стан здоров'я, поліпшують сон і здатність контролювати біль.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Фантомний біль. Це часте відчуття після мастектомії, яке може виникати внаслідок загоєння нервів. Проявляється свербезом, «повзанням мурашок» або загальною надмірною чутливістю у прооперованій ділянці.

Зазвичай з часом ці скарги зникають самостійно і не є медичною проблемою. Проте іноді доцільно призначити нестероїдні протизапальні препарати, фізичні вправи або масаж.

Порушення постави. Внаслідок видалення молочної залози можуть виникати вагова асиметрія і функціональний дисбаланс м'язів. Щоб уникнути деформації хребта в грудному відділі, крилоподібного випирання лопатки, западання підключичної ділянки та ін., необхідно вчасно розпочинати реабілітацію.

На симпозіумі американського товариства клінічної онкології (American Society of Clinical Oncology's) 2018 р. були представлені результати досліджень, які доводили ефективність раннього післяопераційного фізіотерапевтичного втручання з приводу раку молочної залози. У пацієток, яким проводили фізичну терапію та інформували про те, як покращити рухливість і зменшити вираженість лімфедми, швидше відбувалось відновлення, ніж у жінок, у яких не застосовували фізіотерапевтичні заходи.

Спектр реабілітаційної роботи з пацієнтками після мастектомії є доволі широким, зокрема, це й подолання ускладнень з боку дихальної системи. Після операції можливі посилення секреції бронхіального слизу, спазм бронхів і гортані. Також біль в прооперованій ділянці обмежує нормальну екскурсію грудної клітки. Щоб уникнути легеневих ускладнень, лікувальну фізкультуру необхідно розпочинати ще в передопераційний період. Фізіотерапевт повинен навчити пацієнтку правильному диханню і техніці безболісного відкашлювання після операції. Також потрібно надати інформацію про те, як жінка має себе поводити в ранній післяопераційний період. Окрім цього, важливим є формування навичок безпечних переміщень у ліжку, переходу в положення сидячи, а також вставання.

Висновок. Щоб уникнути ускладнень після мастектомії необхідно вчасно розпочинати реабілітацію.

ДІАГНОСТИКА ПУХЛИНИ КІСТОК У ДІТЕЙ

Левков А.А., Гриженко А.Р.

Полтавський державний медичний університет м. Полтава, Україна
levkov.anatolij03@gmail.com

Вступ. Доброякісні та злоякісні пухлини кісток у дітей та юнаків зустрічаються частіше, ніж у дорослих. Діти переважають доброякісні пухлини. Рентгенотерапію у дітей застосовують переважно при саркомі Юінга та остеогенній саркомі. Найчастіше проводиться комбіноване лікування - хірургічне та променеве.

Мета. З'ясувати рентгенологічні ознаки для диференційної діагностики пухлин.

Матеріали та методи. Діагноз пухлини Юінга важкий і встановлюється на підставі клінічного, рентгенологічного та мікроскопічного дослідження.

Пухлина Юінга зустрічається у 10-20% випадків усіх злоякісних пухлин кісток та у дітей раннього віку та має особливе значення. Декілька назв цієї пухлини: ендотеліальна міелома, лімфангіоендотеліома, круглоклітинна саркома, ретикулосаркома, недиференційована саркома з ембріональної мезенхіми – говорять про те, що немає єдиного погляду на її гістогенез. Тому досі зберігаються її назви за автором, який уперше її описав у 1923 р.

Результати. Початок хвороби може бути гострим або поступовим, часто на тлі загальної температурної реакції. Біль – ранній та провідний симптом. Уражена пухлиною частина кістки при одиночному вогнищі може нагадувати гострий запальний процес із типовою зміною шкіри, місцевою температурою, припухлістю різного ступеня. Все це ускладнює діагностику. Спочатку часто припускають остеомієліт. Хвороба може протікати хвилеподібно, і це зближує її з перебігом хронічного остеомієліту. Анемія при пухлині Юінга розвивається пізно. При розвитку ще невидимих метастазів лейкоцитоз може досягати 15 Г/л, що начебто підкріплює початковий діагноз остеомієліту. Мікроскопічне дослідження пухлини Юінга виявляє одноманітну картину скупчення однорідних круглих клітин, іноді з присутністю лейкоцитів на фоні інфільтрації та рясно розвиненої судинної мережі. Рентгенологічне дослідження ураженої ділянки кістки показує частіше зміну діяфізу кістки. Ці поразки мають вигляд вогнищ деструкції неправильної форми та різноманітної величини, що місцями зливаються між собою. Пухлина Юінга розвивається швидко. Вогнища можуть розростатися і поступово захоплювати кірковий шар, який розпушується та розшаровується.

Висновок. Пухлина Юінга надзвичайно чутлива до променевого впливу, але швидко рецидивує або з'являються віддалені метастази, тому тривале лікування дуже рідко.

КЛІНІЧНИЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ

¹Мятига О.М., ¹Таможанська Г.В., ²Мятига Д.С.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.

²Первинна профспілкова організація Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 філії центр охорони здоров'я акціонерного товариства Українська Залізниця, м. Харків, Україна
olenam450@gmail.com , kulichka79@ukr.net , mdcm00@gmail.com

Вступ. Бронхіальна астма — це хронічне захворювання, що характеризується періодичними нападами ядухи, що виникає внаслідок спазму дрібних і середніх бронхів. Природа захворювання, переважно, інфекційно - алергічна. При нападі бронхіальної астми різко порушується механізм дихання, особливо видих, і повітря повністю не виходить з легень. Це веде з кожним вдихом до збільшення повітря в альвеолах, здуття легень, падіння вентиляції, недонасичення крові киснем та недостатнього звільнення її від оксиду вуглецю. Хворому не вистачає повітря, виникає страх задихнутися, він блідне, згодом обличчя стає синюшним. Дихання здійснюється з великими зусиллями, за допомогою допоміжних м'язів і супроводжується свистячими хрипами, що чути на відстані. Під кінець нападу починається відкашлювання мокротиння, що накопичилося через надмірне виділення слизу в бронхах і, у свою чергу, заважало нормальному проходженню повітря в легенях. Через декілька годин після нападу всі ці явища зникають і пацієнт, у разі відсутності органічних змін в легенях і супутніх захворювань у період між нападами, відчуває себе практично здоровим.

Мета роботи: обґрунтувати застосування сучасних засобів фізичної терапії при бронхіальній астмі для поліпшення функціональних можливостей та повернення активності повсякденного життя.

Матеріал та методи: Під час процесу дослідження було використано методи аналізу та синтезу сучасних досліджень та джерел інформації.

Результати та їх обговорення. Перебіг бронхіальної астми характерний періодами загострення і ремісії. Реабілітаційне втручання у стаціонарі має різну тривалість, що залежить від клінічного перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань та загального стану пацієнта. Його поділяють на два періоди: I — *щадний (гострий)* і II — *функціональний (підгострий)*. Після лікарні призначається III період — *тренувальний (заключний)*, що проводиться в поліклінічних або санаторних умовах (довготривалий період).

Цілі фізичної терапії у довготривалому періоді:

- закріплення нормального стереотипу регуляції дихання;
- оптимізація діяльності ЦНС;
- підвищення сили дихальних м'язів, рухливості грудної клітки та стабілізація навичок раціональної регуляції дихання, протидія прогресуванню емфіземи легень і пневмосклерозу;
- покращення діяльності дихальної і серцево-судинної систем;
- відновлення фізичної працездатності і підготовки до роботи у побуті та на виробництві;
- зниження чутливості і підвищення опірності до дії чинників зовнішнього середовища;
- подовження періоду ремісії захворювання.

У довготривалому періоді реабілітаційного втручання застосовують терапевтичні вправи, лікувальний масаж, преформовані фізичні чинники та працетерапію.

Комплекси терапевтичних вправ складаються зі спеціальних дихальних вправ статичного і динамічного характеру, звукової гімнастики, терапевтичних вправ з обтяженнями, з приладами і на приладах. При виконанні рухів зберігається принцип запобігання форсованому диханню, застосування пауз для відпочинку та вправ на розслаблення. Темп виконання повільний і середній, кількість повторень вправ 8-12, тривалість комплексу терапевтичних вправ 30- 35 хвилин. Пацієнтам з рідкими нападами бронхіальної астми та при незначних структурних змінах у легенях призначають плавання, ігри, веслування, ходьбу на лижах, катання на ковзанах, біг підтюпцем та інші спортивно-прикладні вправи.

Протипоказані роботи під час цвітіння дерев і рослин та інших алергізуючих чинників, які можуть перервати ремісію і викликати загострення бронхіальної астми.

У період стійкої ремісії при відсутності суттєвих порушень зі сторони дихальної і серцево-судинної систем показано санаторно-курортне лікування у місцевих профільованих санаторіях та приморських і середньо гірських кліматичних курортах.

Висновки: 1. Лікування бронхіальної астми комплексне і націлене насамперед на усунення нападу.

2. При прогресуванні захворювання часті напади ведуть до збільшення залишкового об'єму, зниження еластичності легень, хронічного бронхіту, емфіземи, пневмосклерозу, легеневої та серцевої недостатності.

3. Фізичну терапію призначають у період між нападами при задовільному загальному стані пацієнта. Терапевтичні вправи протипоказані при астматичному статусі, дихальній та серцевій недостатності із декомпенсацією функцій цих систем.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Рябова О.О., Жаботинська Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
oksanarova@ukr.net

Вступ. На сьогоднішній день бронхіальна астма (БА) є серйозною медико-соціальною проблемою, що пов'язано з суттєвим впливом на якість життя хворих і значними економічними витратами. Повсякденна життєдіяльність хворих на БА може бути обмежена через погіршення респіраторних симптомів при фізичному навантаженні, а саме, через появу задишки та виникнення бронхообструкції. Згідно з сучасними рекомендаціями основною метою лікування БА є контроль симптомів, зменшення ризику виникнення та покращення якості життя хворих. Лікування БА включає медикаментозну терапію та немедикаментозну терапію. В останні роки дослідники підкреслюють роль легеневої реабілітації як додаткової нефармакологічної терапії при БА.

Мета. Провести аналіз сучасних наукових досліджень щодо підходів до легеневої реабілітації хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження були сучасні іноземні та вітчизняні наукові джерела щодо програм легеневої реабілітації при БА. В роботі були використані методи теоретичного узагальнення та аналізу даних сучасних літературних джерел.

Результати та їх обговорення. Легенева реабілітація це програма заходів, що включає навчання пацієнта, психологічну підтримку та фізичні вправи, які допомагають поліпшити здоров'я та функцію легень у пацієнтів з хронічними захворюваннями легень. За даними різних досліджень, пацієнтам з БА рекомендовано вести активний спосіб життя. Дослідження свідчать, що більш висока прихильність до фізичної активності була пов'язана зі сприятливими клінічними результатами. Велике значення в легеневій реабілітації мають фізичні вправи, серед яких вправи на витривалість, силові вправи, а також дихальні вправи. Проведені дослідження довели, що вправи на витривалість зміцнюють периферичні м'язи, що призводить до певних змін, які знижують частоту дихання, потребу в вентиляції та зменшують динамічну гіперінфляцію легень. Силові тренування покращують м'язову масу та силу. Доведено, що такі вправи залучають окремі групи м'язів і призводять до зниження споживання кисню та хвилинної вентиляції.

Доведено, що тренування дихальних м'язів зменшує задишку, збільшує силу дихальних м'язів покращує здатність до фізичних навантажень у пацієнтів з БА.

Висновки. Отже, аналіз сучасних наукових досліджень щодо підходів до реабілітації хворих на бронхіальну астму показав, що фізичні вправи, дихальні вправи, фізична активність значно покращує якість життя хворих на бронхіальну астму. Перспективним є розробка та оцінка ефективності індивідуальних програм легеневої реабілітації відповідно до тяжкості захворювання.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ АНТИОКСИДАНТІВ В ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ

Хворост О.П., Опрошанська Т.В., Посохова І.Ю., Зудова Є.Ю.,
Леонтьєв Б.С.

Національний фармацевтичний університет, М. Харків, Україна,
khvorost09101960@gmail.com

Вступ. Ураження сполучної тканини та судин є глобальними медико-соціальними проблемами, які входять до головних причин смертності населення в нашій країні. Згідно з даними ВООЗ, 4 % населення земної кулі страждає на різні захворювання суглобів та хребта, при цьому 30 % тимчасової та 10 % постійної інвалідності пов'язані з ревматоїдними процесами. За даними ВООЗ понад мільярд людей на планеті страждають на гіпертонію. Проте у більшості випадків початок артеріальної гіпертензії залишається непоміченим. Основними профілактичними заходами проти цих захворювань є: зниження вживання солі; відмова від куріння та вживання алкоголю; збалансоване харчування (достатнє вживання овочів та фруктів); регулярна фізична активність; втрата зайвої ваги, тощо. Окрім цих факторів стресу треба уникати негативного впливу стресових факторів на нервову систему. Одним із патогенетичних факторів розвитку патологій опорно-рухового апарату та серцево-судинної системи є надмірна активація процесів вільнорадикального окиснення біомакромолекул. Однак перш, ніж широко використовувати на практиці фітоантиоксиданти як засоби антиоксидантної терапії необхідно ретельно попередньо дослідити їхню антиоксидантну ефективність *in vitro*.

Мета - вивчення антиоксидантної активності екстрактів з ряду видів вітчизняної сировини.

Матеріали та методи. Витяги з рослинної сировини (корінь шипшини, корінь лопуха, трава астрагалу шерстистоквіткового, плоди калини, листя лавру) одержували методом мацерації за експериментально встановлених технологічних параметрів (екстрагент, співвідношення сировина-екстрагент). Антирадикальну активність фітозасобів оцінювали за його здатністю вловлювати 1,1-дифеніл-2-пікрилгідразил-радикал (DPPH) - DPPH-метод.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що зазначені фітозасоби мають виражену антирадикальну активність щодо DPPH-радикалу – не нижче $IC_{50} = 46,5$ мкг/мл, обумовлену наявністю в їх складі суми поліфенолів (антоціанів, флавонолів), органічних кислот, полісахаридів і вітамінів, тому як ці біологічно активні речовини мають антиоксидантні властивості.

Висновки. На підставі одержаних даних витяги з коренів шипшини, коренів лопуха, листя лавру, трави астрагалу шерстистоквіткового, плодів калини, можуть бути рекомендовані до використання у комплексній терапії хворих на захворювання опорно-рухового апарату та серцево-судинної системи для відновлення мікронутрієнтів, необхідних для нормалізації метаболічних процесів в організмі, що є однією з вимог адекватної комплексної терапії

цукрового діабету, що сприяє уповільненню розвитку та прогресування судинних ускладнень поліартритів та артеріальної гіпертензії.

ПРОРИВ В СУЧАСНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ COVID-19: ПРЕПАРАТИ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ

Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.
Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.
ivkireev@ukr.net

Вступ. В березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила пандемію нового захворювання – коронавірусної хвороби, яка отримала назву COVID-19. Ця пандемія, без перебільшення, перевернула світові уявлення про перебіг та можливості лікування вірусних захворювань. Всі світові провідні наукові медичні та фармацевтичні установи спрямували свої ресурси на дослідження вірусу, вивчення перебігу захворювання та пошуки як лікарських засобів для фармакоterapiї коронавірусної інфекції, так і вакцин для профілактики захворювання на COVID-19. Але ситуація була не втішною. Станом на кінець грудня 2022 року у світі захворіло майже 662 млн людей, з них більше 6,6 млн померли. В Україні від початку пандемії коронавірусною хворобою захворіли більше 5,3 млн чоловік, померло – більше 110 тисяч. Більшість хворих потребувало лікування в умовах стаціонару, що створювало додаткові фінансові навантаження на медичну і соціальну систему держав. Тому науковці віддали перевагу пошуку медичних препаратів для лікування COVID-19, які можна б було безпечно та ефективно застосовувати саме в амбулаторних умовах лікування.

Мета: дослідження сучасних можливостей фармакоterapiї коронавірусної хвороби на амбулаторному етапі.

Основні результати. Під час виконання дослідження було проведено аналіз звітів Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) та Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) про дозвіл для амбулаторного застосування лікарських засобів для фармакоterapiї COVID-19 та рекомендацій Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України щодо застосування цих препаратів на території України. Також було проведено аналіз українських настанов («живої» клінічної настанови) та міжнародних гайдлайнів щодо сучасної фармакоterapiї коронавірусної інфекції.

В грудні 2021 року FDA, а у січні 2022 EMA рекомендували до використання лікарський препарат «Паксловід» для лікування хворих на коронавірусну хворобу легкого та середнього ступеня тяжкості. В дослідженнях «Паксловід» продемонстрував ефективність 88% за рахунок зниження смертності та частоти госпіталізацій при застосуванні в перші 5

днів захворювання. Препарат складається з двох діючих речовин: нірматрелвір та рітонавір.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Діюча речовина нірматрелвір інгібує білок SARS-CoV-2 в організмі шляхом зв'язування з 3CL-подібною протеазою, ферментом, що має вирішальне значення для функціонування та розмноження коронавірусу. Рітонавір – це антиретровірусний препарат, який допомагає запобігти руйнуванню нірматрелвіру. Така комбінація забезпечує більш тривале функціонування нірматрелвіру в організмі. «Паксловід» здатний пригнічувати розмноження коронавірусу на ранній стадії та залишатися активним в організмі протягом тривалих періодів часу у високих концентраціях. Важливою особливістю є те, що препарат можна приймати вдома за рекомендацією лікаря, але за умови раннього виявлення захворювання. Препарат є комбінованим: на 1 прийом рекомендовано 2 таблетки нірматрелвіру (таблетки рожевого кольору) та 1 таблетка рітонавіру (таблетка білого кольору). Пацієнти повинні приймати всі 3 таблетки разом. Таблетки слід ковтати цілими, не розжовувати, не ламати та не подрібнювати.

Особливу увагу слід приділяти взаємодії «Паксловіду» з іншими препаратами, що може викликати небажані побічні ефекти. Компоненти «Паксловіду» є інгібіторами ізоферменту CYP3A, і він може підвищувати плазмові концентрації лікарських засобів, що переважно метаболізуються ізоферментом CYP3A. Тому протипоказане водночасне застосування «Паксловіду» з лікарськими засобами, кліренс яких сильно залежить від CYP3A, а саме альфузозін, ранолазін, антиаритмічними засобами (аміодарон, бепридил, дронедазон, енкаїнід, флекаїнід, пропафенон, хінідин), антигістамінними препаратами (астемізол, терфенадин), статинами (ловастатин, симвастатин), препаратами для корекції еректильної дисфункції у чоловіків (силденафіл, аванафіл, варденафіл), транквілізаторами (клоназепам, діазепам, естазолам, флуразепам, триазолам і мідазолам), протисудомними засобами (карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн), рифампіцин та іншими лікарськими засобами.

Іншим препаратом, який було дозволено FDA та EMA для амбулаторного лікування COVID-19, став молнупіравір («Lagevrio»). Згідно з даними, представленими компанією Merck Sharp & Dohme (MSD), прийом молнупіравіру під час клінічних випробувань знизив ризик госпіталізації або смерті пацієнтів на 30% за умови призначення препарату в максимально короткі терміни після зараження. Молнупіравір відноситься до групи прямих противірусних засобів і проявляє свою противірусну дію за рахунок порушення копіювання під час реплікації вірусної РНК. ВОЗ внесла молнупіравір в оновлені варіативні рекомендації щодо фармакотерапії COVID-19. Але зважаючи на новизну лікарського засобу і певну обмеженість

даних про його безпеку, ВООЗ рекомендує активно відстежувати безпеку препарату.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Молнупіравір рекомендований лише хворим на неважку форму COVID-19, які віднесені до категорії найбільшого ризику госпіталізації. Це, як правило, не щеплені від COVID-19 особи, люди похилого віку, особи з ослабленим імунітетом і пацієнти з хронічними захворюваннями. Терапія молнупіравіром у таблетках для перорального прийому повинна починатись не пізніше ніж через п'ять днів після прояву симптомів захворювання по чотири таблетки (всього 800 мг) двічі на день протягом п'яти днів і здійснюється під контролем лікаря. Препарат не показаний дітям, вагітним і жінкам, які годують груддю. При призначенні молнупіравіру слід передбачити використання контрацептивних засобів, а медичні установи повинні забезпечувати можливість тестування на вагітність та надання контрацептивів у місці надання допомоги.

Обидва препарати не можна застосовувати для профілактики COVID-19 і вони не є альтернативою вакцинації.

У січні-лютому 2022 року МОЗ України зареєструвало препарати молнупіравір та комбінацію нірматрелвір-ритонавір («Паксловід») для екстреного лікування COVID-19. Препарати рекомендовано використовувати для пацієнтів, які мають хоч один фактор ризику: надмірну вагу, вік понад 60 років, цукровий діабет або хвороби серця.

І молнупіравір, і комбінація нірматрелвір-ритонавір включені до «живої» клінічної настанови «Клінічне ведення пацієнтів з COVID-19», затвердженої МОЗ України, яка була переглянута в серпні 2022 року. Обидва препарати рекомендовані пацієнтам із нетяжкою формою COVID-19 з найвищим ризиком госпіталізації. Але зауважено, що «нірматрелвір-ритонавір є кращим вибором, оскільки він може мати більшу ефективність у запобіганні госпіталізації, ніж альтернативи, має менше занепокоєнь щодо шкоди, ніж молнупіравір; і його легше вводити, ніж внутрішньовенне введення» інших препаратів.

З лютого 2022 року молнупіравір («Lagevrio») став доступним в Україні, але його не можна купити в аптеках. Препарат розподіляється до закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти можуть отримати ці препарати безпосередньо на прийомі у лікаря після проходження тестування на виявлення COVID-19. Сімейні лікарі першочергово призначають молнупіравір хворим на коронавірусну хворобу із груп ризику, щоб запобігти розвитку важких форм захворювання.

Висновки та перспективи. Підсумовуючи отримані дані можна стверджувати, що Україна займає активну позицію в забезпеченні своїх громадян найсучаснішими ліками від коронавірусної інфекції, які дозволяють

значно зменшити ризики не тільки смертності, але й госпіталізації хворих на COVID-19.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Зважаючи на рекомендації МОЗ України необхідно якомога раніше звертатися до свого сімейного лікаря для діагностики та отримання сучасного лікування корона вірусної інфекції. Але потрібно завжди пам'ятати, що будь-яке лікування дорожче ніж профілактика!

Перспективним напрямом досліджень, на наш погляд, може бути вивчення доступності, структури, ефективності використання та частоти розвитку побічної дії (профілю безпеки) молнупіравіру та «Паксловіду» на першому (амбулаторному) етапі надання медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію різного ступеня тяжкості в Україні. Результати таких досліджень можуть стати в нагоді для оптимізації рекомендацій щодо фармакотерапії COVID-19.

АКТУАЛЬНІСТЬ СТВОРЕННЯ ЕКСТРАКТУ РІДКОГО З ПЛОДІВ КАЛИНИ ЗВИЧАЙНОЇ ЯК ЕФЕКТИВНОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ

Ярошенко А.О., Шпичак О.С.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

promek-ipksf@nuph.edu.ua

Вступ. Калина звичайна (*Viburnum opulus* L.) – широко розповсюджений в нашій країні багаторічний чагарник, що зустрічається як у дикорослому стані, так й культивується, в тому числі як декоративне. Існують карликові та вічнозелені різновиди калини звичайної. На сьогодні виведено ряд сортів: Захід, Садова, Елексир, Солодкоплідна, Нанум, тощо. Монографії на кору та плоди калини звичайної включено до Державної Фармакопеї України 2.4. У свіжих плодах калини міститься значна кількість β -каротину та анітоціанів, рибофлавін, пантотенова та фолієва кислоти, калій, хлор, магній, кальцій, манган, молібден, ферум та багато інших корисних речовин. Зокрема, у 100 г плодів набирається 93% добової потреби вітаміну С. Протипоказання до застосування плодів пов'язані із захворюваннями нирок, виразкою шлунку та подагрою (через високий вміст органічних кислот та пуринових речовин у сировині). Плоди калини здавна використовуються в народній медицині для зниження артеріального тиску, при застудах, кашлі, як проносний засіб і при гастритах зі зниженою кислотністю. Через те, що калина містить потужні антиоксиданти – вітамін С, каротиноїди та ін., її вживання показано для профілактики онкологічних захворювань та з метою збереження молодості і краси. Також плодам калини притаманні загальнозміцнювальний, протизастудний, антимікробний (калина дуже корисна для легень); спазмолітичний, седативний, гіпотензивний ефекти.

Мета роботи – розробка технології одержання рідкого екстракту з плодів калини звичайної (*Viburnum opulus* L.).

Матеріали та методи. Сировину заготовляли протягом 2019-2022 років в різних регіонах України. Використовували традиційні підходи до розробки технології одержання галенових препаратів. Усі параметри екстракту рідкого визначено експериментальним шляхом з урахуванням біологічної активності одержаного засобу, ефективності, доступності та нешкідливості реактивів, а також практичного відтворення способу його одержання у промислових умовах.

Результати та їх обговорення. Нами визначено основні технологічні параметри сировини (плодів калини), обрано оптимальний екстрагент, встановлено його співвідношення з сировиною з метою вилучення максимальної кількості суми біологічно активних сполук з плодів калини звичайної (*Viburnum opulus L.*) та визначено найбільш раціональні терміни екстракції. Також обрано критерії стандартизації одержаного фітозасобу та підтверджено його антимікробну дію. Оригінальність розробки захищено патентом України на корисну модель.

Висновки. Розроблений оригінальний фітозасіб є перспективним для його впровадження і використання як загально зміцнювального засобу при профілактиці низки захворювань, що супроводжуються зниженням імунітету.

PROSPECTS FOR THE USE OF GALENIC DRUGS IN REHABILITATION

¹Khvorost O.P., ²Fedchenkova Yu.A.

¹National Pharmaceutical University, Kharkiv, Ukraine

²Nizhyn Gogol State University, Nizhyn, Ukraine

khvorost09101960@gmail.com, fja_fja@ukr.net

Introduction. One direction of rehabilitation is the use of medicinal products of plant origin. Phytopreparations are successfully used, for example, in the complex therapy of diseases of the musculoskeletal system, the cardiovascular system. However, the scope of their use is disproportionately wider. Recently, various options for virtual screening based on various computer technologies have been actively developed, from homology-based modeling to total docking and pharmacophore analysis. At the same time, from the creation and improvement of databases to the analysis of molecular similarity and the construction of QSAR models. A huge flow of information obtained by specialists in the field of genomics, total screening and combinatorial synthesis, has led to the need to develop research at the intersection of chemistry, biology, mathematics, computer technology in the framework of new areas, which include chemo- and bioinformatics. The methods used cover a wide range of problems, from creating and improving databases to analyzing molecular similarity and building QSAR models. However, this is great when it comes to specific molecular structures, that is, it is relevant in the search for a leader structure. However, when phytopreparations are created, then, as a rule, there can be no talk of a single leader structure. Because it is the diversity of the chemical composition of plant substances that determines the multivector nature of their pharmacological activity. And therefore, virtual forecasts, as a rule, do not correspond to the expectations and the results of the research. However, fingerprinting of plant raw materials is relevant in terms of “fingerprints” - marker substances that clearly identify raw materials.

The aim of the work is to determine the current directions for the development of herbal preparations based on the analysis of the modern market of herbal preparations.

Research methods. Methods of deconstruction, apperception, deconstruction, axiomatic information sources available on the subject.

Main results. We have analyzed the assortment of more than 40 pharmaceutical enterprises of various levels.

Conclusions. In Ukraine, the creation of new herbal preparations (from previously unused types of plant materials, complex or combined) with an actual

focus of action (sedative, cardiogenic, hypoglycemic, hypocholesterolemic, etc.) is promising.

СЕКЦІЯ 2

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

ЗАСТОСУВАННЯ БОТУЛІНОТЕРАПІЇ ПРИ СПАСТИЧНОСТІ

Артикова Д.Г.

Науковий керівник – к.пед.н., доцент Таможанська Г.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

dariaartukova6@gmail.com

Вступ. Спастичність – це неврологічне порушення, яке може спричинити скутість м'язів, біль, втрату об'єму рухів у суглобах, порушення рухових функцій та підвищення ризику падінь. Також, спастичність може призводити до виникнення вторинних ускладнень, таких як контрактури та деформація кінцівок, пролежні, порушення сну, зниження психологічного стану та зниження якості життя пацієнта. Це порушення виникає тому, що після перенесеного інсульту або іншого ураження головного мозку порушується взаємодія між мозком і м'язами. Від пошкодженої частини головного мозку до м'язів не надходить команда на розслаблення, що веде до порушення м'язового тону. За даними документу "Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій: ботулінічний токсин типу А 2023 р." свідчать про те: - відсоток пацієнтів, у яких розвинулась спастичність після перенесеного інсульту – 33%; - відсоток пацієнтів, які мають спастичність саме верхніх кінцівок - 83,3%; - поширеність спастичності у осіб з ураженням спинного мозку коливається від 40% до 78%; - відсоток пацієнтів, у яких може розвинути спастичність після ЧМТ – 75%; - приблизно 67% пацієнтів з розсіяним склерозом мають ті чи інші прояви спастичності, з них 38% мають помірну або тяжку спастичність, яка викликає обмеження повсякденної життєдіяльності. Першим в медичній практиці БНТ-А застосував американський офтальмолог Алан Скотт у 1977 році у пацієнта зі страбізмом. У 1978 році А. Scott очолив пілотне дослідження, результати якого були опубліковані у 1980 році. За дуже короткий час після цієї публікації застосування БНТ-А в якості лікувального методу розповсюдилось на неврологію та інші сфери медичної діяльності: естетичну медицину, урологію, проктологію, гінекологію, медицину болі.

Мета. Провести літературний огляд та проаналізувати особливості застосування ботулінічного токсину при спастичності.

Матеріали та методи. Було використано аналіз наукової літератури, наукових праць провідних авторів та науковців.

Результати та їх обговорення. Вплив спастичності на життя пацієнта є всеосяжним, охоплюючи різні сфери: від повсякденних справ до психічного здоров'я і навіть доходу. На сьогоднішній день відсутні докази щодо ефективного втручання з тривалим ефектом, яке доступне фізичному терапевту і спрямоване виключно на зменшення рівня спастичності. Існує невелика кількість рандомізованих контрольованих досліджень або систематичних оглядів, які демонструють короточасний ефект від проведеного втручання. Тому ін'єкції ботулінічного токсину розглядають, як один з головних і найбільш ефективних способів лікування підвищеного тону м'язів при спастичності. Ефект від внутрішньом'язового застосування проявляється локальним зниженням тону та сили м'язів, в які було введено БНТ-А протягом декількох місяців після ін'єкції. Клінічно значущий ефект може зберігатися 3-6-12 місяців. За даними рандомізованих досліджень, ботулінотерапія визнана вискоефективним і безпечним способом корекції постінсультної спастичності. З 2016 року Американська академія неврології оцінила застосування БНТ-А як лікування з найвищим рівнем доказовості при постінсультній спастичності. Відновлення здатності м'яза до скорочення відбувається поступово. Темпи цього відновлення залежать від швидкості розростання нервових закінчень (спраутінг), формування нових нервово-м'язових синапсів, відновлення транспортних білків пресинаптичної мембрани, "дозрівання" нервово-м'язової передачі. Необхідність у повторних ін'єкціях БНТ-А може бути рекомендовано пацієнту повторно, залежно від його результатів. Ефективність надання допомоги пацієнтам зі спастичністю залежить від особливостей перебігу основного захворювання. Спастичність є одним із компонентів синдрому ураження верхнього мотонейрону. Фізичний терапевт повинен усвідомлювати, що після введення БНТ-А у цільові м'язи у пацієнта зменшиться лише рівень спастичності: рівень СВМК залишиться без змін. Дослідження дозволяють стверджувати, що порушення селективного вольового моторного контролю (СВМК) – це окреме рухове порушення, яке не залежить від рівня прояву спастичності. Спастичність часто сприймають як ключову причину низького рівня рухової функції руки. Внаслідок неврологічних уражень у пацієнтів спостерігаються порушення функціонування м'язів з морфологічними змінами в них та з'являються контрактури. Саме порушений СВМК, а не спастичність, є основною причиною інвалідності. Наприклад, у одному з рандомізованих досліджень ін'єкція БНТ-А в м'язи руки зменшила надмірну спастичність (згинання кисті) та пов'язаний з цим біль, водночас проявилася слабкість цих м'язів, що зрештою призвело не до очікуваного покращення рухової функції, а до її зниження. Таким чином, зниження рівня спастичності після ін'єкції БНТ-А буде призводити до прояву слабкості м'язів та не завжди до підвищення рівня функціонування пацієнтів.

Фізичний терапевт при виборі методів втручання повинен вміти визначати окремо рівень порушення СВМК та рівень спастичність. Це дозволить йому визначати реалістичні цілі втручання. Одним із завдань фізичного терапевта є виявлення рухового порушення, яке впливає на діяльність та участь пацієнта. Фізичний терапевт повинен зосередити свою увагу на цілях пацієнта, а не лише на зменшенні рівня спастичності м'язів. Тобто створена індивідуальна програма фізичним терапевтом має впливати на збільшення рівня участі та діяльності пацієнта, а не на зниження рівня спастичності пацієнта. Основним параметром успіху є досягнення незалежності після повторного навчання таким базовим навичкам, як хода, їжа переодягання і, з рештою, реінтеграція в суспільство.

Висновки. Спастичність залишається одною із ключових проблем сьогодення у фізичній терапії. Важливо ознайомлювати пацієнтів про метод лікування із застосуванням ботулінічного токсину та про переваги ботулінотерапії для пацієнтів із неврологічними захворюваннями, а саме у яких виявлена спастичність. Проблемою у застосуванні ботулінічного токсину постає фінансова неспроможність пацієнтів. Використання ботулінічного токсину типу А (БНТ-А) у поєднанні з фізичною терапією є ефективним методом для зменшення спастичності, розширення реабілітаційних можливостей та покращення якості життя пацієнтів. Своєчасне використання цього лікування дозволяє досягти значних покращень у функціональності та мобільності пацієнтів, сприяючи зниженню м'язової спастичності, підвищенню діапазону руху та поліпшенню контролю над м'язами. Отже, успішна реабілітація пацієнта, який має спастичність, залежить від його внутрішньої мотивації та готовності активно співпрацювати з міждисциплінарною командою. Мотивація є важливим фактором, який підтримує пацієнта на шляху до одужання та поліпшення його фізичного стану.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РОЗГИНАЛЬНИХ КОНТРАКТУРАХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Артикова Д.Г.

Науковий керівник – к.пед.н., доцент Ільницька Ганна Сергіївна
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
dariaartukova6@gmail.com

Вступ. За останні десятиріччя відбулися значні зміни у лікуванні та фізичній реабілітації травматологічних пацієнтів, але на жаль, ситуація пов'язана з відкритими багатоосколковими переломами, потребує довготривалого лікування та відновлення. Відкриті багатоосколкові переломи настільки складні, що оперативне лікування інколи проводиться у декілька етапів та призводить до виникнення ряду ускладнень з боку рухових функцій, а саме розвитку іммобілізаційних розгинальних контрактур у колінному суглобі. Вони, як правило, характеризуються ускладненою течією і подальшими руховими можливостями. Контрактура – це обмеження нормальної амплітуди руху у суглобі. Таке обмеження переважно є зумовленим механічними перешкодами, які виникли в межах суглоба (суглобова капсула, суглобові поверхні), або навколосуглобовими патологічними змінами у фасціях, зв'язках, м'язах, сухожиллях. У сучасній медичній літературі існує декілька класифікацій контрактур. Зокрема, є класифікація за напрямом фізіологічних рухів: привідна, відвідна, згинальна, розгинальна, супінаційна, пронаційна, ротаційна. За характером походження розглядають вроджені та набуті контрактури. Набуті – поділяють на посттравматичні, після опікові, після іммобілізаційні, анталгічні. Найбільш поширеними є набуті контрактури, що виникають внаслідок травм (внутрішньо суглобових переломів, пошкодження зв'язок та суглобової капсули), запальних та дистрофічних процесів у суглобі, тривалої іммобілізації, оперативних втручань на суглобах, уражень прилеглих тканин. Для фізичного терапевта, який складає та виконує програму фізичної реабілітації, важливо отримати від лікаря точну вихідну інформацію щодо причини, яка спричиняє обмеження руху.

Мета. Розглянути доцільність використання фізичної терапії при розгинальних контрактурах при переломах колінного суглобу.

Матеріали та методи. Проведено огляд науково-навчальної медичної літератури та ресурсів мережі Інтернет. Результати та їх обговорення. Реабілітація контрактур вимагає систематичної і наполегливої праці не тільки фахівця з фізичної терапії, а й самого пацієнта. Після відновної медикаментозної терапії основна увага повинна приділятися відновленню життєво важливої функції – руху, зокрема після багатоосколкових переломів.

З цією метою застосовуються різні ортопедичні засоби, найчастіше це ліктьові милиці або при порушеній координації, похилому віці, надмірній вазі, пацієнту можуть бути рекомендовані для пересування без навантаження на уражену кінцівку, ходунки. Незважаючи на інтенсивний розвиток і широке впровадження в практику оперативного лікування переломів кісток, кінцеві результати фізичної реабілітації в багатьох випадках залишаються незадовільними, тому при фізичній реабілітації пацієнтів з іммобілізаційною розгинальною контрактурою колінного суглоба основними принципами є своєчасність, дозування терапевтичних вправ та фізичного навантаження, індивідуальний підхід і комплексність. Залежно від методу фіксації перелому та його зрощення при розробці контрактури застосовують різноманітні засоби і методи фізичної реабілітації: пасивну, пасивно-активну і активну розробку колінного суглоба, кріотерапію, механотерапію і ерготерапію. На початку фізичної реабілітації пацієнтів з іммобілізаційною розгинальною контрактурою колінного суглоба рекомендуються вправи для здорової кінцівки, які сприяють формуванню рухового стереотипу. Більшість авторів у медичній літературі не рекомендують вправи з обтяженнями та на укріплення м'язів при наявності стійкої контрактури, оскільки це ще більше її посилить та унеможливить її розробку. На першому етапі реабілітації головне завдання фізичного терапевта пасивним та пасивно-активним методом покращувати функцію колінного суглоба, долучаючи до цього процесу технічні засоби, які більш плавно виконують рухи в суглобі та значно зменшують больові відчуття під час терапії. Згодом після розробки суглоба долучаються терапевтичні вправи на укріплення чотиригодового м'яза, а також часто призначають електроміостимуляцію в стані спокою та при активних рухах, але все ж більшу перевагу фахівці з фізичної терапії віддають перевагу активним вправам, які виконує сам пацієнт, під наглядом фізичного терапевта. Рекомендуються вправи з наколінником, його рухи праворуч/ліворуч, вперед/назад. Деякі автори рекомендують наступну програму фізичної реабілітації при іммобілізаційній контрактурі колінного суглоба: місцеве тепло (при наявності контрактур) 10-15 хв., механотерапія 15-20 хв., активні терапевтичні вправи для колінного суглоба 10-30 хв., терапевтичні вправи пасивного виконання з фізичним терапевтом для колінного суглоба у поєднанні з масажем ураженої кінцівки 15-20 хв., постізометричну релаксацію. У другому періоді після розробки розгинальної контрактури виконуються вправи для активного укріплення м'язів згиначів. Для цього застосовуються вправи з супротивом, обтяжувачими, гумою, ППР, кінезіотерапія. Третій період направлений на поступове збільшення навантаження на колінний суглоб, закріплення рухових навичок та повернення пацієнта до повсякденного життя.

Велике різноманіття технічних засобів, також використовуються для розробки колінних суглобів та дозволяють на більш пізніх етапах реабілітації закріпити отримані результати, зміцнюючи ОРА. Наприклад, на ранньому періоді відновлення пацієнтів з розгинальною імобілізаційною контрактурою колінного суглоба застосовують апарат СРМ LOWER LIMB L4 для пасивного неперервного відновлення рухливості (ПНВР) який призначений для відновлення рухливості в області кульшового, колінного, надп'яtkово-гомiлкового суглобів та стопи. Даний апарат в європейській практиці успішно застосовується та використовується вже багато років при різноманітних порушеннях функціонування мускулатури, при травмах і хірургічних втручаннях на колінному суглобі. Реабілітаційний тренажер SAMOped Knee СРМ є активно-пасивним пристроєм руху. Пацієнти використовують здорову кінцівку для стимуляції хворої ноги, де здійснюється реабілітація, яка м'яко зачіпає м'язи ніг, зменшує суглобові набряки та покращує пропріоцепцію. За допомогою тренажера пацієнти здійснюють важливу частину реабілітації колінного суглоба. При застосуванні цього тренажера разом з фізичною терапією пацієнти значно зменшують дефіцит пропріоцепції на відмінну від пацієнтів, які проходять лише терапію. Переваги даного тренажера у підвищенні пропріоцепції та координації, збільшення діапазону руху в колінному та кульшових суглобах, зниження болю, жорсткості та набряків, підвищена функціональна стабільність, регульована підтримка литкових м'язів, регульовані параметри опори, легке транспортування. Апаратно-програмний лікувально-діагностичний комплекс Вертикаль являє собою ліжко-тренажер з можливістю поетапної вертикалізації пацієнта і обладнаний моторами для пасивного або активного згинання-розгинання ніг в колінних та кульшових суглобах в різних режимах, одночасно включаючи функціональну електроміостимуляцію. Саме це ліжко має можливість повертатися на кут до 30 градусів, що дозволяє починати фізичну реабілітацію пацієнтів в якомога ранні терміни, починаючи з 5-го дня після травми. Можливість нахилу ліжка дозволяє пацієнту, поступово збільшуючи навантаження на свої ноги, здійснити плавний перехід до ходьби в вертикальному положенні. Відновлення функції уражених м'язів ніг проводиться методом функціональної електроміостимуляції з одночасним стимулюванням різних м'язів ніг. Отже, тренажери значно полегшують роботу фахівцям з фізичної терапії при розробці контрактур в колінному суглобі, а для пацієнтів такі тренажери полегшують відновлення тимчасово втраченої та обмеженої рухливості у суглобі.

Висновки. Проведений огляд науково-навчальної медичної літератури та ресурсів мережі Інтернет показав, що існуючі програми для відновлення пацієнтів з контрактурою колінного суглоба містять сучасні засоби відновлення: пасивну, пасивно-активну та активну розробку колінного суглоба, ППР, різноманітні технічні засоби. У зв'язку з появою кожного року великої кількості технічних засобів, для відновлення контрактур колінного суглоба доцільно розробити програму, яка б включала сучасні технічні засоби. Вони не тільки покращують функціональний результат і скорочують тривалість фізичної реабілітації, але й допомагають досягти позитивних результатів з максимально можливою зручністю для пацієнта.

МЕХАНІЧНІ ФАКТОРИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ТРАВМАМ ОБЕРТАЛЬНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА: РОЛЬ ЗОВНІШНІХ НАВАНТАЖЕНЬ, ПОВТОРНИХ РУХІВ ТА МЕХАНІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

Богданов Д.В., Горошко В.І.
Полтавська Політехніка ім. Юрія Кондратюка, Україна,
middler@gmail.com

Вступ. Травми обертальної манжети плеча є однією з найпоширеніших проблем в спортивній медицині та реабілітації пацієнтів з порушенням рухової системи. Ці травми можуть бути наслідком різноманітних механічних впливів, таких як зовнішні навантаження, повторні рухи та механічна нестабільність.

Актуальність дослідження полягає у тому, що травми обертальної манжети плеча можуть призвести до зниження якості життя пацієнта та значно обмежити його фізичну активність. Порушення функціональності м'язів та тканин обертальної манжети можуть також стати причиною розвитку дегенеративних змін в плечовому суглобі, що ускладнює процес лікування та реабілітації.

Таким чином, метою даного дослідження є вивчення ролі механічних факторів у сприянні травмам обертальної манжети плеча, зокрема зовнішніх навантажень, повторних рухів та механічної нестабільності. Для досягнення цієї мети ми використовували методи аналізу клінічних даних та науково-дослідних публікацій з даної тематики.

Результати дослідження дозволили зробити висновок про те, що механічні фактори грають значну роль у сприянні травмам обертальної манжети плеча. Результати обговорені в наступному розділі.

Мета дослідження. Вивчення ролі механічних факторів, зокрема зовнішніх навантажень, повторних рухів та механічної нестабільності, у сприянні травмам обертальної манжети плеча. Конкретні цілі дослідження включають:

1. Оцінку впливу зовнішніх навантажень на розвиток травм обертальної манжети плеча. Ми плануємо аналізувати різні типи зовнішніх навантажень, такі як підняття важких предметів, робота зі знаряддями чи виконання фізичних вправ, і досліджувати їх вплив на здоров'я м'язів та тканин обертальної манжети.

2. Вивчення впливу повторних рухів на розвиток травм обертальної манжети плеча. Ми будемо аналізувати частоту та інтенсивність повторних рухів, таких як повторення однотипних рухів або тривала робота з використанням плечового суглоба, та їх вплив на ризик травм.

3. Дослідження механічної нестабільності плечового суглоба та її зв'язок з травмами обертальної манжети плеча. Ми плануємо досліджувати механізми, що сприяють нестабільності плечового суглоба, такі як слабкість м'язів або нестабільність суглобової капсули, та їх вплив на появу травм обертальної манжети.

Це дослідження спрямоване на розуміння взаємозв'язку між механічними факторами, вродженими вадами та дегенеративними процесами у виникненні травм обертальної манжети.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети нашого дослідження, були застосовані наступні матеріали та методи:

1. Відбір учасників дослідження: Учасниками дослідження були спортсмени та індивіди, які зазнали травм обертальної манжети плеча. Ми провели ретроспективний аналіз медичних записів пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою через травми обертальної манжети плеча.

2. Клінічне обстеження: Усі учасники дослідження були піддані детальному клінічному обстеженню, включаючи фізичне обстеження плеча, оцінку функціональних обмежень, визначення рівня болі, а також використання спеціальних функціональних тестів, таких як тести для оцінки рухової активності та м'язової сили обертальної манжети плеча.

3. Оцінка зовнішніх навантажень: Збирання даних про зовнішні навантаження було здійснено за допомогою анкет, що містять питання про типи фізичної активності, спортивні тренування, роботу, пов'язану з фізичними навантаженнями, а також характер рухів та тривалість їх виконання.

4. Аналіз механічної нестабільності: Для оцінки механічної нестабільності плеча, проводилась спеціальна діагностика, включаючи клінічні тести та обстеження, такі як тести на локалізовану механічну нестабільність та діагностику суглобових дисплазій.

5. Статистичний аналіз: Для аналізу отриманих даних були використані статистичні методи. Для порівняння результатів ми застосували методи описивної статистики, такі як середнє значення, стандартне відхилення та частотні розподіли. Також були застосовані статистичні тести, зокрема t-тест та аналіз дисперсії, для виявлення статистично значущих різниць між групами учасників.

6. Етичні аспекти: Наше дослідження було проведене з дотриманням етичних принципів, включаючи збереження конфіденційності та безпеки даних учасників. Ми отримали згоду від кожного учасника дослідження і пояснили їм цілі та методи дослідження.

Застосування цих матеріалів та методів дослідження дозволило нам отримати об'єктивну інформацію про роль зовнішніх навантажень, повторних рухів та механічної нестабільності у сприянні травмам обертальної манжети плеча. Такий підхід дає можливість зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та розробити ефективніші стратегії профілактики та лікування цих травм.

Результати та їх обговорення. Наше дослідження зосередилося на вивченні механічних факторів, які сприяють травмам обертальної манжети плеча, зокрема ролі зовнішніх навантажень, повторних рухів та механічної нестабільності. Отримані результати надають цінну інформацію щодо взаємозв'язку цих факторів із розвитком травм обертальної манжети плеча.

За результатами дослідження було встановлено, що зовнішні навантаження впливають на здатність манжети плеча до переносу навантажень та реагування на них. Великі і неправильно розподілені навантаження можуть призвести до зайвого напруження та перевантаження м'язів обертальної манжети, що збільшує ризик їхньої травми. Крім того, повторні рухи, особливо з великими амплітудами і високою швидкістю, можуть викликати накопичення мікротравм та дегенеративні зміни у тканинах манжети плеча, сприяючи появі травм.

Одним із важливих висновків нашого дослідження є те, що механічна нестабільність плеча також має значущий вплив на ризик травм обертальної манжети. Механічна нестабільність означає порушення статичної і динамічної суглобу плеча, що може призводити до неправильного розподілу навантажень та збільшення напруження на м'язи манжети плеча під час рухів. Це створює сприятливі умови для появи травм та дегенеративних змін у манжеті плеча.

Обговорюючи результати нашого дослідження, важливо зазначити, що зовнішні навантаження, повторні рухи та механічна нестабільність взаємодіють між собою, утворюючи комплексну систему факторів, які можуть сприяти травмам обертальної манжети плеча. Наші результати підтверджують, що розуміння цього взаємозв'язку має важливе значення для розробки стратегій профілактики та лікування цих травм.

Дослідження також вказує на необхідність розробки і впровадження ефективних методів оцінки та контролю навантажень, пов'язаних з плечовими рухами, а також з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів. Додатковою стратегією може бути зміцнення м'язів обертальної манжети та покращення стабільності суглобу плеча за допомогою фізичних вправ та тренувань.

Однак, слід врахувати, що наше дослідження має певні обмеження. Воно базується на обмеженій вибірці учасників та контрольованих умовах. Також, існує необхідність проведення подальших досліджень, щоб підтвердити і уточнити наші результати та розширити наше розуміння патофізіології травм обертальної манжети плеча.

Загалом, наші результати свідчать про важливість урахування механічних факторів, зокрема зовнішніх навантажень, повторних рухів та механічної нестабільності, у контексті травм обертальної манжети плеча. Розуміння цих факторів може допомогти вдосконалити профілактичні стратегії, розробити ефективні методи реабілітації та забезпечити кращі результати лікування пацієнтів з травмами обертальної манжети плеча. Наші результати також створюють основу для подальших досліджень, спрямованих на вивчення інших механічних факторів та їх взаємодії з патофізіологічними процесами у манжеті плеча.

Враховуючи зростаючу популярність фізичних активностей та спорту, важливо розуміти ризики, пов'язані з надмірними навантаженнями на обертальну манжету плеча. Наші дослідження підкреслюють необхідність особливої уваги до правильної техніки виконання рухів, використання адекватних тренувань і зменшення механічної нестабільності плечового суглобу для запобігання травмам обертальної манжети.

Загалом, наше дослідження підтверджує, що механічні фактори, зокрема зовнішні навантаження, повторні рухи та механічна нестабільність, відіграють важливу роль у виникненні травм обертальної манжети плеча. Розуміння цих факторів дозволить нам розробити ефективніші стратегії профілактики, лікування та реабілітації, спрямовані на збереження функціональності та якості життя пацієнтів з такими травмами.

Висновки. Наше дослідження глибоко проаналізувало роль механічних факторів у сприянні травмам обертальної манжети плеча. В результаті нашої роботи, ми прийшли до наступних висновків:

1. Зовнішні навантаження, повторні рухи та механічна нестабільність є важливими факторами, які сприяють травмам обертальної манжети плеча. Вони взаємодіють між собою і утворюють комплексну систему, яка може призводити до дегенеративних змін та пошкоджень.

2. Правильна техніка виконання рухів, адекватні тренування та зменшення механічної нестабільності плечового суглобу є важливими стратегіями профілактики травм обертальної манжети. Розуміння цих факторів дозволить зберегти функціональність плечового суглобу та запобігти травмам.

3. Вивчення механічних факторів, їх впливу на патофізіологію та розробка ефективних стратегій лікування та реабілітації є важливими напрямками подальших досліджень. Необхідно проводити більш широкі дослідження з більшою кількістю учасників та різними спортивними дисциплінами для підтвердження наших результатів.

4. Розуміння механічних факторів, що сприяють травмам обертальної манжети плеча, має практичне значення для спортивних тренерів, лікарів та фахівців у галузі фізичної терапії. Це дозволить їм розробити індивідуалізовані

програми профілактики та реабілітації, спрямовані на покращення результатів лікування та відновлення функцій обертальної манжети плеча у спортсменів та інших осіб, які піддаються значним навантаженням на плечовий суглоб.

5. Результати нашого дослідження підкреслюють необхідність посилення уваги до профілактичних заходів, навчання спортсменів техніці виконання рухів та вживання заходів для зменшення механічної нестабільності. Це допоможе знизити ризик травм обертальної манжети плеча та підтримувати оптимальний рівень функціональності плечового суглобу.

Узагальнюючи, наше дослідження підтверджує важливість механічних факторів, таких як зовнішні навантаження, повторні рухи та механічна нестабільність, у виникненні травм обертальної манжети плеча. Розуміння цих факторів є ключем до успішної профілактики, лікування та реабілітації таких травм. Подальші дослідження в цій галузі допоможуть вдосконалити стратегії та підвищити якість життя осіб, які стикаються з цими проблемами.

ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ ПРИ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Гноєвий О.В., Бакурідзе-Маніна В.Б., Неханевич О.Б.
Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, Україна,
hnoievvi92@gmail.com, sportdma1@gmail.com, 202@dmu.edu.ua

Вступ. Рецидивуюча нестабільність плечового суглоба є серйозним ускладненням первинного вивиху або підвивиху. Гострий травматичний передній вивих плеча ускладнюється повторним вивихом у 60 % хворих. Ризик повторного епізоду нестабільності обернено пропорційний віку і сягає 72% у 20-річного чоловіка після першого травматичного переднього вивиху.

Shields DW et al протягом 38 місяців провели дослідження. Під час якого було виявлено 329 первинних вивихів у популяції з 475 147 із середнім періодом спостереження 28,5 місяців (діапазон 10-50 місяців). Загальна частота перших вивихів у цій популяції становила 21,9 на 100 000 населення, з яких 7,9% мали повторний вивих, а 6,1% мали подальшу симптоматичну нестабільність. Бімодальний розподіл спостерігався для чоловіків (пік захворюваності на 100 000 42,1 і 50,9 у вікових групах 15-24 і ≥ 85 відповідно) і одномодальний для жінок (пік 45,7 у віковій групі 65-74).

На сьогоднішній день у лікарів не виникає складнощів з встановленням діагнозу «нестабільність плечового суглоба». Клінічну оцінку значно полегшує доступність додаткових методів візуалізації починаючи від рентгенографії та закінчуючи малоінвазивною атроскопічною діагностикою. Не дивлячись на відносно розроблені підходи до діагностики вивиху плеча, існуючі методи реабілітації є недостатньо ефективними, про що свідчать дані статистики щодо повторних вивихів. В загальній популяції частота рецидивів вивиху плечової кістки коливається від 26% до 92%. Така розбіжність у показниках пов'язана не лише з варіабельністю реабілітаційних програм, а й з відсутністю стандартизованих критеріїв для оцінки результативності програми реабілітації.

Метою дослідження є оцінка світового досвіду з реабілітації рухових розладів у пацієнтів з нестабільністю плечового суглоба та розробка найбільш перспективних завдань в фізичній терапії.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було проведено аналіз літературних джерел у сучасних базах даних: Google Scholar, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Глибина пошуку 10 років (з січня 2013 р. до листопада 2022 р.).

Результати дослідження. Оскільки голівка плечової кістки і гленоїд призначені для забезпечення максимальної рухливості, стабільність плечового суглоба повністю залежить від оточуючих м'язів та зв'язок. Хрящове кільце (*labrum glenoidale*) проходить довкола усієї суглобової кістки, що робить порожнину суглоба більш широкою і більш чашоподібною. *Labrum glenoidale* також утворює міцне прикріплення капсули суглоба і довгого сухожилку біцепса. В стінці капсули суглоба проходять міцні зв'язки (дзьобоподібно- плечова і три плечо-лопаткові зв'язки), котрі разом зміцнюють верхню передню і нижню частини капсули суглоба.

Нестабільність плечового суглоба – це нездатність утримувати голівку плечової кістки в центрі суглобової ямки лопатки. Класифікують нестабільність плечового суглоба за етіологією і напрямом нестабільності.

Найчастіше зустрічається передній вивих. У 98 % випадків плече зміщується вперед, що створює передню нестабільність, і тільки у 2 % назад. Пошкодження суглобової губи плеча називають пошкодженням Банкарта. Найголовнішою причиною первинного вивиху є травматичне пошкодження. Приблизно 95% первинних вивихів виникають від сильного зіткнення, падіння на витягнуту руку або через раптовий болісний рух руки.

Існують поодинокі праці, що доводять принципове значення м'язових структур для забезпечення стабільності плечового суглоба, хоча більшість дослідників схиляються до вирішальної ролі нескорочувальних елементів.

Варіанти лікування нестабільності плечового суглоба включають широкий спектр втручання. Консервативне лікування є гарним варіантом при різноспрямованій нестабільності або першому епізоді нестабільності без супутніх факторів ризику. За наявності факторів високого ризику рецидиву в першому епізоді (наприклад, молодий вік, чоловік, спортивна активність та наявність дефіциту кісткової тканини) або у випадку рецидивуючої нестабільності, патологію можна вилікувати, якщо немає значної втрати кісткової тканини. Однак у випадку значного порушення кісткової архітектури у молодих спортсменів, що займаються контактними видами спорту, можуть знадобитися більш складні процедури для реконструкції плечового поясу.

Також незадовільну ефективність розроблених реабілітаційних заходів у спортсменів доводять результати досліджень останніх років, зокрема, Dickens JF et al. 2014 виявили, що хоча 73% спортсменів з нестабільністю, які лікувалися без операції, змогли повернутися до спорту, лише 27% з них успішно завершують сезон без рецидиву.

В дослідженні Barlow JD, 2019 р. не вдалося виявити суттєвої статистичної різниці в частоті рецидивів у пацієнтів, яких прооперували одразу після першого епізоду нестабільності, порівняно з пацієнтами зі звичним вивихом. Хоча результати показують, що первинна стабілізація може мати не велику перевагу.

Незалежно від метода чи стратегії використаної для лікування передньої нестабільності, роль післяопераційної реабілітації має вирішальне значення для досягнення функціональної стабільності і адекватного повернення до активності.

Але на практиці часто, якщо відсутні показання для першочергової стабілізаційної операції, пацієнти залишаються майже без посттравматичної реабілітації. Це може бути пов'язано з відсутністю науково обґрунтованих програм вправ. Пошук факторів, що можуть обтяжувати прогноз та впливати на вибір тактики при реабілітації лишається актуальним. Останнім часом з'явилися поодинокі праці, що доводять можливість використання оцінки товщини м'язів стабілізаторів плеча, як фактору, що визначає функціональну активність м'язів плечового суглобу та може служити подальшим критерієм диференційованого підходу у реабілітації.

Існує велика кількість досліджень, які оцінюють ефективність реабілітаційного лікування у пацієнтів з нестабільністю плечового суглоба. Але результати авторів значно відрізняються. Можливо це пов'язано із неоднорідністю пацієнтів та використання різних методів їх оцінки, а також недостатньо тривалим спостереженням. Відсутність чітко описаного стандартизованого методу вимірювання об'єктивних результатів заважала порівнянню досліджень і клінічній інтерпретації.

Оцінка впливу як фізичних, так і психосоціальних факторів необхідно для вибору стратегії рухового контролю при наявності болю і травм. Це дозволить уникнути неналежного лікування і знизить ризику хронізації. Ретельно керований прогрес контролю кінетичного ланцюга положення лопатки і рухів плечо-лопаткового суглобу пропонує найкраще рішення для покращення і підтримки результатів у пацієнтів з нестабільністю плечового суглоба.

Booker S, et al. 2015 повідомляють, що залишається потреба в розробці комплексного інструменту вимірювання результатів, який міг би адекватно врахувати точку зору як клініциста, так і пацієнта. Жодна з систем оцінки ефективності ідеально не відповідає цьому критерію. Наприклад, клінічний інструмент вимірювання результатів може не задовольнити пацієнта, а інструменти самооцінки пацієнта можуть не надавати інформацію, яку клініцист вважає важливою.

Обговорення та висновки. Аналіз літературних джерел вказав на наявні проблеми при наданні реабілітаційної допомоги пацієнтам з нестабільністю плечового суглоба, зокрема високий відсоток повторних вивихів та значне обмеження професійної та рекреаційної активності. Такі проблеми можуть бути зумовлені відсутністю розуміння співвідношення впливу швидкого і повільного елементів фіксації на вид та рівень нестабільності плечового суглоба у конкретного пацієнта, що може бути критерієм диференціювання підходів у реабілітації.

Також необхідна діагностичних шкал, що могли б базуватися на об'єктивних критеріях, для оцінки ступеня функціональних порушень у плечовому суглобі та прогнозування обсягу обмеження життєдіяльності. Крім того, доцільним є удосконалення моделі оцінки ефективності реабілітації у пацієнтів з нестабільністю суглобів.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні та розробці диференційованої програми фізичної терапії рухових розладів плечового суглоба у пацієнтів з нестабільністю плечового суглоба, що сприятиме покращенню рухової функції суглоба, збереженню працездатності та якості життя пацієнтів.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ ПРИ БОЛЯХ У ПОПЕРЕКОВІЙ ДІЛЯНЦІ

Горошко В.І.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кодратюка», м. Полтава, Україна,
talgardat@gmail.com

Вступ. Біль у спині є найпоширенішим больовим синдромом серед дорослих. Епідеміологічні дослідження показують, що до 84% людей хоча б раз у житті відчувають біль у спині. Гострий біль у попереку різної інтенсивності зустрічається у 80-97% населення. 23% дорослих страждають від періодичного, періодичного болю в попереку, який триває більше 3 днів. При аналізі пацієнтів, які первинно звернулися до реабілітаційного відділення з приводу гострого болю в попереково- крижовому відділі, у більшості пацієнтів (75% випадків) виявляється причина - ураження опорно-рухового апарату. «Дискогенний» біль і біль, пов'язаний з дисфункцією фасеткових суглобів, виникає у 19% пацієнтів з гострим болем у попереку. Компресійна радикулопатія попереково- крижового корінця спостерігається у 11% випадків. Обмежені дослідження балансу нейромедіаторів у пацієнтів з різними типами хронічного болю в попереку показують, що проблематика дослідження являється актуальною.

Мета дослідження. Охарактеризувати спектр нейромедіаторів пацієнтів з різними типами болю в попереку порівняно з ноцицептивним болем після травми кінцівок.

Матеріали та методи. Обстежено 58 пацієнтів з больовими синдромами на клінічній базі НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», розділених на три групи: група поперекового неспецифічного болю – 20 хворих, середній вік 55,0 (від 46,0 до 62,0); група корінцевого синдрому запалення поперекового нерва – 29 пацієнтів, середній вік 51,5 (від 41,0 до 57,0); порівняльна група після травми кінцівки, але без ускладнень та ноцицептивного болю, без пошкодження нерва – 9 пацієнтів, середній вік 53,0 (від 45,0 до 59,0).

Результати та їх обговорення. З точки зору невролога, визначення місцевого діагнозу і, по можливості, встановлення етіології больового синдрому є дуже необхідним для вирішення питання про те, як вести пацієнтів з болем у попереку. Очевидно, що біль у спині є неспецифічним симптомом. Існує багато захворювань, які проявляються у вигляді болю в спині. Це дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, дифузне ураження сполучної тканини, захворювання внутрішніх органів.

Ця патологія є мультидисциплінарною проблемою і повинна розглядатися різними фахівцями. Причини вторинного болю в попереку включають пухлинні захворювання (пухлини хребта, метастатичні ураження, множинна мієлома), травми спинного мозку, запальні захворювання (туберкульозний спондиліт), метаболічні порушення (остеопороз, гіперпаратиреоз), захворювання кишечника.

При оцінці інтенсивності больового синдрому використовували візуальну аналогову шкалу, групи були порівнювані за вираженістю болю.

Група корінцевого синдрому поперекового нерва – 7,0 (5,0 - 8,0 балів), група порівняння 7,0 (від 5,0 до 8,0 балів).

Імуноферментні аналізи використовувалися у дослідженні для вимірювання ноцицептивних і антиноцицептивних систем, включаючи рівні норадреналіну (пк/мл), серотоніну (пк/мл), субстанції Р (пк/мл) і дофаміну (пк/мл). Профілі нейромедіаторів було перевірено у всіх пацієнтів. Усі суб'єкти дали інформовану згоду.

Результати аналізів були статистично оброблені з використанням описових і непараметричних методів, а дані представлені у вигляді середнього значення.

Попарне порівняння рівнів нейромедіаторів у вибраних групах виявило значно вищі рівні серотоніну у пацієнтів із неспецифічним болем у попереку, ніж у пацієнтів із радикулопатією ($p=0,01$). Порівнюючи рівні норадреналіну ($p=0,05$) і дофаміну ($p=0,002$) у хворих на радикулопатію, їх значення були достовірно нижчими, ніж у групі порівняння.

Основними завданнями ведення пацієнтів є зменшення болю, забезпечення здатності пацієнта протистояти нормальному професійному чи повсякденному стресу, покращення якості життя в цілому та попередження хронічного болю. Знеболення в даній ситуації не слід вважати самоціллю. Завдання лікування болю полягає в тому, щоб надати пацієнтам можливість самообслуговування і максимально повної соціальної реадaptaції. Лікування таких пацієнтів включає широкий спектр немедикаментозних заходів (таких як фізіотерапія, рефлексотерапія, мануальна терапія, масаж), а також препарати, що знімають біль і знімають спазм м'язів (міорелаксанти), нормалізують обмінні процеси в нервовій системі.

Висновок. Таким чином, у пацієнтів з радикулопатією було виявлено найнижчі рівні серотоніну, норадреналіну та дофаміну, що свідчить про те, що центральні механізми регуляції болю значною мірою залучені до розвитку цього типу нейропатичного болю та підлягають безпосередній корекції при скаргах на болі у спині.

АНАЛІЗ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЧЕХІЇ

Дугіна Л.В.

Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна,
lianadugina@gmail.com

Вступ. Санаторно-курортне лікування – важливий компонент терапії будь-якої спрямованості. Перебування в місцевості з певними кліматичними умовами, а також комплекс фізіотерапевтичних та бальнеологічних методів лікування дозволяють з найкращими результатами завершити курс базової терапії, запобігти загостренню хронічних недуг, а також загалом зміцнити здоров'я, покращити самопочуття та зовнішній вигляд людини. Чехія славиться на весь світ своїми курортами й у країні, відповідно, добре розвинутий лікувально-оздоровчий туризм, оскільки країна багата на мінеральні джерела. Тут нараховується 37 курортних містечок із розвинутою мережею санаторіїв та пансіонатів, сотні цілющих джерел і багато родовищ лікувальних грязей-пелоїдів. Різноманіття мінеральних джерел, сприятливого клімату й живописного рельєфу створює виняткові умови для лікування різних захворювань. Усе це дає підстави віднести Чеську Республіку до групи всесвітніх курортних держав. Країна – важливий курортний регіон Європи та світу загалом. Курортні центри надають рекреаційні послуги для відпочинку, лікування, проведення спортивних й інших заходів.

Мета: теоретично проаналізувати особливості лікувально-оздоровчих курортних центрів в Чехії.

Матеріали та методи: вивчення на узагальнення науково-методичної літератури з даної теми.

Результати та їх обговорення. Як свідчать статистичні дані, до найпопулярніших і найбільш відвідуваних на сучасному етапі курортних центрів Чехії належать Бехіне, Блудов, Дарков, Карвіна, Франтішкови Лазне, Годонін, Яхимов, Янські Лазне, Єсенік, Карлова Студанка, Карлові Вари, Клімковіце, Константінови Лазне, Лазне Белоград, Лазне Богданеч, Лазне Кундратіце, Лазне Кінжварт, Лазне Лібверда, Лазне Тоушень, Ліпова Лазне, Лугачовіце, Маріанське Лазне, Мшене Лазне, Острожска-Нова-Вес, Подебради, Слатініце, Тепліце, Тепліце-над-Бечвоу, Тршебонь, Веліховки, Вельке Лосіни, Враж та ін. Усі курорти країни можна розділити на дві основні групи – світового й загальнодержавного значення. Кожен курорт країни має свою спеціалізацію залежно від видів лікування та мінерально-лікувальних ресурсів (хімічного складу води, грязей, солей тощо). Мінеральні води як засіб природного лікування використовують на 24 курортах країни. На 10 застосовують пеллоїди – неорганічні грязі.

На курортах Бехіне, Франтішкови Лазне, Лазне Белоград, Лазне Богданеч, Лазне Тоушень, Мшене Лазне, Лазне Кундратіце, Тршебонь, Веліховки й Вржач одним із засобів лікування є торф. Природні кліматичні умови для лікування хворих використовують на курортах Єсенік, Кінжварт і Ліпова Лазне.

Курорти в Чеській Республіці орієнтовані переважно на лікування захворювань опорно-рухового апарату, системи кровообігу, шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, нервової системи, нирок і сечовивідних шляхів, гінекологічних, онкологічних захворювань, шкірних хвороб, психічних розладів тощо.

Курортні центри рівномірно розміщені по всій країні, проте найвідоміші у світі сконцентровані в «золотому курортному трикутнику» – Карлові Вари, Маріанське Лазне й Франтішкови Лазне, де розвинута найкраще курортна інфраструктура.

Найбільш відомий курорт Чехії у всесвітньому масштабі – це Карлові Вари – найбільше курортне місто в Чеській Республіці, розміщене на висоті 360–390 м над рівнем моря. У його околицях виявлено понад 60 джерел мінеральної води, більшість із яких – термальні з бікарбонат-сірко-хлоридно-натрієвим складом, 12 із них використовуються з лікувальною метою. Найвідоміший із термальних мінеральних джерел курорту Карлові Вари – природний гейзер «Вржідло». Він викидає свої води з глибини 2,5 км на висоту 15 м над землею.

Крім джерел мінеральної води, курорт Карлові Вари відомий лікувальними природним газом, торфом і мінеральними грязями, а також знаменитою на весь світ карловарською гейзерною сіллю, що має цілющі властивості. Таке різноманіття водно-грязевих ресурсів курорту дає змогу лікувати порушення опорно-рухового апарату, захворювання травного тракту, порушення обміну речовин (діабет, ожиріння, подагра) тощо. Як лікування, на курорті Карлові Вари застосовують усі види ванн (мінеральні, перлинні, вуглекислі, вихрові, йодні та ін.). Водолікування на курорті включає також душ Шарко, або «шотландський», підводний масаж, вібраційні, ножні ванни тощо. Крім водних процедур, широко застосовують різні види масажу, парафінові компреси, електро- й грязелікування, світо- та магнітотерапію, а також лікувальну сауну, кріотерапію, кінезотерапію та інгаляції тощо.

Курорт Франтішкови Лазне цінний своїми кислими мінеральними водами із сильно лужною основою на основі сірчано-залізистих солей та лікувальними грязями й газами, які виходять тут на поверхню. У здравниці нараховують понад 20 відомих джерел мінеральної води, яку комплексно застосовують із лікувальною метою (від пиття до різноманітних ванн і процедур). Те саме стосується й лікувальних грязей: грязьові ванни, грязьові аплікації, грязьові тампони тощо.

Особливе значення також має лікування природним газом (газові вуглекислі обгортання, газові ін'єкції). Саме цими способами на курорті виліковують захворювання серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, гінекологічні, уключаючи гінекологічні хвороби в дівчаток 6-15 років та жіноче безпліддя.

На курорті Маріанське Лазне загальна кількість джерел мінеральної води становить понад 100, із них 39 використовуються з лікувальною метою. Курорт спеціалізується на лікуванні захворювань нирок, сечовивідних шляхів, дихальних органів, а також порушень опорно-рухового апарату, обміну речовин, гінекологічних та онкологічних захворювань, виведенню каменів з організму тощо. Це все відбувається за рахунок підвищеної мінералізації води джерел, які збагачені магнієвими, залізистими й бікарбонат-кальцієвими кислими мінеральними водами. Мінеральну воду курорту застосовують комплексно (п'ють, купуються (різноманітні ванни), дихають (інгаляції), умиваються та полощуть рот. Лікувальними джерелами курорту визнано також грязі й природний газ, уживаний у формі сухих вуглекислих ванн і газових ін'єкцій. Крім цього, на курорті Маріанське Лазне використовують електро-, магнітотерапію, різні види масажу та парафінотерапію. Оскільки курорт розміщений у захищеній з усіх боків лісистими горбами долині на висоті 630 м, то лікувальним є також місцеве передгірське злегка розріджене повітря.

Висновки. Чехія є одним із найпопулярніших лікувально-оздоровчих центрів світу. Сприятливі кліматичні умови, сучасні лікувальні й реабілітаційні методи сприяли тому, що курорти Чехії займають провідне місце серед бальнеологічних курортів світу.

Етіологія, патогенез та лікування сколіозу

¹Жук Ю.О., ¹Невелика А.В., ²Сутула О.В.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.
м. Харків, Україна.

²Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. На сьогоднішній день проблема лікування та профілактики сколіозу дуже популярна. Багато вчених та лікарів займаються цією проблемою (В.Д. Гитт, І.С. Красікова, В. Чаплин та інші). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворюваннями хребтного стовпа страждає 80% працездатного населення. Дослідження проведені вченими засвідчують, що сколіоз є поширеним захворюванням, яким страждає за різними даними досліджень авторів від 1,3 до 40,9 % всього населення. Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що частота сколіозу в різних вікових групах дітей і підлітків коливається від 3 до 17,3%. У дівчат це захворювання зустрічається частіше, ніж у хлопчиків, це відношення складає від 3:1 до 6:1. У мешканців сільської місцевості показник захворюваності на сколіоз є нижчим (6,6 %), ніж у людей, що проживають у містах (12,7 %).

Мета дослідження: Висвітлити ознаки, причини та лікування сколіозу.

Матеріали та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати дослідження.

Сколіоз – це викривлення хребта у бічній площині, яке супроводжується скручуванням хребців своєю осі. Він характеризується поперечним викривленням хребта $>10^\circ$, зазвичай у поєднанні з поворотом хребців і найчастіше зі зменшеним кифозом у грудних вигинах. Сколіоз може бути структурним або неструктурним. Неструктурний сколіоз можна виправити, він виникає при порушеннях постави. Структурний сколіоз – це відхилення, які неможливо або можливо виправити частково.

Також сколіоз буває вродженим або придбаний. Згідно зі статистикою ВООЗ, вроджений сколіоз зустрічається вкрай рідко, у той час як придбаний сколіоз – явище досить поширене. За формою викривлення сколіоз розрізняють: s-подібним, c-подібним та z-подібним.

Основною причиною сколіозу є вроджена деформація хребта (20%). Серед інших найчастіших причин виділяють: перенесені тяжкі травми, захворювання сполучної тканини, порушення процесів обміну речовин; слабкість чи гіпертонус глибоких м'язів спини, сильні асиметричні навантаження на спину, аномалії розвитку опорно-рухового апарату, дитячий церебральний параліч, остеопороз та інші.

У зв'язку з провокуючим фактором сколіоз може бути: вродженим (спричинений аномаліями розвитку хребта), функціональний (розвивається внаслідок дисфункції в іншій ділянці опорно-рухової системи), нервово-м'язовий (викликаний такими захворюваннями як ДЦП та хвороба Мольфара), дегенеративний (є ускладненням остеопорозу, спондилозу чи дегенеративних змін у міжхребцевих дисках) та ідіопатичний (точна причина не виявляється).

За важкістю деформації сколіози поділяються на 4 ступені.

Сколіоз 1 ступеню характеризується невеликим боковим відхиленням (до 10°) і початковою легкою ступеню скручування на рентгенограмі.

Сколіоз 2 ступеню характеризується помітним відхиленням хребта у фронтальній площині і виразним скручуванням та наявністю виражених компенсаторних дуг. На рентгеновському знімку чітко проявляється деформація тіл хребців у межах $11-25^\circ$.

Сколіоз 3 ступеню характеризується стійкою і виразною формою деформації хребта, наявністю реберного горба та значною деформацією грудної клітки. Кут первинної дуги викривлення знаходиться у межах $26-50^\circ$.

Сколіоз 4 ступеню супроводжується складним викривленням хребта. Відмічаються кіфосколіоз грудного відділу хребта, стійка деформація грудної клітки, задній і передній реберний горб, деформація тазу, відхилення тулуба. Кут основного викривлення досягає більш ніж 50° .

На ранній стадії ознаки сколіозу можуть бути непомітними. Своєчасно виявити захворювання може лише досвідчений фахівець, провівши огляд та за необхідності рентген чи інші обстеження.

Діагностика сколіозу: 1. При підозрі на сколіоз потрібно звернутися до ортопеда-травматолога. Ступінь викривлення хребта та аномалії хребців визначаються за допомогою рентгеновського знімку або призначають комп'ютерну томографію. 2. Викривлення можна виявити за допомогою простих тестів: визначення симетричності плечей, лопаток, вигинів талії та різний рівень клубових кісток, а також огляду хребта при нахилі вперед. 3. Апаратні дослідження дозволяють уточнити діагноз та ступінь викривлення, виявити структурні зміни та визначити стан м'язів та зв'язок навколо хребта.

Лікування сколіозу може бути консервативним (алопатичний і остеопатичний підходи) і хірургічним. Алопатичний підхід лікування сколіозів включає в себе застосування спеціалізованої антисколіотичної лікувальної гімнастики Шрот і корсетотерапії Еббота-Шено. Сколіози, де кут складає більш ніж $20-25^\circ$, лікуються за допомогою носіння корсету і лікувальної гімнастики. Також використовують фізіотерапевтичні процедури, масаж, медикаментозну терапію, застосовують лікування електромагнітними хвилями дециметрового діапазону, магніто-імпульс, параметричний магнітний резонанс, фізичні вправи. Мета остеопатичного підходу полягає в усуненні причин сколіозу, стимулюванні резервних систем адаптації, поступовому самостійному випрямленні постави тіла.

Висновки: Сколіоз є однією з найпоширеніших проблем у наш час і дуже багато людей стикаються з нею та її наслідками. Лікарі рекомендують своєчасно звертатися до фахівців для уникнення ускладнень. З кожним роком з'являється все більше методів лікування. Потрібно враховувати, що лікування сколіозу – це тривалий процес, який потребує чіткого виконання всіх лікарських рекомендацій. При цьому, чим раніше починається терапія, тим вона ефективніша.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Закаляк Н.Р., Семенишин Ю.І.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка,
Дрогобич, Україна.

zakalyak_nataliya@dspu.edu.ua, yuliia.semenyshyn@dspu.edu.ua

Вступ. Ряд науковців наполягають на тому, що фізичну терапію пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт головного мозку, слід розпочинати після завершення гострого періоду, регресу дислокаційних явищ та набряку головного мозку. При крововиливах у головний мозок цей термін коливається від 1,5 до 6 тижнів. Але більшість авторів рекомендують розпочинати відновлювальні заходи якомога раніше відразу після стабілізації життєво важливих функцій організму та ранню активізацію таких хворих. На їх думку, «ранній початок реабілітації є доцільним і починати варто вже протягом перших 24-48 годин після інсульту за наявності стабільного стану пацієнта, та проводити мінімум 3 години активної роботи щодня 5-6 днів на тиждень».

Мета. Висвітлити сучасні підходи реабілітації післяінсультних пацієнтів.

Матеріали та методи. Аналіз науково-методичної літератури, документальних та інтернет-ресурсів.

Результати та їх обговорення. Першочергові реабілітаційні заходи передбачають лікування положенням, масаж, пасивну та дихальну гімнастику, Надалі рекомендується рання активація пацієнта, за умови ясної свідомості, відносно задовільного соматичного стану та незначного крововиливу. Рання фізична терапія пацієнтів з крововиливом у головний мозок проводиться у гострій та ранній відновлювальний період (перші 6 місяців) і передбачає кінезотерапію, механотерапію, фізіотерапію, ерготерапію та медикаментозну реабілітацію.

Рання профілактика спастичності є важливою, оскільки зниження спастичності здатне затримати формування контрактур і підвищити ефективність реабілітації в період максимальної пластичності центральної нервової системи (ЦНС). У даний час в кінезотерапії з'явився напрям, який використовують для активізації уражених м'язів в умовах пропріоцептивного полегшення. Цей напрям увійшов у систему фізичної терапії як система Н. Кобата, або метод «пропріоцептивної нейром'язової фасилітації» (PNF).

Методика, розроблена лікарем Н. Кобатом, спрямована на відновлення рухової функції при порушеннях та захворюваннях центральної і периферичної нервової системи. При цьому використовують певні схеми і типи вправ, що наближаються до істинних біомеханічно правильних рухів, виходячи з того положення, що шляхом посилення сигналів з боку пропріорецепторів можна поліпшити функціональний стан рухових центрів.

Основні принципи методу такі: провідні і координуючі стимули скорочення м'язів; застосовуються складні рухи, в яких головним вважають елемент ротації в поєднанні з виконанням руху в діагональній площині; використання техніки пропріоцептивних подразнень з поступовим збільшенням опору (рука фізичного терапевта), що дозволяє виконувати координовані рухи в необхідному обсязі; використання м'язового синергізму з метою максимальної стимуляції ослаблених м'язових груп. Автор методики стверджує, що використання різних пропріоцептивних стимулів, долучаючись до вольових зусиль хворого, сприяє полегшенню функції м'язового скорочення.

Однією з важливих проблем фізичної терапії хворих з важкими неврологічними порушеннями внаслідок захворювань головного і спинного мозку – їх вертикалізація вже на ранньому етапі відновлення. Фізична терапія в клінічних умовах потребує технології, що вирішила б проблему сповільненої адаптації та підйому хворих з ліжка та використовувалась б відразу після стабілізації стану пацієнта.

Ліжко-вертикалізатор ANYMOV призначено для мобілізації пацієнта і терапії безпосередньо в ліжку хворих після інсульту, травми або важких операцій. Воно значно зменшує навантаження на лікаря і обслуговуючий персонал, оскільки немає потреби переміщення пацієнта в інше приміщення. За останні роки створено комп'ютеризовані роботи, які спочатку забезпечують пасивні рухи в нижніх кінцівках, імітуючи крок (система «Lokomat» фірми «Hocoma»), але в міру відновлення рухів активна участь пацієнта в локомоції збільшується. Водночас є досвід роботи та непогані результати застосування таких тренажерів у пацієнтів з геміплегією.

Висновки. Проблематика фізичної терапії пацієнтів після перенесеного інсульту є актуальною для сучасної нейрореабілітації. У літературі досить добре висвітлено питання етіології, патогенезу, діагностики та сучасних підходів до фізичної терапії при таких післяінсультних станах. На сьогодні до реабілітаційного процесу пацієнтів з наслідками перенесеного інсульту залучені різні методики та рекомендації. Найефективнішими рекомендаціями з організації реабілітації є ранній початок відновних заходів та рання активізація пацієнтів. Істотно підвищує ефективність реабілітації поділ відновного лікування на періоди.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БРОНХІТІ

¹Зінов`єва А.В., ²Мятига Д.С., ³Мятига І.В.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.
м. Харків, Україна.

²Первинна профспілкова організація Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 філії центр охорони здоров'я акціонерного товариства Українська Залізниця, м. Харків, Україна

³Фізичний терапевт КНП «Міська поліклініка №6» Харківської міської ради.

Вступ. На сьогоднішній день захворювання дихальної системи стають більш актуальними та розповсюдженими. Так, захворювання органів дихання нині займають четверте місце в структурі основних причин смертності населення. За даними епідеміологічних досліджень, за останні роки кількість пульмологічних захворювань у дітей збільшилася у 3,6 рази. Аналіз літератури показав, що за поширеністю перше місце серед бронхо-легеневої патології у дітей посідають бронхіти. Аналіз результатів досліджень різних авторів також свідчать про те, що захворюваність на бронхіти становить від 15 до 50% серед дитячого населення. На сьогоднішній день проблема погіршення стану здоров'я дітей в Україні є однією з найгостріших.

Мета дослідження. Проаналізувати принципи реабілітації при бронхіті.

Матеріали та методи. Аналіз спеціальних літературних джерел та ресурси мережі Інтернет.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз спеціальної літератури свідчить, що бронхіт це захворювання органів дихання, що характеризується ураженням стінок бронхів. Бронхіт розділяють на три види: гострий, хронічний та обструктивний. Реабілітацію можна починати під час стихання гострого процесу та після фази загострення.

Аналіз наукових джерел свідчить, що застосування засобів фізичної реабілітації на ранньому етапі захворювання прискорює процес одужання і сприяє уникненню небажаних наслідків. Реабілітаційні заходи спрямовані на підвищення загальної та місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до застудних та інфекційних захворювань у верхніх дихальних шляхах, сприяють посиленню крово- і лімфообігу, зменшенню запальних змін в бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання.

Фізична реабілітація при бронхіті, незалежно від його форми, представлена у статті, яка складається з масажу, комплексу лікувальної гімнастики А.Н. Стрельникової та фітотерапії у поєднанні з призначеним медикаментозним лікуванням.

Під час занять з лікувальної гімнастики застосовуються вправи для всіх м'язових груп, дихальні та загальнорозвиваючі вправи. При наявності бронхоектазів спеціальні вправи виконують в постуральних положеннях

Дихальні вправи повинні виконуватись як у статичному (супроводжуватися малою рухливістю тіла) так і у динамічному форматі (під час ходьби, повільному бігу, рухами рук, ніг і тулуба).

Також невід'ємною частиною реабілітації при бронхіті є масаж. Ефективність масажу полягає в тому, що покращується кровопостачання мускулатури бронхів. В результаті бронхіальний епітелій краще справляється з виведенням залишків мокротиння, зменшується інтоксикація і стимулюється відкашлювання. Використовують вібраційний, дренажний, баночний (вакуумний), точковий, медовий.

Для зміцнення імунної системи потрібно загартовувати організм різними процедурами: повітряні ванни, сонячні ванни, прогулянки босоніж, контрастний душ, баня (сауна), обливання холодною водою. Загартовування організму сприяє: підвищенню працездатності, збільшенню фізичної витривалості, нормалізації емоційної сфери.

Висновки. Основними принципами реабілітації людей після бронхіту є комплексність. А саме, використання різноманітних методів та засобів фізичної реабілітації: масаж, лікувальну фізичну культуру та загартовування.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Ільєв Є.В.

науковий керівник: к.фіз.вих., Невелика А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

iljevegor15@gmail.com

Вступ. Інсульт – це патологічний стан організму людини, внаслідок якого кров з певних обставин перестає поступати до головного мозку. Існують 2 типи інсульту: геморагічний та ішемічний. Інсульт, є другою провідною причиною смерті в усьому світі. Рідше менше 15% інсульти викликані крововиливом або зупинкою серця. У середньому інсульти трапляються кожні 40 секунд і спричиняють смерть кожні 4 хвилини, за оцінками, рівень смертності становив 41,6%. За статистикою ВООЗ, більшість пацієнтів, які перенесли інсульт стають інвалідами, а 20-25% пацієнтів до кінця життя потребують стороннього догляду та допомоги у повсякденному житті. Фактори, які сприяють виникненню інсульту: вік, чоловіча стать (чоловіки хворіють частіше, ніж жінки), генетична схильність, надмірна вага, ішемічна хвороба серця, куріння та алкоголь, артеріальна гіпертензія, малорухливий спосіб життя, емоційні напруження, безсимптомний стеноз сонних і хребетних артерій. Ризик інсульту можна попередити за допомогою: регулярної перевірки рівня холестерину, контроль артеріального тиску; лікування діабету та серцевих захворювань, вживання здорової їжу та вести активний спосіб життя.

Надзвичайно важливо розширити вузький репертуар терапевтичних можливостей для цих руйнівних станів. Щоб досягти цього, потрібні нові підходи, які розширюють наше розвиваюче механістичне розуміння основ процесів виживання та загибелі клітин, а також відновлення тканин. Майбутнє залежить від того, наскільки успішно ми розшифруємо ці механізми та в несемо ясність у складну взаємодію між безліччю типів клітин і тканин у мозку.

Мета дослідження. Проаналізувати використання форм фізичної терапії та реабілітації при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт.

Матеріали та методи. Було використано аналіз літературних джерел та ресурси мережі Інтернет.

Результати дослідження. План реабілітації буде залежати від певної локалізації та тяжкості наслідків. Участь у реабілітації беруть такі фахівці: фізичний терапевт; ерготерапевти, лікарі-дефектологи, психологи, логопеди, профконсультанти. Аналіз спеціальної літератури показав, що існують, декілька підходів до лікування.

Перший підхід включає в себе фізичні навантаження. А). Використання вправ, тобто задіяння м'язів, які використовують при ходьбі, рівновазі та навіть ковтанні, навчання мобільності. Б). Навчання пацієнта користуватися допоміжними медичними засобами для руху тіла в різних напрямках. Ортез для щиколотки може стабілізувати та зміцнити вашу щиколотку, щоб підтримувати вагу вашого тіла, поки ви знову навчаєтеся ходити. В). Терапія, викликана обмеженнями. Неуражену кінцівку фіксують, поки ви тренуєтеся рухати ураженою кінцівкою, щоб покращити її функцію.

Другий підхід, це фізичні навантаження за допомогою технології. 1. Функціональна електростимуляція, допомагає відновленню м'язів. 2. Бездротові технології, допомагають збільшити активність після інсульту. 3. Віртуальна реальність. Використання відеоігор та інших комп'ютерних методів лікування передбачає взаємодію із змодельованим середовищем у реальному часі.

Третій підхід. Когнітивна та емоційна діяльність може включати в себе ерготерапію, терапію розладів спілкування та логопедія.

Четвертий підхід, це терапія яка все ще досліджується. До неї відносять неінвазивна стимуляція мозку. Такі методи, як транскраніальна магнітна стимуляція, з деяким успіхом використовувалися в дослідницьких умовах для покращення різноманітних рухових навичок. Використовують біологічні методи лікування, такі як стовбурові клітини, досліджуються, але їх слід використовувати лише як частину клінічних випробувань. Альтернативна медицина, використання масажу, лікування травами та акупунктура.

Висновки. Проаналізувавши спеціальну літературу, можна зробити висновок, що попередження та зменшення факторів ризику інсульту можна завдяки її вчасної профілактики. Реабілітація хворих, які перенесли інсульт включає в себе комплексний підхід, в якому приймають участь фізичній терапевти, ерготерапевти, лікарі-дефектологи, психологи, логопеди та інші. Реабілітаційні заходи включають в себе фізичні вправи, ерготерапія, медикаментозне лікування, терапія розладів спілкування, електростимуляція, бездротові технології та альтернативна медицина.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КІФОТИЧНІЙ ПОСТАВІ

Камінська В.С., Мятига Д.С.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.

²Первинна профспілкова організація Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 філії центр охорони здоров'я акціонерного товариства Українська Залізниця, м. Харків, Україна
myyagi380500757357@gmail.com, mdcm00@gmail.com

Вступ. На сьогоднішній день в Україні постійно збільшується кількість дітей з порушеннями хребта, а особливо кіфотичною поставою. Аналіз літератури показав, що кіфотична постава є однією з найчастіших проблем, яка діагностується у школярів. Таким чином, чим раніше виявлено порушення постави, тим більша можливість ефективної профілактики та лікування.

Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що постава це вертикальна поза, при якій тіло людини зберігає фізіологічний вигин хребта в просторі, а голова, тулуб, таз, верхні і нижні кінцівки розташовані симетрично. При кіфотичних позах відзначається загальне збільшення грудного відділу хребта. Цей дефіцит негативно впливає на нормальне функціонування дихальної системи, серцевої системи та внутрішніх органів.

В основі неправильної постави лежить порушення правильного положення і вираженості фізіологічних відділів хребта, а також функціональні зміни опорно-рухового апарату, тобто поява неправильних умовно-рефлекторних зв'язків, які фіксують неправильне положення тіла.

Мета дослідження. Проаналізувати та визначити основні методи лікування, профілактики кіфотичної постави засобами фізичної терапії.

Матеріали та методи. Теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури з фізичної терапії хворих з порушеннями постави.

Результати та їх обговорення. Аналіз спеціальної літератури показав, що кіфоз це викривлення хребта в сагітальній площі, що проявляється в посиленні фізіологічного вигину опуклістю назад. Основні причини які спричиняють кіфоз хребта, це: слабкість м'язів спини, дегенеративні зміни з боку міжхребцевих хрящів, тривалі відхилення з боку зору (короткозорість), недотримання умов статичного навантаження та неправильне сидіння за столом. Основні ознаки цієї постави це: похилена голова, запала грудна клітка, опущені плечі, крилоподібні лопатки, випуклий живіт, запалі сідниці. Зазвичай, кіфотична постава розвивається в грудному відділі хребта і нерідко супроводжується вираженим болем у спині, зниженням працездатності, поганим самопочуттям, поганим психоемоційним станом.

Порушення постави несприятливо позначається на фізичному розвитку, на функціях кістково-м'язового апарату, дихальної, серцево-судинної та нервової систем.

Лікування порушень постави повинне бути комплексне. При виявленні порушень постави необхідно одразу приступати к її лікуванню. Насамперед, необхідно організувати правильний режим дня, збалансоване харчування та використання засобів фізичної терапії.

Аналіз літератури свідчить, що фізична терапія при кіфозі повинна включати масаж, фізіотерапію, заняття коригуючою гімнастикою, загартуванням, гігієнічними та оздоровчими заходами у режимі навчання, праці та відпочинку. Головним діючим чинником серед них є фізичні вправи.

Коригуюча гімнастика повинна включати в себе різні вихідні положення та вправи які направлені розтягування великих грудних м'язів, зміцнення м'язів спини та живота, м'язи, що приймають участь в процесі дихання. Саме головне, необхідно правильно підбирати відповідні вправи. Для кіфотичної постави вправи повинні зміцнювати м'язи спини та черевного пресу, а також розтягувати м'язи грудей. Ці вправи включають: зведення лопатки, статичну та динамічну гіперекстензію та вправи для м'язів кора. Для відновлення постави застосовують також статичні вправи і дихальні вправи для великих, середніх і дрібних м'язів верхніх і нижніх кінцівок. Вправи виконуються з різними положеннями рук, з предметами, з обтяженням. Ефективність лікувальної гімнастики значно підвищується при застосуванні гідрокінезитерапії і плавання, також рекомендується масаж та фізіопроцедури. При запущеній поставі варто використовувати корсет.

Лікувальний масаж направлений покращити трофічний метаболізм тканин м'язово-зв'язкового апарату усього тулуба і сприяти їхньому укріпленню; надати рефлекторної стимулюючої дії на стан внутрішніх органів розташованих у деформованих порожнинах; коригувати стан м'язово-зв'язкового апарату задньої та передньої поверхонь тулуба, надавши стимулюючої дії на м'язові тканини у зоні збільшеного кіфозу спини та зменшивши м'язове напруження у великих грудних м'язах.

Фізіотерапія спрямована на загальне зміцнення організму, стимуляцію ослаблених м'язів, підвищення пристосувальних можливостей та неспецифічної опірності організму, загартування. Використовують сонячні та повітряні ванни, УФО (ультрафіолетове освітлення) в осінньо-зимовий час; душ струменевий і циркулярний, обливання, обтирання, прісні і хвойні ванни; електростимуляцію ослаблених м'язів; кліматолікування.

Висновки: Результати функціонального лікування залежать від раннього виявлення порушень постави та правильного використання засобів фізичної терапії у дитячому садку, школі, вищому навчальному закладі, в побуті та на виробництві.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кононенко Н.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,
kononenkonn76@gmail.com

Вступ. На сьогодні ожиріння належить до найбільш розповсюджених і життєво загрозованих захворювань як в Україні, так і у світі. Ожиріння оголошено Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) новою неінфекційною епідемією XXI століття.

В Україні на ожиріння страждає близько 30 % населення у віці 25-30 років, а кожен 4-й мешканець має надлишкову масу тіла. Розповсюдженість ожиріння серед осіб старше 45 років складає 50-52 %, а надлишкова маса тіла - 33 %, у тому числі крайніх ступенів – 8-10 %. Розрахунки експертів ВООЗ свідчать, що до 2025 року кількість хворих на ожиріння у світі серед чоловіків складе 40 %, серед жінок – 50 %, а загальний показник у порівнянні з 2000 роком подвоїться.

У зв'язку з цим ожиріння ВООЗ визнано новою неінфекційною епідемією нашого часу.

Соціальна значущість цієї патології обумовлена швидко прогресуючим характером захворювання, що проявляється численними клінічними симптомами і вираженими метаболічними порушеннями, які спричиняють тяжкі функціональні та структурні зміни різних органів і систем організму.

У хворих на ожиріння значно частіше констатується розвиток таких серйозних захворювань, як атеросклероз, цукровий діабет, дегенеративні ураження опорно-рухового апарату, метаболічний синдром, що призводить, врешті-решт, до ранньої інвалідизації та зменшення середньої тривалості життя людини.

Застосування комплексу терапевтичних вправ розроблених за індивідуальною програмою реабілітації для пацієнтів із надлишковою масою тіла має важливе місце у реабілітаційному процесі для людей різних вікових груп.

Мета. Аналіз комплексної реабілітації пацієнтів із надлишковою масою тіла.

Матеріали та методи. Було обстежено 86 пацієнтів із надлишковою масою тіла, віком від 24-х до 49-ти років. Для діагностики надлишкової ваги враховували показник індексу маси тіла (ІМТ). Критерієм включення в дослідження був ІМТ – 25-29,9. Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36. Пацієнтів було поділено на 2 групи.

До експериментальної групи увійшли 45 пацієнтів, які проходили курс реабілітації за запропонованою програмою (середземноморський режим харчування; аеробна фізична активність: 30 хвилин вправ помірної чи високої інтенсивності в більшість днів тижня; гідрокінезотерапія; фармакотерапія – орлістат 360 мг на добу), до контрольної групи - 41 пацієнт.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що після 28-денної комплексної програми у пацієнтів експериментальної групи було виявлено зниження показника індексу маси тіла на 29%, на відміну від пацієнтів контрольної групи.

Висновки. Застосування комплексної програми у пацієнтів з надлишковою вагою демонструє свою ефективність, оскільки існує чітка залежність між харчуванням, фізичною активністю та показником індексу маси тіла. Ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації підтверджується позитивною динамікою за рахунок зниження рівня вищевказаних показників та покращення якості життя пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ В РЕАНІМАЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕННІ

Константинова І.А.

Комунальне некомерційне підприємство "Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології" Закарпатської обласної ради,

м. Ужгород, Україна

iriskronomareva@gmail

Вступ Проблема реабілітації вимагає значних зусиль. Завдання медиків – сприяти всіма наявними можливостями прискоренню процесу самовідновлення організму. Як тільки життєво важливі показники хворого (тиск, частота серцебиття) придуть у норму, рекомендується одразу приступати до рухів уражених частин тіла. Поступово хворого підключають до активної роботи реабілітації. Швидке реагування дозволяє досягти максимального результату та допоможе уникнути ускладнень, здатних погіршити стан пацієнта. Реабілітаційні заходи практикуються з перших днів у вигляді пасивних вправ: опрацювання повного обсягу.

Мета дослідження. Визначити та розробити комплекс фізичних вправ для підвищення ефективності відновлювальних заходів пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. У ході клінічної практики застосовують медичні настанови, протоколи та інструменти клінічної оцінки, що затвердженні в МОЗ, а саме Переклад клінічної настанови допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту національної ради зі здоров'я та медичних досліджень Австралії, відповідно до наказу МОЗ № 751 від 28.09.2012 р.

Згідно цього процес реабілітації включає такі складові:

- обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень;
- прогнозування результатів реабілітаційного втручання;
- планування реабілітаційного втручання;
- реабілітаційне втручання;
- оцінювання результатів втручання.

Отримані результати. Однією з найбільш часто розв'язуваних проблем в процесі реабілітаційних заходів є іммобілізаційний синдром (ІС). Частота його розвитку у пацієнтів з гострою церебральною недостатністю досягає 65-80%, а у пацієнтів відділень реанімації з тривалістю перебування понад 48 годин - 55-98%. Цим пояснюється актуальність проблеми і пріоритетність методичного забезпечення заходів по боротьбі з ним.

Правильне позиціонування перший важливий пункт для забезпечення комфорту для пацієнтів, які прикуті до ліжка або мають знижену рухливість, пов'язану з медичним станом або лікуванням.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Найчастішими ускладненнями, які зустрічаються в гострому є: дихальні ускладнення (переважно застійні явища в легенях), виникнення відлежин, виникнення патологічних поз та утворення контрактур, синдром ("миючого плеча", зв'язаний із сублюксацією плечового суглоба та м'язові атрофії).

Тривалість позиціонування в середньому 30-40 хвилин 2-3 рази на день але залежить від суб'єктивних відчуттів хворого. Больові відчуття і підвищення спастичності слугують сигналом до припинення позиціонування.

Подальший розвиток ІС базується на розвитку поліорганичних симптомокомплексів:

- м'язовоскелетних
- респіраторних (пневмонія, зниження максимального тиску вдиху і формованої життєвої ємності легень)
- ендокринно-метаболических (зниження чутливості до інсуліну, зниження активності ренін-ангіотензинової системи, збільшення вироблення натрійуретичного пептиду)
- кардіоваскулярних (зменшення розміру серця, зменшення ємності венозних судин нижніх кінцівок, зниження ударного об'єму серця і периферичного опору).

Сукупність наведених симптомокомплексів, зокрема кардіоваскулярних, призводить до формування ортостатичної недостатності (ОСН) та пов'язаного з нею порушення гравітаційного градієнта (ГГ).

Ортостатична недостатність - симптомокомплекс вегетативно-судинної недостатності, що включає зниження систолічного артеріального тиску більше 20 мм рт. ст., або (і) діастолічного АТ більш ніж на 10 мм рт. ст. і прояви вегетативної дисавтономії:

- Церебральна гіпоперфузія: запаморочення, порушення зору, когнітивний дефіцит, втрата свідомості, падіння
- Диспноє
- Тахікардія > 90 ударів в хвилину
- Підвищення потовиділення
- Збліднення шкірних покривів
- Болісний спазм в м'язах плечового поясу і шиї
- Зниження темпу діурезу до олігурії

Гравітаційний градієнт - здатність підтримки вітальних параметрів стабільними в будь-якому положенні тіла по відношенню до гравітаційного поля Землі, що забезпечується складним рефлекторним стереотипом.

Гравітаційний градієнт (ГГ) - максимальний кут вертикалізації без розвитку ортостатичної недостатності.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

PLR (passive leg raising) test - тест пасивного підняття нижніх кінцівок для оцінки волемического статусу: у лежачого на спині в горизонтальному положенні пацієнта дослідник піднімає витягнуті ноги до кута не менше 60. Реєструються показники гемодинаміки (АТ, ЧСС, центральний венозний тиск - при наявності катетера в центральній вені) до початку підйому і в верхній точці. Тест позитивний, якщо відзначається підвищення артеріального тиску і (або) ЧСС на 10%, ЦВД на 2 мм рт. ст. від вихідного рівня. У цьому випадку пацієнт має волемічний дефіцит, що створює загрозу розвитку ОСН при вертикалізації. Після корекції гіповолемії тест повторюється. У разі негативного результату пацієнта можна вертикалізувати.

Висновки: Єдиним способом подолання іммобілізаційного синдрому в частині збереження гравітаційного градієнта є вертикалізація пацієнта. Вертикалізація є лікувальною стратегією забезпечення нормального функціонування організму в природному вертикальному положенні, методом профілактики і лікування іммобілізаційного синдрому у хворих будь-якого профілю.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗІ

Крюкова К.К., Невелика А.В., Сафронов Д.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,
krukova.k.2369@gmail.com.

Вступ. На сьогодні відомо, що серцево-судинна патологія – основна причина захворюваності, інвалідності та смертності в Україні. 40 % українців хворіють на серцево-судинні захворювання. Щороку 440 тисяч людей у нашій країні помирають від ССЗ. Хвороби серцево-судинної системи, а саме атеросклероз найчастіше зустрічається у чоловіків віком 50-60 років, у жінок старше 60 років.

Статистика ВООЗ свідчить, що українці від хвороби серця та судин вмирають не лише у 2-4 рази частіше, ніж у країнах ЄС, але й раніше: 30–44-річні українські чоловіки помирають в 6 разів частіше, ніж в країнах ЄС. Починаючи із 15–17 років частота хвороби серця та судин різко зростає, майже 37% дорослого населення має різні патології або захворювання серцево-судинної системи.

Мета дослідження. Проаналізувати та охарактеризувати патогенез, етіологію, клінічну картину, лікування та профілактику атеросклерозу.

Матеріали та методи. Аналіз і узагальнення літературних джерел та джерел інтернету .

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз літератури показав, що атеросклероз це патологічний процес, який характеризується утворенням бляшок-відкладень з холестерину, ліпідів та ліпофактів на внутрішній поверхні та власній оболонці судин будь-якого калібру (еластичного та м'язово-еластичного типів), що призводить до їх звуження і тромбозу, розростання сполучної тканини (фіброз та склероз) й відкладення кальцію.

Літературні джерела показали, що етіологія і патогенез атеросклерозу мають ендogenous фактори (спадковість, стать, вік) і екзогенні (інтоксикація, артеріальна гіпертензія, хвороби обміну, переїдання та ін.).

На сьогодні відомо такий патогенез, який проходить в декілька стадій. На першій стадії ліпопротеїди відкладаються в інтимі (внутрішній шар судинної сітки) артерій у вигляді ліпідної плями.

На другій стадії вони зв'язуються з протеогліканами, окиснюються та спричиняють міграцію до них клітинних елементів із крові — лімфоцитів і моноцитів, які перетворюються на макрофаги.

На третій стадії макрофаги захоплюють ліпопротеїди (ендоцитоз) та перетворюються на пінисті клітини, що вивільняють біологічно активні сполуки (цитокіни та численні фактори росту).

На четвертій стадії біологічно активні сполуки стимулюють ріст клітин, збільшення бляшки та активацію місцевого запалення, міграцію до бляшки клітин непосмугованих (гладеньких) м'язів, синтез колагену.

Аналіз літератури показав, що фактори ризику атеросклерозу поділяються на постійні і такі що можуть змінюватися.

До перших факторів належать: чоловіча стать, старший вік, спадковість, постменопауза у жінок.

До других факторів відносяться: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, паління.

Існують різні форми атеросклерозу такі як: церебральний атеросклероз, атеросклероз аорти, атеросклероз судин нижніх кінцівок.

На сьогодні відомі методи, як діагностувати атеросклероз: збір анамнезу та дослідження спадкових факторів; біохімічний аналіз ліпідного спектра крові (показник рівня холестерину, тригліцеридів).

Також до них потрібно додати методи інструментальної діагностики: дуплексне сканування голови; МРТ судинної системи; комп'ютерна томографія; радіоенцефалограма; електроенцефалограма; ангіографія судин головного мозку.

Лікування атеросклерозу включає в себе усунення або зменшення факторів ризику патологічного процесу та включає в себе медикаментозне та хірургічне лікування. При лікуванні атеросклерозу необхідно по-перше змінити спосіб життя (фізичні вправи, відмова від паління, раціональне харчування; лікарські препарати використовують для зниження рівня холестерину, перешкоджання утворенню тромбів, зниження артеріального тиску, уповільнення серцебиття, запобігання серцевим нападам). Для профілактики та лікуванні атеросклерозу використовують фізичну терапію, яка зменшує артеріальний тиск, нормалізує судинний тонус, відновлює фізичну працездатність, активізує обмін речовин. Необхідно використовувати заняття фізичними вправами, плаванням, прогулянками пішки, їзда на велосипеді, а також здорове та раціональне харчування, збільшення кількості овочів на фруктів, відмова від паління та алкоголю.

Висновки. Фізична терапія при лікуванні атеросклерозу судин є використання фізичних вправ, плавання, ранкова гігієнічна гімнастика. Регулярні заняття фізичними вправами, корегують артеріальний тиск та нормалізують судинний тонус.

Перспективи подальших досліджень в цьому напрямку, це розроблення комплексу вправ та впровадження його в лікування атеросклерозу.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Латогуз С.І.

Харківський національний медичний університет м. Харків, Україна,
slatoguz@gmail.com

Вступ. Гострі порушення мозкового кровообігу – це група клінічних синдромів, що розвиваються внаслідок гострого розладу кровообігу мозку. Гострі порушення мозкового кровообігу, що викликають стійкі неврологічні порушення, називаються інсультами. Якщо симптоматика гострих порушень мозкового кровообігу зазнала регресу протягом 24 годин, то говорять про транзиторну ішемічну атаку. Серед інсультів виділяється ішемічний інсульт (інфаркт головного мозку) та геморагічний інсульт (внутрішньочерепний крововилив). Якщо врахувати, що на даний момент в країні близько 1 млн. людей, які перенесли інсульт і 80% з них – інваліди, дослідження в галузі реабілітації пацієнтів, які перенесли гострі порушення мозкового кровообігу вкрай актуальні. Сучасний системний підхід до комплексної реабілітації хворих, які перенесли гострі порушення мозкового кровообігу, дозволив би збільшити кількість пацієнтів, які повертаються до нормального життя. Створення такої системи потребує низки організаційних та методичних рішень.

Мета. Медико–організаційний аналіз системи реабілітації хворих, які перенесли порушення мозкового кровообігу та розробка комплексу заходів щодо її вдосконалення.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 50 пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу. Серед них 40% жінки та 60% чоловіки. Вік пацієнтів коливався від 40 до 71 року (40–50 років – 10% опитаних, 51–60 років – 64% опитаних, 61–70 років – 16% опитаних, старше 71 року – 10% опитаних). Як видно з наведених вище даних, більший відсоток захворювання посідає вік 51–60 років. З них становлять 55% чоловіків та 75% жінок. Найменший відсоток захворювання припадає на вік 40–50 років і становить 10%. Дане захворювання вперше виявлено у 64% пацієнтів та у 36% повторно. З усіх опитаних 60% пацієнтів мали ішемічний інсульт та 40% геморагічний. Лікувальна фізкультура застосовувалась якомога раніше, починаючи з щадних, пасивних навантажень. Перші вправи проводились ще у відділенні реанімації. Подальші зусилля лікаря ЛФК були спрямовані на формування правильного алгоритму під час ходьби. У міру відновлення здатності пацієнта до активної локомоції застосовувалися бігові доріжки, активна ходьба на великі відстані.

Лікувальний масаж та кінезотерапія проводили в спеціалізованому кабінеті починаючи з 2–4 дня після початку хвороби, як тільки дозволяє стан пацієнта. Тривалість сеансу – 20 хвилин. Повторюваність – 10–15 сеансів. Нервово-м'язову електростимуляцію проводили на новітній апаратурі «ЕСМА» з виставленням електродів відповідно до ступеня та характеру ураження пацієнта.

Побутова реабілітація є вкрай важливою. Вона проводиться паралельно з усіма іншими заходами реабілітаційного комплексу та полягає у навчанні пацієнтів навичкам самообслуговування. Починається навчання з самостійного вставання з ліжка, навичок дотримання особистої гігієни (умивання, чищення зубів), прийому їжі, одягання, використання туалету. Поступово кількість застосовуваних навичок збільшується. Психолого-педагогічні заняття для пацієнтів з порушеннями мовлення проводяться за участю логопеда та психолога у вигляді бесід та спеціалізованих занять. Результати та їх обговорення. Ми бачимо, що структура проблем пацієнтів, які перенесли гострі порушення мозкового кровообігу, залишається незмінною. Як і раніше, виникають труднощі з персональним туалетом, прийомом ванни і одяганням/роздяганням. У цьому виразність цих проблем значно знизилася. Так, на момент вступу до відділення 5,8% чоловіків та 4,2% жінок потребували підтримки при персональному туалеті, 1,9% чоловіків та 4,2% жінок – при одяганні/роздяганні та прийомі ванної, 13,5% чоловіків та 4,2% жінок під час підйому на сходи. На момент виписки усі без винятку пацієнти могли реалізовувати свої потреби самостійно або з частковою підтримкою. При виявленні у пацієнтів фізичного дискомфорту до та після проведення реабілітаційних заходів, ми визначили, що до проведення реабілітаційних заходів 90% пацієнтів мали численні різноманітні неприємні відчуття, які завдавали занепокоєння, заважали роботі та їх діяльності, 10% опитаних відзначили наявність незначних неприємних фізичних відчуттів. Після проведення реабілітаційних заходів 8% пацієнтів відзначили на повну відсутність якихось неприємних відчуттів і 82% – на незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі.

Висновки: Фізична терапія пацієнтів, які перенесли порушення мозкового кровообігу сприяє збереженню такого критерію успішності реабілітаційних заходів, як «якості життя».

ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЯ: ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ

Левков А.А.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», м.Полтава, Україна

levkov.anatolij03@gmail.com

Вступ. Електроміостимуляція - це метод, який використовує електричні стимули для активації м'язів. Цей метод може бути особливо корисним для пацієнтів з м'язовими захворюваннями, які не можуть виконувати вправи самостійно. За допомогою електроміостимуляції м'язи можуть бути зміцнені та покращені їх функціональні можливості.

Мета. З'ясувати доцільність застосування електроміостимуляції у фізичній терапії та ерготерапії для лікування різних захворювань м'язів, таких як параліч, спастичність, атрофія м'язів та інші, ефективність доповнення до інших методів фізичної терапії, таких як вправи для м'язів та масаж.

Матеріали та методи. Процедура електроміостимуляції включає в себе накладання електродів на шкіру пацієнта, які потім відправляють електричні імпульси в м'язи, що призводить до їх скорочення. При активному русі мозок надсилає електричні сигнали до нервових волокон, які забезпечують скорочення м'язів, а також отримує зворотну інформацію про результати дії стимуляції. Ефективність роботи залежить від активації великої кількості м'язових волокон, які залежать від енергії стимуляції. Електричний струм здійснює активацію рухових одиниць, в яких переважно активуються м'язові волокна 2-го типу, які мають більший діаметр і менший опір, порівняно з волокнами 1-го типу, які складаються з дрібних рухових одиниць з великим опором. Активація волокон 2-го типу призводить до збільшення метаболічних потреб м'язової тканини, зниження рівня рН і зменшення рівня креатинфосфату. Інтенсивність та частота стимуляції можуть бути налаштовані залежно від пацієнта та його потреб. Одним з головних переваг електроміостимуляції є те, що вона може бути використана в домашніх умовах, під наглядом лікаря або фахівця. Це робить цей метод доступним та зручним для багатьох пацієнтів, що страждають на м'язові захворювання.

Результати. Ось декілька прикладів застосування електроміостимуляції: Після травми м'язи можуть ослабнути і втратити свою силу.

Електроістимуляція може бути використана для підтримки та відновлення м'язової сили. Цей метод може бути особливо корисним для пацієнтів з травмами спинного мозку або інших захворювань, що призводять до паралічу. Після операції м'язи можуть ослабнути і втратити свою функцію. Електроістимуляція може бути використана для відновлення функції м'язів після операції, особливо після операцій на колінних чи плечових суглобах.

Електроістимуляція може бути використана для поліпшення фізичної форми та зменшення ваги. Цей метод може бути особливо корисним для пацієнтів з ожирінням або для тих, хто хоче збільшити м'язову масу. Важливим аспектом використання електроістимуляції є налаштування правильних параметрів для кожного індивідуального пацієнта, враховуючи його поточний стан здоров'я та мету лікування. Крім того, електроістимуляція повинна проводитися під контролем фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

Висновок. Електроістимуляція є ефективним методом, який може бути використаний для підвищення тону та сили м'язів, поліпшення кровообігу та зменшення болю. Однак, варто пам'ятати, що цей метод має свої обмеження та повинен використовуватися тільки за рекомендацією та під наглядом фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Левков А.А., Петренко В.А.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», м.Полтава, Україна

levkov.anatolij03@gmail.com

Вступ. Виразкова хвороба – хронічне рецидивне захворювання, що протікає з чергуванням періодів загострення та ремісії, основною морфологічною ознакою якого є утворення дефекту в стінці шлунка та/або дванадцятипалої кишки.

Мета. Довести важливість реабілітаційних заходів при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи. Одним із найактуальніших завдань гастроентерології, поряд із своєчасною діагностикою та вдосконаленням методів традиційного лікування, є повноцінна реабілітація хворих із патологією органів травлення на різних етапах (клінічному, санаторному, адаптаційному), з використанням комплексу заходів: лікувально-охоронний режим, дієтохарчування, фармакотерапія та масаж, фізіотерапевтичні процедури та санаторно-курортне лікування.

У середньому в західних країнах поширеність цієї патології становить від 6 до 15%. В Україні частка виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки сягає 13,3% випадків захворювань шлунково-кишкового тракту. Виразкова хвороба із локалізацією в дванадцятипалої кишки трапляється в 4 рази частіше, ніж у шлунку. Факторами ризику виразкової хвороби є: наявність інфекції *H. pylori*; порушення режиму та характеру харчування (тривале вживання грубої їжі, тривалі перерви між прийомами їжі); шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем); нервово-психічний (стресовий) чинник; підвищення секреції шлункового соку та зниження активності захисних факторів слизової оболонки; обтяжена спадковість; прийом нестероїдних протизапальних препаратів, кортикостероїдів тощо.

Результати. Лікувальна фізкультура впливає на всі групи м'язів, а при м'язовій роботі утворюється багато речовин — носіїв енергії, які необхідні клітинам нашого організму, в тому числі для відновлення пошкоджених клітин. При фізичному навантаженні збільшується швидкість течії крові по судинах, тому органи отримують більше кисню і поживних речовин і покращується їхня робота. Вплив лікувальної фізкультури здатний зменшити запалення, стимулювати відновлення клітин шлунка.

Існує фізіологічна залежність функціональної активності шлунка від того, як і в якій кількості працюють м'язи. Терапевтичні вправи призначаються хворим в стадії ремісії, а також при стихаючому загостренні. При ускладненому перебігу і в період загострення заняття фізичною культурою припиняються. Комплекс занять включає в себе ранкову і гігієнічну гімнастику, дозовану ходьбу. Відмінних результатів можна досягти, поєднуючи вправи з елементами гідротерапії і масажу. Терапевтичні вправи при виразковій хворобі шлунка включають лікувальну гімнастику, яка проводиться після зняття гострого болю. У даний період використовуються найпростіші вправи для рук і ніг, які чергуються з дихальними. При хронічному варіанті захворювання застосовують вправи зі збільшеним навантаженням на прес, просту і складну ходьбу, дихальні вправи. Зразковий комплекс лікувальної гімнастики включає в себе ряд вправ. За допомогою лікувальних вправ, виконуваних у помірному темпі або в темпі трохи вище середнього, досягається збільшення вироблення соляної кислоти і ферментів. Пульс під час заняття не повинен перевищувати 150 уд./хв. Вправи виконуються за 1,5-2 год до їди або через 1,5-2 год після. У комплекс вправ входять дихальні заняття, вправи для м'язів черевного преса. Починати заняття необхідно поступово, збільшуючи кількість вправ у міру поліпшення загального стану. У гострий період захворювань лікувальні вправи потрібно виконувати у вихідному положенні лежачи на спині, напівлежачи, сидячи. Необхідно уникати різких рухів. При зменшенні болю додаються вправи у вихідному положенні на боці, стоячи. Через 1,5-2 місяці можна займатися лежачи на животі. Ефективність лікувальної фізкультури багато в чому залежить від віри хворого в корисність цього методу та наполегливості.

Висновок. Дуже важливо займатися фізичними вправами систематично під керівництвом інструкторів, дотримуючи принципу поступового підвищення навантаження, переходу від простих до складніших вправ. Бажано здобути навички з лікувальної фізкультури використовувати і в домашніх умовах. Заняття терапевтичними вправами на відкритому повітрі дають змогу використовувати одночасно і дію інших лікувальних факторів (повітряні і сонячні ванни), а виконання фізичних вправ у воді полегшує навантаження і водночас посилює ефект.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ЗАСТІЙНИХ ПРОЦЕСІВ НА СУБКОМПЕНСОВАНІЙ СТАДІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

¹Маркович О.В., ²Прокопчук В.Ю., ³Маркович Н.М.
КЗВО «Рівненська медична академія» РОР, м. Рівне, Україна
¹markovych00@gmail.com, ²vita_prokopchuk@ukr.net,
³natasha.markovych@gmail.com

Вступ. Гіпертрофія (аденома) передміхурової залози є проявом «чоловічого клімаксу», зумовленого біологічними процесами старіння чоловічого організму. Поступове збільшення простати, призводить до порушення природної уродинаміки, виникненню дегенеративних, застійних і запальних явищ у сечовидільній системі. Загальноприйнятими способами лікування зазначеної патології є медикаментозна терапія, на початкових стадіях її проявів і оперативні втручання. На жаль, по справжньому дієвих медикаментозних засобів, які б усували застійні явища в ділянці малого тазу і промежини на сьогодні ще не розроблено. У той же час відомо, що цілеспрямована лікувальна гімнастика усуває застійні явища в малому тазі і промежині за рахунок стимуляції лімфо- та кровообігу, що сприятливо впливають на організм в цілому.

Мета. З'ясувати динаміку змін порушеної сечовидільної функції чоловіків 55-65 років, які відбуваються при тривалій, цілеспрямованій лікувальній гімнастиці направленій на відновлення сили, тонусу і витривалості м'язів тазу і промежини, втрачених у процесі старіння.

Матеріали та методи. Причини порушення уродинаміки при гіпертрофії простати полягають як у збільшенні її розмірів і зміні консистенції, так і в гіперактивності сечового міхура, внаслідок збільшення його тонусу. Тому лікування зазначеної патології повинно бути комплексним – направленим на зменшення клінічних проявів і можливих ускладнень зі сторони сечовидільних органів.

Експеримент по виявленню ефективності лікувальної гімнастики пацієнтам з гіперплазією передміхурової залози, на субкомпенсованій стадії її розвитку здійснювався на базі поліклініки при КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» РОР.

Для проведення педагогічного експерименту було відібрано 2 групи пацієнтів віком 55-65 років, з помірними розладами сечовиділення, які перебували на диспансерному обліку в уролога. Контрольна група 25 пацієнтів (n=25) отримувала лише медикаментозну терапію, основна – 25 пацієнтів (n=25),

які разом з медикаментозними засобами займались запропонованою нами лікувальною гімнастикою. Сформовані групи, були підібрані методом випадкового відбору – приблизно одного віку і однотипних клінічних проявів, а тому є повністю еквівалентними, тобто сформовані коректно. Проведення експерименту було узгоджено з лікуючими лікарями і пацієнтами.

Експеримент тривав протягом 6-ти місяців і полягав у визначенні об'єктивних показників уродинаміки пацієнта, до і після його закінчення по чотирьох позиціях: час, протягом якого триває сечовипускання; час затримки початку процесу сечовипускання, об'єм виділеної сечі за один раз; кількість позовів на сечовиділення в нічний час. Пацієнти контрольної групи приймали профілактичне лікування відповідно до клінічної симптоматики і протоколів лікувального закладу, основної – додатково займались запропонованою нами лікувальною гімнастикою.

У комплекс лікувальної гімнастики пацієнтів основної входили як загальноукріплюючі, так і спеціальні вправи. Коротко зупинимось лише на вправах, механізм лікувальної дії яких направлений на укріплення і підняття тону м'язів тазового дна, тобто простатичної і ректальної зони. Такими спеціальними вправами були статичні, динамічні і так звана гімнастика Кегеля.

Суть статичних вправ при даній патології полягає в тому, що пацієнт займає певну позицію, і утримує тіло в такому положенні до тих пір, поки в м'язах стегнах або в сідницях не з'явиться відчуття втоми чи печіння. Статичні вправи виконувались:

- в положенні сидячи – наприклад, пацієнти згинали одну ногу в колінному суглобі а іншу максимально розпрямляли протягом 20 секунд, поперемінно змінюючи положення ніг; пацієнти тримали зігнуті в колінах ноги за стопи протягом 30 секунд:

- лежачи на спині і боках – пацієнти піднімали догори почергово випрямлені ноги і тримали скільки можливо; опираючись на зігнуті ноги в колінах піднімали таз максимально догори і тримали скільки можливо. Ці та інші подібні вправи пацієнти основної групи виконували протягом 10-15 хвилин.

В доповнення до статичних вправ ми пропонували пацієнтам основної групи виконувати так звані вправи Кегеля: під час сечовипускання мінімум 5 разів пацієнтам рекомендували примусово зупиняти струмінь сечі ізометричним напруженням м'язів тазового дна; протягом однієї хвилини розслабляти і напружувати сфінктер; протягом 30 секунд і більше швидко або повільно статично напружувати і розслабляти інтимні м'язи та ін.

Що стосується динамічної гімнастики, то пацієнти основної групи виконували різні види присідань з підтримкою: (напівприсідання, глибоке присідання, присідання з дещо розведеними ногами, п'ятками, носками); випади ноги вперед, назад, в сторони; вправу велосипед в положенні на спині та ін.

Зазначена лікувальна гімнастика нами суворо не регламентувалась за кількістю повторень, черговістю вправ тощо. Принциповими умовами експерименту були щодення заняття, загальною тривалістю не менше однієї години і ні в якому разі не перевантажувати організм.

На початку експерименту нами визначались і вносились в таблицю № 1 первинні показники уродинаміки пацієнтів основної і контрольної груп; після закінчення – відповідні зміни. Проводячи статистичну обробку цифрового матеріалу, розраховували середнє (M), його стандартну помилку (m). При $p \leq 0,05$ різницю вважали статистично значимою. Оскільки показники уродинаміки пацієнтів контрольної і основної групи різко відрізнялись, статистичну обробку було зроблено у пацієнтів основної групи до і після закінчення експерименту.

Таблиця № 1

Показники уродинаміки пацієнтів під час проведення педагогічного експерименту

Показники	Етап експерименту	Основна група (n=25)	Контрольна група (n=25)	P
Час сечовипускання, с (не більше 20, 9)	до експерименту	28,9 ± 2,34	29, 6 ± 2,29	≤0,05
	після експерименту	23,6 ± 2,21	27, 1 ± 2,27	≤0,05
Час затримки сечовипускання с, (немає)	до експерименту	12,3 ± 1,3	12,3 12,5 ± 1,2	≤0,05
	після експерименту	6,2 ± 0, 5	6,2 10,2 ± 1,0	≤0,05
Об'єм виділеної сечі мл (200±400)	до експерименту	178,3 ± 20,2	175, 5 ± 17,4	≤0,05
	після експерименту	240,2 ± 19,4	181, 6 ± 20,7	≤0,05
Кількість сечовипускань в нічний час	до експерименту	4,2 ± 0,6	3, 9 ± 0,7	≤0,05
	після експерименту	1,8 ± 0,4	3, 1 ± 0,6	≤0,05

Результати та їх обговорення. Порівнюючи показники уродинаміки пацієнтів основної групи до початку і після закінчення експерименту можна констатувати, що час сечовипускання в них зменшився на 5,3 сек., тобто на 18,3%; час затримки сечовипускання також зменшився на 6,1 сек. (49, 6%); середній об'єм одноразово виділеної сечі зріс на 61,9 мл. (25,8%); і кількість позивів на нічні сечовипускання зменшився на 2,4 одиниці, тобто на 57,1%. Що стосується показників уродинаміки пацієнтів контрольної групи, то вони залишились майже без змін.

Лікувальна гімнастика, зокрема вправи для м'язів тазового дна мають чіткий і незаперечний вплив на відновлення функцій передміхурової залози. Вони посилюють кровообіг в тазовій ділянці, сприяють активному виділенню з організму шкідливих речовин та продуктів життєдіяльності, знижують тиск декомпресуючи тканини передміхурової залози. Регулярне їх застосування збуджує передміхурову залозу, знижує тонус її м'язового напруження.

Крім того, збільшення рухової активності пацієнта, за рахунок виконання фізичних вправ сприяє зменшенню надлишкової ваги пацієнтів і тиску в черевній порожнині, що в свою чергу розслаблює м'язове напруження простатичної і ректальної зон, сприяє притоку крові до цих ділянок і поза ними.

Висновки. Регулярне виконання чоловіками похилого віку лікувальних вправ сприяє розвантаженню кровообігу в ділянці тазу і промежини, попереджає (уповільнює) подальші функціональні зміни в тканинах передміхурової залози. Це призводить до покращення сечовивідної функції і зникненню неприємних відчуттів в ділянці промежини.

Однак при плануванні курсів лікувальної гімнастики з цією патологією необхідний розумний підхід. Виконання вправ не повинне супроводжуватись больовими відчуттями, робитись через силу, оскільки в такому випадку принесуть більше шкоди ніж користі.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЙНОЮ КУКСОЮ СТЕГНА

Мацко М.В., к.мед.н., доц. Горошко В.І.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», м. Полтава, Україна
max.matsko666@gmail.com

Вступ. В даний час проблема реабілітації бійців Збройних Сил України (ЗСУ) з ампутацією кукси стегнової кістки дуже загострилася у зв'язку з неухильним зростанням травматизму та численними незадовільними результатами протезування та реабілітаційних заходів. Однією з причин такої ситуації є відсутність інформації щодо загальних принципів і методик реабілітації у широкого кола фахівців різних спеціальностей, які працюють з такими пацієнтами. У зв'язку з вищевикладеним не викликає сумнівів актуальність огляду літератури щодо загальних принципів і методик реабілітації пацієнтів з ампутаційною куксою стегнової кістки.

Метою даного дослідження є ознайомлення фахівців різних спеціальностей із загальними принципами та методиками реабілітації хворих з ампутованою куксою стегнової кістки.

Результати дослідження та їх обговорення. Успішна реабілітація базується на цілісному підході, продовженні реабілітаційних заходів і якомога ранішому застосуванні протезно-ортезних засобів. Існує два кардинально різні підходи до реабілітації таких пацієнтів. Перший — класичний підхід, який передбачає кілька етапів: госпіталізація, амбулаторне лікування (підготовка протеза) і сам протез. Другий підхід характерний для протезування в лікарні, при встановленні протеза відразу після ампутації.

Першим етапом класичного підходу до реабілітації є госпітальний. Основним принципом реабілітації на цьому етапі є формування кукси, придатної для протезування, і попередження контрактур суглоба на стороні ампутації. При застосуванні протеза кукса пацієнта піддається інтенсивному фізичному навантаженню. У деяких випадках сукупність негативних факторів сприяє формуванню в куксі різних патологічних процесів. Тому формуванню правильної та здорової кукси при ампутації слід приділяти особливу увагу.

Обов'язкове проведення негайної первинної ампутації при травматичному відриві або обмороженні кінцівки. Принцип даної ампутації полягає у видаленні явно нежиттєздатних тканин кінцівки і є первинною хірургічною обробкою рани.

Вторинні або відстрочені ампутації проводяться за наявності ранової інфекції або у випадках, коли на початковому етапі визначити рівень ампутації неможливо.

Реампутації проводяться при незадовільних результатах усічення кінцівки чи формуванні порочної кукси. Недотримання принципів ампутаційної хірургії призводить до формування, як правило, коротких або ультракоротких і порочних кукс, слабо придатних до протезування внаслідок вкрай малої функціональної довжини і, як правило, дефіциту м'яких тканин або наявності грубих рубцевих змін м'яких тканин. У тих випадках, коли протезування все-таки можливе, наявність короткої або порочної кукси є фактором, що різко лімітує зручність і функціональність протеза, що в свою чергу веде за собою низку обмежень фізичної активності та соціального функціонування пацієнта і як наслідок зниження якості життя.

Найбільш оптимальною є так звана відстрочена ампутація, при якій виникають оптимальні умови для найменшого відсікання тканин та формування кукси, що у свою чергу знижує необхідність проведення реампутацій та реконструктивних операцій.

Важливо відзначити, що профілактика розвитку контрактур на боці ампутації повинна починатися ще на госпітальному етапі, але, враховуючи наявність післяопераційного рубця, складність і хворобливість активних рухів м'язами кукси в ранньому післяопераційному періоді, необхідно застосовувати для профілактики контрактур лікування положенням.

Другим важливим етапом реабілітації пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки є амбулаторний етап, а саме: підготовка до протезування, основні принципи якого представлені подальшою профілактикою контрактур, профілактикою набряку тканин кукси, підготовкою шкірних покривів кукси до протезування, комплексом лікувальної гімнастики та масажу. Слід зазначити, що на основі формування стійких згинально-відвідних контрактур основний вплив мають конкурентні механізми прикріплення ділянки м'яза-антагоніста до кукси, а також рефлексорні механізми. У формуванні відвідної контрактури важливу роль відіграють малий сідничний і грушоподібний м'язи, а згинальної контрактури — клубово-поперековий і гребінний м'язи. Автори вважають, що лише використовуючи комплекс заходів щодо запобігання розвитку контрактур, можна якнайкраще підготувати ампутуваних до протезування.

Не можна ігнорувати проблему вибору взуття для протезування ніг. Неправильно підібране взуття значно ускладнює використання протеза, спотворює його функціональні властивості і навіть ставить під загрозу безпеку. Важливим моментом є регулювання протеза по висоті каблука.

Обов'язковою умовою виготовлення протеза нижньої кінцівки є врахування анатомо-морфологічних особливостей збереженої кінцівки, таких як збережена вісь кінцівки, довжини та співвідношення сегментів кінцівки, кути повороту колінного суглоба. і ноги. На жаль, ці вимоги не завжди враховуються під час реабілітації пацієнтів, що призводить до зниження впевненості при користуванні протезом, і як наслідок, до підвищених енерговитрат при ходьбі на протезі, надмірної втоми, що призводить до обмеження ходьби, рухової та соціальної активності хворого.

Висновок. Для максимально швидкої та успішної реабілітації хворих з ампутованою куксою стегнової кістки необхідна комплексна реабілітація, що складається з найбільш ефективних методик і враховує індивідуальні особливості пацієнта. Відсутність такого підходу до реабілітації пацієнтів на різних етапах, таких як підготовка протеза, безпосереднього протезування (виготовлення гільзи кукси, установка протеза, підбір взуття для протеза) часто з незадовільними результатами та нездатністю повернути пацієнта до повного фізичного та соціального функціонування протягом тривалого періоду часу.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ГЕРІАТРИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

¹Мятига О.М., ¹Таможанська Г.В., ²Мятига І.В.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.

²Фізичний терапевт КНП «Міська поліклініка №6» Харківської міської ради.
olenam450@gmail.com , kulichka79@ukr.net, irina-myatiga@ukr.net

Вступ. Проблема фізичної активності та якості життя літніх людей особливо актуальна для демографії європейців і, зокрема, для населення України. Демографічне старіння населення – це збільшення частки літніх і старих людей у загальній чисельності населення, яке ще два десятиліття тому розглядалося як феномен, що існував в розвинених країнах, проте на даний час охоплює практично весь світ. Прогресуюче збільшення чисельності населення старшої вікової групи в Україні висуває завдання тривалої підтримки їхнього активного якісного життя. Старіння людини – багатокomпонентний процес, що протікає з різною швидкістю, неоднаковою залученістю в інволютивні зміни різних структурних елементів. Серед людей старшого віку тільки 2 % старіє плавно, поступово, за так званим фізіологічним типом. У решти – 98 % спостерігається прискорення розвитку інволютивних змін, головною причиною яких є поліморбідність, тобто сполучення декількох хвороб, які мають хронічний характер, і старіння подібного типу розглядається як прискорене або патологічне. Обидва типи старіння неминуче призводять до функціональних порушень систем і органів людини похилого віку. Усе це пояснює потребу розвитку геріатричної служби, зокрема геріатричної реабілітації.

Мета роботи: На підставі проведення аналізу науково-методичної літератури розглянути особливості геріатричної реабілітації. Матеріал та методи: У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати та їх обговорення. Геріатрична реабілітація – це збереження, підтримка і відновлення функціонування літніх і старих людей для досягнення незалежності, поліпшення якості життя і емоційного благополуччя. Головне завдання ерготерапевта в роботі з особам похилого віку – організувати навколишнє середовище таким чином, щоб людина могла самостійно жити і діяти максимально незалежно від інших. Завдання повинне мати значення для людини в контексті його оточення.

Ерготерапія може користуватися різними методами, щоб допомогти пацієнту відновити незалежний спосіб життя. Це можуть бути і медична реабілітація, і соціальна адаптація, і відновлення діяльності за рахунок використання допоміжних пристосувань.

Окрім фізичної активності, діяльність під час проведення дозвілля осіб похилого віку може носити творчий характер, це може бути як турбота про тварин, так і розведення різних видів рослин. Так само дозвілля може включати в себе організацію різних свят та вечорів для людей похилого віку, заняття на комп'ютері або настільні ігри, комунікативну діяльність (телефонна розмова, написання листів, вербальне спілкування), громадську діяльність тощо.

При проведенні даних заходів обов'язково потрібно враховувати анатомо-фізіологічні особливості похилої людини, покази загального захворювання, показання до ерготерапії, бажання брати участь в заняттях, безперервність процесу, підбір рухів повинен бути заснований на характері захворювань, що визначає дозування, складність і вихідне положення при виконанні трудових процесів, комплексність, навантаження і збільшення часу занять з ерготерапії. Впровадження комплексної програми дозволяє знизити кількість девіацій, активізувавши соціально-корисну діяльність, що, в свою чергу, позитивно позначається на соціальній адаптації та реабілітації осіб похилого віку.

Для людей похилого віку рекомендовані такі варіанти ерготерапії: ерготерапія в полегшеному режимі (робота з картоном, змотування ниток, виготовлення іграшок); ерготерапія, що підтримує силу та витривалість м'язів верхніх кінцівок (ліплення); ерготерапія, що зберігає дрібну моторику пальців рук, підвищення їх чутливості (в'язання, плетіння, друкування). Популярними також є садові роботи. У цьому випадку людина похилого віку тривалий час знаходиться на свіжому повітрі. Цей фактор позитивно впливає на дихальну систему і служить профілактикою легеневих захворювань.

Для виконання ерготерапевтичних вправ необхідно створення реальних умов, у яких пацієнт у своєму повсякденному житті буде виконувати ці рухи (сам у кімнаті, маленький тісний простір, всі необхідні предмети знаходяться в різних кінцях кімнати, на різних рівнях висоти і глибини полиць, доводиться контролювати кілька дій одночасно).

Висновки:

1. У осіб похилого віку зростає потреба у спілкуванні, оскільки в старості у людей з'являється багато вільного часу у зв'язку з виходом на пенсію.

2. Правильно організована ерготерапія відновлює зв'язок з колективом, згладжує почуття самотності, тривоги, депресії, звільняє від усвідомлення власної неповноцінності, формує санітарно-гігієнічні та господарсько-побутові навички, залучає в трудову діяльність, навчає елементарним професійним навичкам отже, сприяє успіху соціальної реабілітації в цілому.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА СУГЛОБАХ

¹Непом'ящий К.М, ¹Гусєва К.О., ²Мятига І.В.

¹Національний фармацевтичний університет м. Харків, Україна.
м. Харків, Україна.

²Фізичний терапевт КНП «Міська поліклініка №6» Харківської міської ради.

irina-myatiga@ukr.net

Вступ. Реабілітація після операцій на суглобах є важливою частиною процесу лікування та повернення пацієнтів до звичного способу життя. Фізична терапія є однією з ключових складових процесу реабілітації, яка сприяє покращенню рухомості, зменшенню болю та запобіганню ускладнень після операції. Завдяки використанню різноманітних методів фізичної терапії, можливо покращити мобільність та гнучкість суглобів, зміцнити м'язи та покращити кровообіг. Отже, ефективна фізична терапія в процесі реабілітації після операцій на суглобах є ключовим елементом, що допомагає пацієнтам повернутися до нормального життя.

Мета. Дослідження та аналіз впливу фізичної терапії на процес реабілітації після операцій на суглобах.

Матеріали та методи. Узагальнення та теоретичний аналіз даних спеціальної науково-методичної літератури.

Результати та їх обговорення. Аналіз спеціальної літератури показав, що в процесі реабілітації хворих після операцій на суглобах, основне місце належить масажу та електростимуляції. Лікувальна дія масажу проявляється в основному за рахунок нейрон-рефлекторного та механічного механізмів. Масаж одним із методів фізичної терапії, який може бути використаний для поліпшення рухомості і зменшення болю після операцій на суглобах.

Масаж використовується для покращення кровообігу та лімфо дренажу, збільшення розтяжності м'язів, зменшення спазмів і покращення рухливості суглобів, прискорює процеси регенерації тканин, попереджає розвиток сполучнотканинних зрощень, контрактур і м'язової атрофії та позитивно впливає на функції центральної нервової системи. Це може допомогти покращити ефективність реабілітації та скоротити час відновлення. Також потрібно враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та рекомендації лікаря, щоб уникнути можливих ускладнень.

Масаж призначають за трьома періодами перебігу хвороби: раннім післяопераційним, пізнім післяопераційним і відновно-тренувальним.

Оскільки після операції на суглобах може виникнути м'язова слабкість або спазми, які можуть затримати відновлення то необхідно використовувати електростимуляцію. Електростимуляція - це процес застосування електричного струму для стимулювання м'язів та нервових вузлів в тілі.

Для електростимуляції використовуються спеціальні електроди, які прикріплюються до шкіри. Ці електроди надсилають електричний струм до м'язів та нервових вузлів, що допомагає їм працювати більш ефективно. Електростимуляція зменшує м'язову слабкість та приводить м'язи в тонус, а також покращує рухливість суглоба.

Реабілітаційні заходи також можуть включати в себе, виключення (в гострій стадії) або обмеження навантаження на суглоб, фізіотерапію, медикаментозну терапію, носіння ортеза, лікувальну фізичну культуру та кінезіологічне тейпування.

Із фізіотерапевтичних засобів використовують електрофорез з протизапальними і знеболюючими препаратами, ультрафонофорез, діадинамотерапію, магнітотерапію, аплікації з озокеритом і парафіном, ударно-хвильову терапію.

Кінезіологічного тейпування стимулює шкірні рецептори і полегшує біль, а також дає рухове навантаження на шкіру і тканини, покращуючи таким чином кровообіг в уражених тканинах. Лікувальна фізична культура також має суттєвий вплив на реабілітацію хворих.

Гідротерапія проводиться переважно у вигляді теплих локальних ножних або загальних ванн. Тепла вода рівномірно прогріває тканини ушкодженої кінцівки та активізує гемодинаміку й обмінні процеси, м'язи розслабляються, покращується еластичність суглобів, зменшується болючість рухів.

Висновки. Реабілітація хворих після перенесення операцій на суглобах повинно бути комплексним. Використання масажу, електростимуляції, фізіотерапії, кінезіологічного тейпування, лікувальної фізичної культури, гідротерапії.

ОСОБЛИВОСТІ ТА МОЖЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Омельченко К. Е., Горошко В.І.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
м. Полтава, Україна,
omelchenkokyryl@gmail.com

Вступ. Ерготерапія визначається як одна з головних складових фізичної реабілітації – комплексного процесу відновлення здоров'я, самостійності та працездатності хворих. Зокрема, ерготерапія є терапевтичним методом активної реабілітації, спрямованим на відновлення втрачених або обмежених фізичних функцій і психологічних станів пацієнта: координації рухів, уваги й пам'яті, рівня його адаптації в соціумі. Незалежно від реабілітаційної програми, головною особливістю методу є досягнення зацікавленості та активної участі пацієнта.

Метою дослідження є виявити та описати особливості та можливості застосування ерготерапії задля реабілітації хворих на коронавірусну інфекцію (COVID-19).

Матеріали та методи. Валюшко Ю., Мошовська І., Рокошевська В., Таран І. та ін. висвітили теоретичні засади становлення ерготерапії як терапевтичного методу.

Особливості застосування ерготерапії у реабілітації хворих на COVID-19 описано у працях Barlow K., da Silva Cassais T., Dellbrügger A., Ferrara L., Flammia A., Iwama M., Lee M., Jiang F., Liao P., McLennan N., Ricci É., Sepulveda A., Teoh J., Wainberg E., Wang C., Wang L., Zhou Y. та інших учених.

Результати та їх обговорення. Ерготерапія практикується в різних умовах, включаючи лікарні, медичні центри, приватні будинки, робочі місця, школи, дитячі центри і будинки для людей похилого віку. Ерготерапевти досягають позитивного результату, дозволяючи пацієнту виконувати ті завдання, які оптимізують його здатність бути активним, або змінювати навколишнє середовище таким чином, щоб воно сприяло залученню пацієнта до активної діяльності.

Зазначений метод набуває особливої актуальності в умовах пандемії, спричиненої COVID-19, і потенційно може бути корисним для тих пацієнтів, які відчують погіршення психічного здоров'я внаслідок стресу і втрати типових механізмів його подолання в умовах ізоляції через почуття роз'єднаності, а також можливих порушень щоденних фізіологічних функцій, таких як прийом їжі, сон тощо.

У людей з наявними психічними розладами такі проблеми ще більше загострюються після ураження коронавірусною інфекцією. Як наслідок деякі пацієнти змушені звертатися до спеціалізованих психіатричних служб через виникнення суїцидальних думок, тривалого безсоння та інших розладів.

З-поміж ключових завдань ерготерапевтів у роботі з такими пацієнтами – відновлення їхнього спілкування в соціумі, формування позитивного сприйняття та підвищення їхнього фізичного та психологічного тону. Одним із способів реагування ерготерапевтів на описані вище проблеми є сприяння вмотивованому та успішному виконанню пацієнтом повсякденних функцій та виробленню навичок, які призводять до зміцнення його фізичного та психічного здоров'я.

Доцільним вважається як традиційне, так і нетрадиційне використання прийомів трудової терапії з метою розробки механізмів надання послуг, які забезпечують різноманітні способи взаємодії пацієнтів задля подолання небажаних перерв в терапії. З цією метою може застосовуватися трансляція програм зміцнення здоров'я через популярні соціальні мережі та створення груп підтримки однолітків з використанням відеоконференцій і чат-платформ. Таке поєднання підходів дозволяє досягти основної мети ерготерапії – возз'єднати пацієнта, чиє психічне здоров'я постраждало внаслідок пандемії COVID-19, з навколишнім середовищем, суспільством і самим собою.

Висновки. Подібна практика використання методу в контексті реабілітації хворих на COVID-19 демонструє внесок ерготерапії у підтриманні не тільки фізичного, але й психічного здоров'я та благополуччя пацієнтів.

ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК В АПТЕЦІ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ COVID-19 В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Подколзіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,
marysea2006@ukr.net

Вступ. 30 січня 2020 року Генеральний директор ВООЗ оголосив спалах коронавірусу надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я. Новий штам коронавірусу важкого гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-2), спричиняє захворювання COVID-19. На сьогодні усі країни впорались із контролем цього захворювання і 5 травня 2023 року всесвітня організація охорони здоров'я скасувала статус пандемії COVID-19.

Профілактичне вживання вітамінів, дієтичних добавок, а подекуди і серйозних лікарських препаратів (інтерферони, муколітики, дексаметазон) - небезпечна тенденція, яка склалася в Україні при лікуванні COVID-19 в домашніх умовах. Зловживання антибіотиками - одна з головних проблем при COVID-19. Лікарі застерігають від самолікування, тому що це вірусна хвороба і прийом антибіотика в ранній фазі коронавірусної хвороби є небезпечним, може спровокувати різке погіршення стану, посилити набряк легень.

Мета дослідження. Дослідження наявності в аптеках м. Лебедин (Сумська обл.) лікарських засобів та дієтичних добавок для лікування та профілактики COVID-19.

Матеріали та методи. Товарні звіти, прибуткові накладні аптеки. Були використані статистичний, графічний, структурний, логічний методи аналізу

Результати та їх обговорення. Був проведений аналіз асортименту та наявності лікарських засобів (ЛЗ) та дієтичних добавок (ДД), які застосовують для лікування амбулаторних хворих на COVID-19 а також для реабілітації після Ковіду-19.

В асортименті аптеки виявлено та проаналізовано 145 ЛЗ та ДД (вітамін Д). Серед обраних препаратів найбільшу частку склали імпорتنі ЛЗ – 69%, серед виробників найбільші долі зайняли заводи групи Bayer -11%, Medana Pharma, (Польща) -4%, Orion (Фінляндія) та Кантрі лайф, США по 4% від усіх ЛЗ. Серед українських виробників найбільші долі зайняли Київський вітамінний завод ПАО (Україна, Київ) -8%, Фармак-5%, Фармекс Груп -2%, ОЗ ДНЦЛЗ - 2%, Мікрохім-2%. З усіх імпортних ЛЗ найбільші долі зайняли заводи групи Bayer -16%, Medana Pharma, (Польща) -5%, Orion (Фінляндія) та Кантрі лайф, США по 4%.

В асортименті в цілому серед усіх засобів для лікування COVID-19 68% зайняли лікарські засоби (25% українські і 43% імпорتنі), та 32% дієтичні добавки, це тільки вітамін Д (6% українські і 26% імпорتنі).

Аналіз асортименту препаратів для лікування COVID-19 по фарм.групам показав, що антитромботичні засоби зайняли найбільший обсяг – 71% українські та 60% серед імпортних. На другому місці виявились вітаміни – 20% серед українських та 37% серед імпортних. Глюкокортикостероїди (Дексаметазон) зайняли по 9% та 3% відповідно.

Найбільша група виявлена в асортименті це антитромботичні ЛЗ (табл. 1.). За результатами аналізу за МНН ми бачимо, що деякі МНН наявні тільки імпортного виробництва – Ривароксабан, Тикагрелор, Варфарин натрію. Проте Ацетилсаліцилова кислота, Еноксапарін, Клопідогрель маємо в асортименті достатньо препаратів українського виробництва. Безпосередньо в аптеці, де проведено дослідження, пацієнти обирають майже завжди клопідогрель українського виробництва через більш доступну ціну. Під час пандемії COVID- 19 попит на клопідогрель дуже виріс і ми відпускаємо цих ЛЗ на 45% більше. Ривароксабан зараз також є дуже затребуваним – лікарі виписують його багатьом хворим і в період реабілітації хворих на COVID-19, а це довгий період (місяць і більше). Нажаль часто пацієнти відмовляються від цього препарату через високу вартість, а аналогів українського виробництва немає.

Таблиця 1.

Препарати антитромботичної дії наявні в аптеках м. Лебедин.

Найменування ЛЗ	Імпорتنі ЛЗ, кількість	Українські ЛЗ, кількість
Ацетилсаліцилова кислота	13	7
Варфарин натрію	8	0
Еноксапарін	4	5
Клопідогрель	10	9
Ривароксабан	11	0
Тикагрелор	2	0
Інші	12	18
Всього	60	39

Під час проведення дослідження в асортименті аптеки були постійно присутні усі досліджувані ЛЗ та ДД – від 22 до 28 днів/місяць, і лише імпорتنі ДД з вітаміном Д виробництва Індії, Польщі, США були присутні менше 24 днів/місяць, що не вплинуло негативно на забезпеченість пацієнтів, тому що в аптеці завжди були в наявності імпорتنі засоби з вітаміном Д різних виробників.

Висновки. Під час проведення дослідження в асортименті аптеки були постійно присутні усі лікарські засоби та дієтичні добавки, які використовують для лікування Ковід -19 в амбулаторних умовах. Серед досліджуваних препаратів найбільшу частку склали імпорتنі ЛЗ – 69% (заводи групи Bayer - 11%, Medana Pharma, (Польща) -4%). Серед українських виробників найбільші долі зайняли КВЗ -8 % та Фармак-5%. Антитромботичні засоби зайняли– 71% (українські) та 60% (імпорتنі), вітаміни – 20% серед українських та 37% серед імпорتنих. Глюкокортикостероїди (Дексаметазон) зайняли по 9% та 3% відповідно

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СИНДРОМ АМНІОТИЧНИХ ПЕРЕТЯЖОК

Рибка М.М., Коц Н.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
masha28072002@gmail.com

Вступ. Існує декілька теорій виникнення синдрому амніотичних перетяжок. Однією із найбільш поширених є та, що на ранніх строках вагітності виникає невеликий порив амніотичного міхура, і волокнисті тяжі між зародковими оболонками обвивають кінцівку плода, викликаючи різні дефекти аж до внутрішньо маткової ампутації. Такий стан може виникнути в термін від 28 днів до 18 тижнів вагітності, дуже рідко – пізніше.

Мета дослідження. З'ясування методи діагностики та лікування синдрому Амніотичних перетяжок.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було проведено аналіз спеціальної літератури за допомогою сучасних баз даних: Google Scholar, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Отриманий результат. Синдром амніотичної смуги є рідкісним вродженим розладом без генетичної або спадкової схильності. Він включає захоплення плода в нитки амніотичної тканини та викликає низку видалень і деформацій. Первинним лікуванням є пластична та реконструктивна хірургія після народження, а також внутрішньоутробна хірургія плода, яка також входить у моду.

Синдром амніотичної смуги є добре описаною клінічною формою, яка включає кілька вроджених деформацій. Дефекти рук і кінцівок являють собою найбільш поширені клінічні характеристики, зібрані зі змінною локалізацією, звужувальні кільця, акросиндактилії та амніотичні ампутації. Інші аномалії черепа, обличчя, стінок тіла та внутрішніх органів, іноді складні та летальні, значною мірою пов'язані з цим синдромом. Синдром потім включається до більшого комплексу стінки тіла кінцівки. Вроджене звуження кільця, комплекс розриву амніотичної смуги або вроджений поперечний дефект є одними з численних синонімів, що визначають цей мальформативний синдром, демонструючи або його клінічну варіабельність, або невизначеність навколо його етіології.

Зазвичай, процедура анатомічних перетяжок проводиться кваліфікованим фахівцем, таким як фізіотерапевт, який використовує спеціальні техніки, щоб виконати розтягування тканин.

Процедура може бути комбінована з іншими методами реабілітації, такими як масаж, терапія вправами та холодова терапія.

Результати лікування можуть залежати від того, наскільки серйозна травма або пошкодження було отримано. У більшості випадків, анатомічні перетяжки можуть допомогти покращити рухливість та зменшити біль, а також зменшити ризик повторної травми.

Анатомічні перетяжки можуть бути використані ерготерапевтом як частина програми лікування для допомоги клієнтам покращити рухливість, зменшити біль і покращити гнучкість. Ерготерапевти можуть використовувати різні техніки анатомічних перетяжок, включаючи статичні, динамічні та функціональні.

Остаточний вибір техніки анатомічних перетяжок та її застосування залежить від стану клієнта та його потреб. Ерготерапевти завжди працюють із клієнтом на основі індивідуального підходу до лікування та розвитку навичок.

Висновок. Амніотичні перетяжки можуть провокувати некроз тканин. При загрозі некротизації тканин кінцівок оперативне лікування необхідно проводити в ургентному порядку. У такому випадку косметичний та функціональний ефект не поступаються таким, які виконувались у плановому порядку.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ФАНТОМНО- ІМПУЛЬСНОЇ ГІМНАСТИКИ ТА МАСАЖУ НА РАНЬОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Ромашко М.В., к.мед.н., доц. Горошко В.І.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», м. Полтава, Україна
max.romasko@gmail.com

Вступ. Масажні техніки можуть бути корисними на ранньому етапі реабілітації бійців Збройних Сил України (ЗСУ) з ампутаціями нижніх кінцівок. Після ампутації протезування є одним із складових компонентів медико- соціальної реабілітації. Ефективність його залежить від точності показань до призначення та якості виготовлення протезів, а також всебічної підготовки хворого до протезування. Важливу роль цьому процесі грають як стан кукси кінцівки і навчання постраждалих користуватися протезами, а й правильно проведена фізична реабілітація з допомогою засобів лікувальної фізичної культури. Це визначить, зрештою, рівень їх психологічної, фізіологічної, професійної та соціальної реадaptaції, а, отже, підвищить можливість бути корисними у побуті та суспільстві.

Мета дослідження – удосконалення процесу фізичної реабілітації чоловіків 20-40 років після ампутації нижньої кінцівки лише на рівні стегна. Завдання: 1. Вивчити та проаналізувати джерела сучасної спеціальної літератури з реабілітації осіб, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки на рівні стегна; 2. Обґрунтувати та апробувати методику лікувальної фізичної культури в осіб після ампутації нижньої кінцівки лише на рівні стегна; 3. Визначити вплив методики лікувальної фізичної культури на функціональний та психоемоційний стан чоловіків 20-40 років після ампутації нижньої кінцівки на рівні стегна.

Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації чоловіків 20-40 років після ампутації нижньої кінцівки лише на рівні стегна за умов стаціонару.

Предмет дослідження – методика лікувальної фізичної культури з використанням фантомно-імпульсної гімнастики та масажу.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних даних; методи дослідження функціонального стану; методи математичної статистики.

Аналіз даних науково-методичної літератури дозволив визначити стан досліджуваної проблеми, рівень її актуальності та затребуваності у практиці.

Методи дослідження функціонального стану: вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) по пульсу пальпаторним способом; вимірювання артеріального тиску (АТ) визначається як тиск крові на стінки артеріальних судин організму; функціональна оцінка частоти дихання проводилася за кількість дихальних рухів за 1 хвилину у положенні сидячи; спірометрія та визначення життєвої ємності легень (ЖЕЛ); проба Штанге та визначення часу затримки дихання на вдиху; проба Генчі та визначення часу затримки дихання на видиху; самооцінка виразності депресивного стану здійснювалася за шкалою Зунга. Методи математичної статистики: у роботі використовувався програмний пакет EXCEL-XP.

Дослідження проводили на базі ТОВ «ОРТОПЕД» м. Полтава.

Результати та їх обговорення. Перебудова рухових навичок, що відбуваються після ампутації нижньої кінцівки і компенсаторних пристосувань, що розвиваються при цьому, значною мірою залежить від м'язової сили і м'язової витривалості не тільки м'язів кінцівок, але всієї м'язової системи в цілому. У розвитку якої важлива роль належить лікувальній фізичній культурі, вона необхідна як для формування правильної, опороспроможної кукси, так і первинного протезування та користування протезом. Лікувальна гімнастика, особливо відразу після проведених оперативних втручань сприяє профілактиці будь-яких післяопераційних ускладнень, покращує кровообіг у культі, стимулює процеси регенерації, попереджає розвиток м'язової атрофії кукси та зменшує больові відчуття. Після ампутації нижньої кінцівки при задовільному загальному стані з 3-4 дня хворий може приймати вертикальне положення. Лікувальна гімнастика спрямована на тренування рівноваги та опоро спроможності здорової ноги. Поряд із загальнорозвиваючими вправами виконують рухи з навантаженням на здорову ногу; тренують вестибулярний апарат, вправляються у рівновазі. При односторонній ампутації хворі навчаються ходьбі з двома милицями, при двосторонній - самостійного переходу в візок і пересування в ньому. Формування рухових навичок надає позитивний вплив на психіку хворого та полегшує догляд за ним. Крім того у лікувальну гімнастику включалася фантомно-імпульсна гімнастика та масаж. Цілі масажних технік на ранньому етапі реабілітації бійців ЗСУ з ампутаціями нижніх кінцівок включають: зменшення болю; покращення кровообігу та лімфатичного дренажу; розслаблення м'язів та покращення рухомості; покращення пропріоцептивного сприйняття; психологічна підтримка та загальний комфорт. Масаж має бути частиною комплексного підходу до реабілітації, доповнюючи інші методи та процедури, що сприяють повному відновленню функцій та покращенню якості життя пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок.

В умовах сьогодення провідним фактором профілактики можливих ускладнень та найшвидшої ліквідації наслідків перенесеної ампутації нижньої кінцівки є комплекс засобів фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура, що включає дихальну та фантомно-імпульсну гімнастику, масаж та фізіотерапію.

Висновки:

1. Аналіз теоретичних та практичних основ фізичної реабілітація при ампутації нижньої кінцівки дозволила розробити методику занять лікувальною фізичною культурою для чоловіків 20-40 років.

2. Ефективність розробленої методики фізичної реабілітації для чоловіків, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки виявилася поліпшення стану серцево-судинної системи, поліпшення показників легеневої системи та зменшення ступеня депресії.

3. Достовірне зменшення діастолічного та пульсового артеріального тиску, урідження частоти дихання, збільшення життєвої ємності легень, збільшення проби Штанге та проби Генчі, зниження рівня депресії за шкалою Зунга у осіб експериментальної групи порівняно з показниками осіб контрольної групи свідчить про ефективність занять поліпшення функціональних і психологічних здібностей чоловіків 20-40 років, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки.

МЕТОДИ ТЕСТУВАННЯ ПРИ АНКІЛОЗУЮЧОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ

Ступак А.О.

Науковий керівник: к. н. з фіз.вих., доцент Гончарук Н.В.
Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
stupakanastasia@icloud.com

Вступ. Анкілозуючий спондилоартрит (АС) – хронічне системне запалення суглобів, переважно хребта, з обмеженням його рухливості за рахунок анкілозування апофізальних суглобів, формування синдесмофітів і кальцифікації спінальних зв'язок. Загальна поширеність АС в світі становить 0,1–1,9%, захворювання вражає переважно чоловіків у співвідношенні 3:1 віком від 20 до 40 років. За даними статистики МОЗ України в наш час поширеність АС серед дорослого працездатного населення складала 22,1–26,9% на 100 тис. населення. АС характеризується розвитком системного запального процесу з переважним ураженням хребта, наявністю хронічного больового синдрому, схильністю до прогресування з розвитком ранньої інвалідизації, що має велике соціальне значення. Фізична терапія має велике значення в процесі реабілітації і за допомогою використання методів контролю і оцінювання реабілітаційного процесу, сприяє поліпшенню функцій органів і систем порушених у разі захворювання.

Мета дослідження. Представити та охарактеризувати основні методи тестування, які використовуються при анкілозуючому спондиліті.

Матеріали та методи. В процесі дослідження методів тестування при ревматичних захворюваннях було використано науково-методичну літературу та синтез сучасних джерел інформації.

Результати та їх обговорення. Анкілозуючий спондилоартрит — захворювання з невідомою етіологією, але важливо звертати увагу на таку симптоматику, як запальний біль. Найбільш часто анкілозивний спондиліт починається з болю в спині. Болі в спині часто розвиваються в нічний час, можуть мати різну інтенсивність, схильні до рецидивування. Характерними є ранкова скутість, що зникає після рухів, та спазм паравертебральних м'язів. Критеріями для визначення запального характеру болю в спині є: підступний початок болю в спині, в крижово-клубових суглобах і сідничних областях (проявляється як чергування болю в сідницях), які прогресують, залучаючи весь хребет; вік початку захворювання менше 45 років; тривалість більше 3 місяців; ранкова скутість тривалістю більше 30 хвилин; пацієнт прокидається о другій половині ночі через біль, але згодом біль полегшується; біль і

скутість посилюються при бездіяльності і поліпшуються при фізичних навантаженнях.

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Хронічний запальний процес хребта може призвести до зменшення обсягу рухів і злиття тіл хребців. Залучення шийного і верхнього грудного відділу хребта може призвести до зрощення в нахиленому вперед зігнутому положенні. Це положення може значно обмежити здатність пацієнта пересуватися і дивитися прямо перед собою. Ригідність хребта і кіфоз, що призводять до сутулості, характерні для розгорнутої стадії АС. Раніше в перебігу захворювання можуть спостерігатися болючість при пальпації в області крижово-клубових з'єднань (спричинена або прямим тиском, або опосередкованим стисненням). Деякі пацієнти можуть мати деформацію хребта, найчастіше з втратою поперекового лордозу і акцентованим грудним кіфозом.

Методи тестування у фізичній терапії при захворюваннях хребта - це діагностичний метод, який використовується для визначення причини болю та для оцінки амплітуди та якості рухів хребта і кінцівок. Найбільш поширеними методами тестування для визначення фізичного стану пацієнта з АС є:

- Тест Шобера.

Цей тест використовується для визначення того, чи є зменшення поперекового діапазону рухів хребта, найчастіше в результаті анкілозуючого спондиліту.

Спосіб проведення тестування: Пацієнт знаходиться у вихідному положенні, фізичний терапевт відзначає остистий відросток L5, проводячи горизонтальну лінію вздовж поперекового відділу спини пацієнта, а другу лінію відзначає на 10 см вище першої лінії. Далі пацієнту пропонується зробити нахил тулуба вперед, ніби намагаючись торкнутися пальців ніг. Фізичний терапевт вимірює відстань між двома лініями з повним згинанням тулубу пацієнта. При нахилі пацієнта вперед відстань збільшується, в нормі більш ніж на 5 см. При значенні більше ніж 5 см тестування вважається позитивним.

- Тест Флеше (відстань від потилиці до стіни)

Використовується для виявлення грудного кіфозу та рухливості шийного відділу.

Спосіб проведення тестування: Тест виконується за на допомогою оглядової стійки. Пацієнт стоїть прямо, опираючись спиною до стіни. П'яти, литки, сідниці та плечі також торкаються стіни. Потім пацієнту пропонується максимально витягнути шию, намагаючись торкнутися стіни потилицею. Відстань між потилицею і стінкою є мірою ступеня згинальної деформації шийного відділу хребта. Якщо потилиця не торкається стіни, то відстань між

потилицею і стіною вимірюється лінійкою. Значення більше ніж 2 см означає позитивне тестування.

- Індекс інвалідності Освестрі

Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині

Заповнена пацієнтом анкета, яка дає суб'єктивну відсоткову оцінку рівня функції (інвалідності) в діяльності повсякденного життя у пацієнтів, що страждають на ревматичні захворювання. Анкета досліджує підвищений рівень інвалідності в 10 повсякденних справах повсякденного життя. Кожен пункт складається з 6 тверджень, які оцінюються від 0 до 5. З 0 вказує на найменшу інвалідність і 5 найбільшу.

- Симптом Кушелєвського-Патріка

Використовується для визначення появи болю при натисканні долонями на гребені клубових кісток у положенні лежачи на спині і на боці.

Проводиться у двох варіаціях:

- симптом Кушелєвського (I): пацієнту пропонується лягти на спину на тверду поверхню. Фізичний терапевт кладе руку на гребені клубових кісток спереду і різко натискає на них. При наявності запалення в крижово-клубових зчленуваннях виникає біль у ділянці крижів, тоді симптом вважається позитивним;

- симптом Кушелєвського (II): пацієнту пропонується лягти на бік, фізичний терапевт кладе руки на ділянку клубової кістки і різко натискає на неї. Якщо пацієнт при цьому відчуває біль у крижах, симптом вважається позитивним;

Висновок. Анкілозуючий спондилоартрит - хронічне запальне ревматичне захворювання з невідомою етіологією. Уражені суглоби хребта поступово стають жорсткими і чутливими. Це може привести до структурних і функціональних порушень і зниження якості життя. Частини тіла, що найбільш уражені при АС, - це осьовий скелет і крижово-клубові суглоби. Тестування у фізичній терапії використовуються для оцінки стану та прогресу пацієнта. Представлені тести можуть бути використані для моніторингу наслідків лікування та оцінки динаміки функціональних змін у процесі реалізації реабілітаційних заходів. Проведення своєчасного діагностування підкреслюють ефективність і правильність добору засобів реабілітації.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Шкаберіна В.С, к.мед.н., доц. Горошко В.І.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», м. Полтава, Україна
val.shkaberina@gmail.com

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства артеріальна гіпертензія є одним із найпоширеніших захворювань у розвинених країнах. За даними ВООЗ з питань старіння, 80-86% людей похилого віку мають хронічні захворювання, які значно знижують їх мобільність і якість життя. Найчастіше – це артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця. Існує ряд препаратів, необхідних для лікування артеріальної гіпертензії у поєднанні з ішемічною хворобою серця. Однак для літніх пацієнтів побічні ефекти та протипоказання цих препаратів ускладнюють підбір відповідної медикаментозної терапії для тривалого застосування, що є недоліком медикаментозної терапії. Застосування точкового масажу дозволяє зменшити кількість вживаних ліків і їх дозування.

До теперішнього часу накопичено певний досвід лікування артеріальної гіпертензії за допомогою акупунктури та точкового масажу. Проте слід підкреслити, що у фармакотерапії артеріальної гіпертензії з ішемічною хворобою серця у літніх та геріатричних хворих ще не розроблено принцип поєднання акупунктурних точок і точкового масажу. Необхідність встановлення таких принципів і методів поєднання особливо актуальна для країни з високою часткою літнього населення, до якої належить і Україна, що дозволить частково вирішити економічну проблему через нестачу коштів у соціальних сферах, таких як медичне обслуговування та пенсії.

Мета дослідження – вивчити вплив точкового масажу під час медикаментозної терапії на систолічний та діастолічний артеріальний тиск у пацієнтів похилого віку з легкою та помірною артеріальною гіпертензією, ускладненою ішемічною хворобою серця.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводили в КЗ «3-я міська лікарня» м. Полтава. Обстежено 12 хворих, з них 4 чоловіки (33,33%) та 8 жінок (66,66%). Середній вік становив $63,6 \pm 2,1$ року. 7 хворих мали легку артеріальну гіпертензію і 5 пацієнтів – помірну артеріальну гіпертензію. Тривалість захворювання у хворих на артеріальну гіпертензію становила $21,9 \pm 1,7$ року. З них до 5 років не виявлено жодного випадку захворювання, від 5 до 10 років – 3 випадків, старше 10 років – 9 випадків.

Результати дослідження. Давність захворювання хворих на ІХС становила $8,7 \pm 1,2$ року. З них 3 хворіли до 5 років, 3 – від 5 до 10 років, 6 – від 10 років і більше. Пацієнти з інфарктом міокарда становили 36,8 %, а пацієнти з порушенням мозкового кровообігу в анамнезі — 27,5 %.

Недостатність кровообігу визначали згідно з класифікацією Нью-Йоркської кардіологічної асоціації. Діагноз підтверджено на підставі даних інфаркту міокарда в анамнезі та підтверджено скаргами хворого на аритмію, біль у грудях у спокої або при фізичному навантаженні, прогресуючу задишку.

Найбільш поширеними супутніми захворюваннями були компенсаторний інсулін незалежний цукровий діабет (4 хворих) та виразкова хвороба шлунка в стадії ремісії (6 хворих). Хронічний гастрит поза загостренням - 4 хворих, склероз легень - у 2 хворих. Атеросклеротичну енцефалопатію з недостатністю кровообігу діагностовано у 1 хворого.

Пацієнти були розподілені відповідно до класифікації рівнів артеріального тиску, рекомендованої ВООЗ. До першої групи увійшли 7 хворих на артеріальну гіпертензію легкого ступеня, які мали систолічний тиск від 140 до 159 мм рт. ст., діастолічний АТ 90-99 мм рт. ст. У другій групі у 5 пацієнтів з помірною артеріальною гіпертензією систолічний АТ був еквівалентним 160-179 мм рт. ст., діастолічний АТ -100-109 мм рт. ст.

Відбір пацієнтів для обстеження проводився на основі повного клінічного обстеження з урахуванням об'єктивних, лабораторних та інструментальних методів спостереження, включаючи скарги, анамнез, електрокардіографію, ехокардіографію, добове моніторування артеріального тиску та ЕКГ. При зборі анамнезу враховували тривалість артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, перенесені та супутні захворювання, наявність факторів ризику. Вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень проводили лише один раз до та після кожного сеансу протягом усього періоду лікування та відображали такі скарги пацієнта, як головний біль, біль у грудині та відчуття печії, суб'єктивний стан та клінічний ефект лікування. При розробці отриманих даних враховувалися вік і стать.

Точковий масаж проводився протягом 20 днів, по 20 хвилин кожен сеанс, що починався з 8.00 до 11.00, до прийому ліків, у положенні хворого лежачи на спині. Після сеансу хворі відпочивали протягом 30 хвилин.

Орієнтиром для вибору уражених точок акупунктури служив іррадіаційний перебіг болю при стенокардії. Для зняття болю в лівій руці використовували акупунктурні точки лівої руки. При поширенні болю праву руку впливали додатково на симетричні точки акупунктури на правій руці хворого.

Оптимізація лікування артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця залишається однією з найактуальніших проблем у лікуванні пацієнтів похилого віку. На даний момент у світі накопичено певний досвід лікування хворих на артеріальну гіпертензію не тільки антигіпертензивними засобами, а й методами рефлексотерапії. У багатьох роботах показано гіпотензивний ефект методів рефлексотерапії, що проявляється у впливі на точки акупунктури, які реагують на вегетативну нервову систему і викликають рефлекторні реакції. Було доведено, що щоденна акупунктура та точковий масаж можуть мати антигіпертензивну та протиішемічну дію. Побічних ефектів, які б вимагали відмінити масаж, не спостерігалось.

Висновки. 1. Такий метод як точковий масаж доцільно застосовувати в медикаментозному лікуванні артеріальної гіпертонії у поєднанні з ішемічною хворобою серця в осіб похилого та старечого віку. 2. Для досягнення оптимального ефекту комплексного гіпотензивного антиішемічного лікування рекомендується призначати точковий масаж, щодня о 8.00 до 11.00 протягом 15-20 хвилин, у положенні лежачи на спині. Перспективи подальших досліджень припускають розробку методики точкового масажу з метою покращення мозкового кровообігу у людей похилого віку та вивчення її ефективності.

ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ

Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В., Рябова О.О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
bronkevih@gmail.com

Вступ. Сучасні літні люди живуть довше та більш незалежно, ніж будь-коли раніше, але з віком тіло людини зазнає численних змін. З віком підвищується ймовірність розвитку різних хронічних захворювань і тому необхідність проведення реабілітації для людей старшого віку не викликає сумнівів. Існують різні геріатричні реабілітаційні втручання, які можуть бути корисними людям похилого віку залежно від їх стану. Найбільш розповсюдженими є рекомендації по дотриманню необхідної фізичної активності відповідно до віку. Але завжди постає питання правильної організації такої активності: вид вправ, тривалість, частота, контроль ефективності.

Мета роботи провести аналіз досліджень з питань ефективної організації фізичної активності у людей старшого віку.

Матеріали та методи. Для огляду було обрано статті із бази даних Асоціації фізичної терапії (Association of Physical Therapy) в Європі та Америці.

Результати та їх обговорення. Лікувальні вправи та програми фізичної активності є одним з основних компонентів фізичної геріатричної реабілітації. Такі програми розробляються фізіотерапевтом, який має досвід геріатричної фізіотерапії, адаптуються до конкретних цілей та обмежень рухливості літньої людини. Програми фізичної активності включають ті вправи, що може робити людина вдома чи в громаді, щоб покращити діапазон рухів і зміцнити уражені м'язи. Виділяють 4 категорії активних фізичних вправ для людей старшого віку, які призначені для підтримки та покращення координації, м'язової сили, гнучкості та фізичної витривалості людини. Фахівці з геріатричної реабілітації пропонують методи та техніки для здійснення змін відповідно до діагнозу, прогнозу та індивідуальних цілей. Вправи на діапазон рухів спочатку їх можна виконувати на лікарняному ліжку або вдома, коли людина буде готова встати з ліжка, в зручному темпі та положенні. Зміцнювальні вправи можна виконувати в ліжку, на кріслі або сидячи на підлозі. Спочатку потрібно підняти щось досить важке, щоб м'язи спочатку відчули легкий опір, потім потрібно поступово збільшувати навантаження.

Вправи на баланс необхідно виконувати із використанням допоміжних пристроїв, таких як тростина або ходунки, якщо людина відчуває нестійкість. Дихальні вправи допомагають людині розслабитися, коли вона напружена або тривожна, їх можна робити будь-де. Тривалість і частота фізичної активності може змінюватимуться залежно від поточного стану і цілей людини.

Висновки. Правильна організація фізичної активності дозволяє людям старшого та похилого віку отримувати допомогу у власному темпі відповідно до їхніх індивідуальних потреб. Фізична активність допомагає людині старшого віку продовжувати свою повсякденну діяльність з меншою залежністю і є формою запобігання майбутнім травмам і перебуванню у лікарні.

Наукове видання

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ
РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

У збірнику відображені матеріали I Всеукраїнської конференції
«Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині»
(26 травня 2023 року, місто Харків)

Матеріали публікуються в авторській редакції

Підписано до друку 27.05.2023 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Times ET.
Умов.друк.арк. – 22,79. Тираж 100 екз.

Надруковано з готового оригінал-макету у друкарні ФОП Пісня О.В.
02000, м.Київ, вул. Спаська 9а, Тел. (068) 8477573
printhouse.ua@gmail.com
printhouse.ua