

2. Аймедов К.В. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці. Одеса : Прес-кур'єр, 2016. 142 с.

3. Колесніченко О.С., Приходько І.І., Мацегора Я.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-30>

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ ТРАВМ КІНЦІВОК ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ: СИНЕРГІЯ ФІЗИЧНИХ, ЕРГО- ТА НЕЙРОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ

Андрєєва Т. О.

*доктор філософії, лікар фізичної та медичної реабілітації,
доцент кафедри терапевтичних дисциплін*

*Чорноморський національний університет імені Петра Могили
м. Миколаїв, Україна*

*Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій “Перший”»
Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів
профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
м. Одеса, Україна*

Малихіна Т. І.

кандидат медичних наук,

лікар фізичної та медичної реабілітації

*Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій “Перший”» Приватного
акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок
України «Укрпрофоздоровниця»
м. Одеса, Україна*

Крижановська А. Б.

лікар фізичної та медичної реабілітації

*Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій “Перший”»
Приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів
профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
м. Одеса, Україна*

Вступ. Травми кінцівок та головного мозку є одними з найпоширеніших наслідків бойових дій і дорожньо-транспортних пригод, які призводять до стійких порушень рухових, сенсорних і когнітивно-мовленнєвих функцій [1]. Традиційні підходи до реабілітації, орієнтовані лише на окремі функції, не забезпечують комплексного відновлення [2]. Сучасна медична практика потребує інтегрованих мультидисциплінарних програм, що поєднують фізичні, ерготерапевтичні та нейротерапевтичні втручання. Синергія цих методів дозволяє активізувати нейропластичність, компенсаторні механізми та сприяє відновленню функціональної незалежності пацієнтів.

Мета. Оцінити ефективність комплексної програми реабілітації, що поєднує фізичні, ерготерапевтичні та нейротерапевтичні методи у пацієнтів із наслідками травм кінцівок і головного мозку. Дослідження спрямовано на оцінку динаміки функціонального відновлення рухових, сенсорних і когнітивно-мовленнєвих функцій у різних груп пацієнтів, виявлення взаємозв'язку між ступенем ушкодження нервової системи та швидкістю відновлення, а також визначення оптимальної структури мультидисциплінарної взаємодії між членами команди.

Матеріали та методи. У вибірку увійшли три клінічні випадки пацієнтів із наслідками комбінованих травм – ураження кінцівок і головного мозку, що супроводжувалися порушеннями рухової активності, больовим синдромом, розладами рівноваги, сенсомоторними дисфункціями та когнітивно-мовленнєвими порушеннями. Реабілітаційна програма тривалістю 4 тижні включала індивідуалізований мультидисциплінарний підхід. Пацієнт 1 – чоловік, 42 роки, після ампутації нижньої кінцівки на рівні стегна внаслідок вибухової травми. Основний акцент зроблено на відновлення м'язової сили, рівноваги та навичок пересування. Застосовано гідрокінезіотерапію, PNF-техніки, лазеротерапію (904 нм, потужність 1,0–1,2 Вт, режим Neuro-regeneration), міостимуляцію (частота 50 Гц) для стимуляції залишкових м'язових груп та профілактики контрактур. Пацієнт 2 – жінка, 38 років, після ампутації правої верхньої кінцівки з посттравматичною контрактурою лівого плечового суглоба. Реабілітаційна програма включала теплотерапію (+38–41 °C), ерготерапію, спрямовану на тренування навичок самообслуговування, функціональні вправи для підвищення рухливості контралатеральної кінцівки, лазеротерапію (Neuro-pain) та міостимуляцію залишкових м'язів плечового пояса. Пацієнт 3 – чоловік, 51 рік, із наслідками черепно-мозкової травми, правобічним геміпарезом і моторною афазією. Основні методи: логопедична терапія, когнітивні тренінги, йога-терапія, гідрокінезіотерапія для відновлення симетрії рухів, теплотерапія для покращення мікроциркуляції, міостимуляція (40 Гц) для активації перифокальних м'язів. Оцінювання проводили за шкалами Barthel, FIM, RMI, BBS, DGI, NIHSS,

BDAE, ВАШ, а також за доменами МКФ [3]. Дані фіксували на початку та після завершення курсу терапії з використанням кількісного аналізу змін і порівняльної динаміки функціональних шкал [1–3].

Результати. Після курсу реабілітації у всіх пацієнтів відзначено позитивну динаміку функціонального стану: зменшення больового синдрому (ВАШ 7→3), збільшення сили м'язів (MRC 2–3→4–5), покращення рівноваги (BBS 46→54) та мобільності (RMI 10→13). Показники самостійності за шкалами Barthel (45→90) і FIM (60→110) свідчать про відновлення побутової активності. У пацієнта з моторною афазією за BDAE спостерігалось покращення мовленнєвих функцій з «вираженої» до «помірної» афазії. Усі пацієнти відзначали підвищення мотивації, емоційної стабільності та зниження тривожності, що підтверджує ефективність мультидисциплінарного підходу.

Висновки. Комплексна реабілітація пацієнтів із наслідками травм кінцівок та головного мозку, яка базується на синергії фізичних, ерго-терапевтичних і нейротерапевтичних методів, забезпечує стійке відновлення рухових, сенсорних, когнітивних і мовленнєвих функцій. Поєднання апаратних методів (лазеротерапія, міостимуляція, теплотерапія) з функціональними втручаннями (гідрокінезіо-, ерго-, логопедична терапія) сприяє активації нейропластичності, зменшенню больового синдрому та підвищенню рівня функціональної незалежності. Отримані результати підтверджують ефективність мультидисциплінарного підходу та необхідність його широкого впровадження в клінічну практику.

Література:

1. Winstein C., Requejo P. Innovative technologies for rehabilitation and health promotion: what is the evidence? *Physical Therapy*. 2015;95(3):294–298.
2. Zampolini M., Negrini S., Grabljevec K., et al. Rehabilitation and physical medicine in Europe: recent advances and future challenges. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2022;58(5):661–672.
3. Neurorehabilitation after Traumatic Brain Injury. PubMed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29428344/>