

4. Samokish I. Monitoring system of functional ability of university students in the process physical education / I. Samokish, A. Bosenko, O. Pryimakov, V. Biletskaya. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*. Vol. 17. № 1. 2017. P. 75–80.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-7>

**Шестопап Н. О.,**

*викладач кафедри фізичної терапії і ерготерапії  
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

### **КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ**

**Вступ.** В умовах війни в Україні основним видом ушкодження, який призводив до травми сегмента кінцівки, були мінно-вибухові (74,8%), осколкові (9,4%), кульові вогнепальні (6,9%) поранення [12; 15]. Вогнепальна рана характеризується пошкодженням тканин і органів з порушенням цілості їх зовнішнього покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки) і змінами, які супроводжуються ушкодженням сухожиль, судин, нервів та дефектами кісток [7]. Травматичні ураження верхньої кінцівки та їх негативні наслідки, що полягають у різкому зниженні професійних та соціальних можливостей людини, вимагають пильної уваги фахівців до цієї категорії постраждалих.

При вогнепальних ураженнях складання типових програм фізичної терапії має певні складності і потребує індивідуалізації до кожного пацієнта в зв'язку з різними порушеннями, якими супроводжується діагноз та особливостями потреб кожного пацієнта і членів їх родини. Тому вибір засобів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень верхньої кінцівки вимагає особливих зусиль в пошуках можливостей зменшення анатомічних, функціональних та косметичних порушень [2].

**Мета дослідження** – обґрунтувати впровадження комплексу заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень верхньої кінцівки.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, моніторинг інформаційних ресурсів мережі Інтернет, аналіз зарубіжного і вітчизняного досвіду.

**Результати дослідження.** У роботах більшості авторів, які займаються даною проблемою, зазначено, що обов'язковою умовою для досягнення бажаних результатів реабілітації осіб із вогнепальними ураженнями є розуміння її концепції та основних положень таких, як ранній початок і своєчасність, послідовність та наступність, комплексність у поєднанні з індивідуальним підходом, контроль і корекція, етапність та об'єктивна оцінка результатів поранених [5; 7; 10; 13]. Під фізичною терапією при травмах верхньої кінцівки, вітчизняні фахівці зазвичай розуміють виключно застосування з лікувальною метою фізичних вправ, доповнених впливом лікувального масажу та методів апаратної фізіотерапії [2]. Через обмежений підхід реабілітації постраждалих, внаслідок вогнепальних поранень, а саме функціональне відновлення кінцівок без врахування мобільності, самообслуговування та соціальної адаптації – це призводить до необхідності тривалого, нерідко повторного лікування. З цього випливає вирішення питання розробки та впровадження ефективних реабілітаційних заходів, спрямованих не тільки на відновлення порушених функцій, а досягнення незалежності та підвищення якості життя в осіб із вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки і відповідає основним положенням МКФ, яку вже певний час впроваджує в діяльність працівників медичної, соціальної та освітньої сфер Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України. Основні сфери активності та участі, за МКФ, включають мобільність (пересування у просторі, використання допоміжних засобів), самообслуговування і самоорганізацію, навчання і комунікації (спілкування, міжособистісну взаємодію), громадське і цивільне життя [1].

На сьогоднішній день не існує універсальних підходів як до прогнозування результатів реабілітаційних заходів, так і до оцінки отриманих результатів. Тому комплекс заходів фізичної терапії обумовлює диференційований підхід до вибору термінів початку реабілітації, інтенсивності й частоти здійснення всіх реабілітаційних заходів [11].

В наукових роботах зарубіжних авторів відмічено, що при реабілітації пацієнтів після вогнепальних поранень кінцівок використовують три фази відновлення. В 1 фазі використовують позиціонування кінцівки і пасивні рухи. В 2 фазі – мобілізація пацієнта і легкі вправи і лише в 3 фазі активні вправи для ураженої кінцівки [9].

На думку авторів O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk G. та Willand MP, Lopez JP, de Bruin H, Fahnstock M, Holmes M, Bain JR [11; 16], здебільшого пацієнтам після вогнепального поранення у комплексному лікуванні призначають терапевтичні вправи, що є доцільними, оскільки вони активують трофічні процеси.

Вправи на тренажерах при травмах верхньої кінцівки у післяопераційний період – є однією з важливих складових рухової терапії

(еспандери, пластини, набори вантажів). Більш сучасні є тренажери системи Thera-bend, які сприяють вдосконаленню координаторних навичок кисті, тренуванню різних видів захоплення предметів, зміцненню м'язів верхньої кінцівки та відновленню м'язової сили кисті [14].

Також ефективні терапевтичні вправи в воді, які сприяють поліпшенню функції м'язів, зменшенню застійних явищ при контрактурі у суглобах. Тому рухи в воді ( $t = 36-37\text{ }^{\circ}\text{C}$ ) у всіх фізіологічних напрямках, а також з предметами (стиснення губки з поролону, м'якого гумового м'яча) значно підвищує їх рухливість [8].

Використання бімануальної терапії корисно для підвищення функціональної незалежності під час повсякденної діяльності та самообслуговування з використанням обох рук [6].

Тож організація комплексних заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень сьогодні входить до основних пріоритетів державної системи охорони здоров'я, що знайшло відображення в появі відповідних нормативних документів і наукових робіт [3; 4].

**Висновки.** Комплексного, науково обґрунтованого підходу до вирішення проблеми реабілітації осіб з вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки, перебігу захворювання, впливу реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів на даний момент у доступній літературі обмаль. Подальше вивчення цієї проблеми та узагальнення описаного в літературі наукового досвіду може стати передумовою до формування чітких й універсальних правил установлення реабілітаційного прогнозу, відновлення та найбільш інформативних та ефективних критеріїв оцінки проведеного реабілітаційного втручання.

#### Список використаних джерел:

1. Волошко Л.Б. Основні компоненти та характеристики професійної взаємодії фахівців з фізичної реабілітації. *Молодь і ринок*. 2017;(9(152)):77-81.
2. Герцик А.М. Створення програм фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. *Слобожан. науково-спорт. вісн.* 2016;(6(56)):37-45
3. Закон України. Верховна Рада України. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2802-ХІІ. 1992 Лист 19 [Internet]. Київ : Відомості Верховної Ради України ; 1992 [оновлено 2021 Груд 01; цитовано 2021 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
4. Іващенко С.Н., Шахліна Л.Я., Лазарева О.Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що

- постраждали внаслідок бойових дій. *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2016; (3(72)):63-7.
5. Калмиков С., Калмикова Ю. Актуальні питання фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях діафізу плеча. *Слобожан. науковоспорт. вісн.* 2018;(1(64)):24-30.
  6. Кипервас И.П. Тунельные синдромы. Москва : Ньюдиамед. 2010. 520 с.
  7. Страфун С.С., Борзих Н.О., Ярмолюк Ю.А., Шипунов В.Г., Лакша А.А., Безуглий А.А. Використання контрольованого негативного тиску в комплексному лікуванні потерпілих з вогнепальними пораненнями кінцівок. *Клінічна Хірургія*. 2017;(7):45-7.
  8. Юстин О.Й., Козік Н.М., Стратійчук Н.А. Відновлення посттравматичних станів ушкоджених кінцівок засобами гідрокінезотерапії та бальнеотерапії. *Young Scientist*. 2018;(3.3):187-91.
  9. Baldan M., Giannou C. War surgery. Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. In: Addis Ababa combined surgical congress; 2002 Dec 14-20; Addis Ababa. Addis Ababa; 2002.
  10. Kalinkina O., Lazarijeva O., Kalinkin K., Nikanorov O., Kuropiatnyk V., Kovelska A. et al. Influence of PNF therapy on the active range of motion in proximal humerus gunshot injury patients. *Sport Mont*. 2021;19 Suppl 2:177-81.
  11. O'Sullivan S.B., Schmitz T.J., Fulk G. Physical rehabilitation. 7th ed. Philadelphia : F.A. Davis Company; 2019. 1504 p.
  12. Schoenfeld A.J., Dunn J.C., Bader J.O., Belmont P.J. Jr. The nature and extent of war injuries sustained by combat specialty personnel killed and wounded in Afghanistan and Iraq, 2003–2011. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;75(2):287-91.
  13. Shestopal N., Balazh M., Kovelska A., Kikh A., Tomanek M., Grygus I. Effect of rehabilitation program on the quality of life of people with forearm or hand gunshot wounds using physiotherapy methods. *JPES*. 2021;21(5 Art 347):2591-600.
  14. Topp R., Slaski J.L., Bishop B.N., Page P. Adhesion of Three Brands of Elastic Therapeutic Tape. Adhesion of three brands of elastic therapeutic tape. *J Perform Health Res*. 2017;1(2):16-22.
  15. Tsema Ie., Bepalenko A. Analysis of limb amputations during armed conflict at the East of Ukraine. *Norweg J Dev Int Sci*. 2016;(1):79-80.
  16. Warren A. An evaluation of the Canadian model of occupational performance and the Canadian occupational performance measure in mental health practice. *BJOT*. 2002;65(11):515-20.