

Призначення нутритивної підтримки на етапі реабілітації саме у вигляді готових до медичного використання сумішей для перорального харчування (сіпінг) є зручним у застосуванні для медичного персоналу, зменшує імовірність помилок при виготовленні сумішей, що, в свою чергу, економить час роботи медичного персоналу, є безпечним та ефективним для пацієнта, знижує ризик розвитку ускладнень, в т.ч. інфекційних та пролежнів, прискорює відновлення організму та скорочує час перебування пацієнта у лікарні, що, в свою чергу, сприяє покращенню якості життя хворого та ефективності реабілітаційної допомоги.

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРИФЕРИЧНИМИ НЕЙРОПАТІЯМИ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

**Баблюк Л.А.¹, Нестерак Р.В.¹, Тимошук О.В.²,
Федяєва С.І.³, Грабоус О.В.³**

*¹Івано-Франківський національний медичний університет;
комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська клінічна
лікарня» Івано-Франківської міської ради, м. Івано-Франківськ, Україна*

*²Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

*³Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна*

В умовах сьогодення, які диктує війна з РФ, соціально-економічний тягар обмежень життєдіяльності внаслідок мінно-вибухових, вогнепальних поранень та пошкоджень, набуває більшої важливості, зважаючи на збільшення кількості осіб з обмеженнями життєдіяльності, як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення. Виживання після серйозних захворювань і травм залишає зростаючу кількість людей зі складними проблемами функціонального дефіциту. Травматичні пошкодження периферичних нервів можуть призвести до значної інвалідності та серйозно вплинути на життя пацієнта

Травматична периферична нейропатія – це травматичне ураження периферичної нервової системи, де пошкоджуються тіла нейронів, корінці спинномозкових нервів, нервові стовбури чи термінальні волокна. При травматичних ушкодженнях нервів верхньої кінцівки найчастіше зустрічаються ушкодження променевого, ліктьового та серединного нервів.

Травматичні ураження нервів верхніх кінцівок в 14% пов'язані з переломами діяфіза плечової кістки, 3% – з переломами середньої третини плечової кістки; 50%, з переломами дистальної третини плечової кістки; 7%, з надвиростковим переломом плечової кістки; 7%, з вивихом головки променевої кістки. У той час як вивихи ліктьового суглоба, як правило, призводять до ураження серединного нерва приблизно в 15% комбінованих пошкоджень скелета та нервової системи верхньої кінцівки або після пошкодження дистального відділу передпліччя зап'ястка.

Мета: провести комплекс реабілітаційного оцінювання пацієнтів з травматичною периферичною нейропатією верхньої кінцівки на довготривалому етапі.

Матеріали та методи. Нами обстежено 17 пацієнтів (чоловіків), в яких поранення верхньої кінцівки супроводжувалися травматичними нейропатіями променевого, ліктьового та серединного нервів. Вік обстежених: $31,44 \pm 1,45$ років. Реабілітаційне обстеження включало: анамнез, об'єктивне неврологічне обстеження, електронейроміографія (з даних виписок), больовий синдром оцінювали за візуально-аналоговою шкалою болю DoD/VA (активність, сон, настрій, стрес), функціональний індекс верхніх кінцівок (UEFI), мануально-м'язеве тестування (ММТ), нейродинамічні тести, гоніометрія.

Результати. З анамнезу було відомо, що причиною травматичної нейропатії верхньої кінцівки, були наступні стани: внутрісуглобовий перелом в лікті – 17,6%, перелом дистальної третини плечової кістки – 11,8%, перелом середньої третини плечової кістки – 29,4%, перелом діяфіза плечової кістки – 17,6% випадків. Структурний розподіл за типом та видом ураження нервів був наступним: найчастіше зустрічався забій нерва – 41,2%, здавлення гематомою спостерігали в 29,4% пацієнтів, здавлення післятравматичним рубцем – в 17,6%, частковий надрив нерва діагностували в – 11,8% пацієнтів. Клінічні прояви супроводжувалися болем та анізорефлексією у 100,0% пацієнтів, парестезії зустрічалися у 82,4% пацієнтів, гіпергідроз і трофічні розлади

були виявлені у 76,5% обстежених, гіпорексія виявлена в 47,1%, каузалгії – у 35,3%, згинальні контрактури в променево-зап'ясному суглобі – 29,4%, гіперестезії – 17,6%, гіперрефлексія та монопарези в – 11,8%. За результатами електроміографії найчастіше уражався променевий нерв – 29,4%, серединний нерв – 23,5%, ізольовано ліктьовий – у 17,6%, множинне пошкодження серединного, ліктьового, променевого – 17,6%, поєднане пошкодження серединного, променевого – 11,8%. Вираженість больового синдрому впливала на активність, сон, настрій, стрес, оцінювали за візуально-аналогова шкала болю DoD/VA. Результати були наступними: на активність вираженість больового синдрому впливала найбільше – пацієнти оцінили даний критерій на 5,6 балів, на сон – 5,4 бали, больові відчуття провокували стрес – на 4,9 балів, настрої погіршувалися до 4,4 бали. Опитування за функціональним індексом верхніх кінцівок (UEFI) показало функціональний дефіцит – на 56,3 балів. За мануально-м'язевим тестування (ММТ) сила м'язів ліктьового згинача, трицепса, пронатора, променевого згинача зап'ястка, глибоких та поверхневих згиначів пальців складала – 2,77 балів. Амплітуда руху в променезап'ясному суглобі за даними гоніометрії складала – 75,8°.

Таким, чином на сьогодні реабілітація відіграє значну роль у відновленні пацієнтів. Тому, правильне реабілітаційне оцінювання, допоможе окреслити цілі реабілітації, а подальше реабілітаційне втручання, допоможе досягнути мети реабілітації та дасть позитивний прогноз щодо відновлення функціонування верхньої кінцівки.

ПИТАННЯ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

Балашова І.В.^{1,2}, Волошина О.Б.¹, Дукова О.Р.¹, Лисий І.С.¹

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

²ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та куртології МОЗ України», м. Одеса, Україна

Коронавірусна хвороба 2019 року (COVID-19), як відомо, може вражати кілька систем органів, ускладнювати перебіг хронічних захворювань, навіть, становити загрозу життю пацієнта.