

Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації
Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи

МАТЕРІАЛИ

V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

3 жовтня 2025 року



ПОЛТАВА

2025

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Бєлікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 3 жовтня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2025. – 257 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії рф та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРУ, УСКЛАДНЕНОГО ТРАВМОЮ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА.

¹Барило О. С., ¹Фурман Р. Л., ¹Поліщук С. С., ²Кузько О. В., ²Свистунов Д. М.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Вінниця.

²КНП Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця.

Актуальність. Під час атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру досить часто виникає пошкодження нижньоальвеолярного нерва. При такому пошкодженні виникає потреба в використанні фізіотерапевтичного лікування та реабілітації. Одним із найбільш дієвих методів фізіотерапії, в даному випадку, є магнітолазерна терапія. Магнітолазерна терапія - поєднаний вплив на організм, з лікувально-профілактичними цілями, магнітним полем і низькоінтенсивним лазерним випромінюванням. Як магнітному полю, так і лазерному випромінюванню притаманні трофікорегенераторний, протизапальний, знеболюючий, протинабряковий, імуномодуючий та інші ефекти. Рекомендується використовувати магнітолазерну терапію при відсутності гнійно-запальних ускладнень атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру, з 3-4 дня після травми.

Мета. Метою нашого дослідження являється комплексна оцінка основних показників больового синдрому у пацієнтів після операції атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої застосуванням магнітолазерної терапії.

Матеріали та методи. Проведено лікування 60 хворих після операції атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва, поділених на 2 групи по 30 чоловік. В групу порівняння увійшли 30 пацієнтів. У цих пацієнтів застосовували антибіотик широкого спектру дії, нестероїдний протизапальний препарат. В групу

порівняння ввійшли 30 пацієнтів, яким в післяопераційному періоді додатково, окрім використання антибіотика широкого спектру дії, нестероїдного протизапального препарату, було застосовано фізіотерапевтичне лікування з використання апарату магнітолазерної терапії апаратом Узор-А-2К з 3-4 дня лікування. Оцінювання больового синдрому та симптомів невропатії проводилось з використанням шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9) та больової шкали LANSS.

Результати та обговорення. Данні обстеження згідно шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9) показали чітку різницю в динаміці покращення стану пацієнтів в основній групі та групі порівняння. На першу добу показники не відрізнялись, а навіть були дещо більшими в основній групі ($p > 0,05$). На 7 добу різниця становила 1,31 рази ($p > 0,05$) в бік покращення показників в основній групі по відношенню до групи порівняння. На 14 добу така різниця становила 4,13 рази ($p < 0,05$).

Згідно опитувальника LANSS, ми виявляли ознаки аллодинії, загальне порушення чутливості в зоні іннервації, а також інтенсивність та характер болю. Виявлено зниження показників шкали в обох групах, що свідчить про зменшення больового синдрому ($p > 0,05$). Це закономірно, тому що при відсутності ускладнень запального характеру, після закінчення гострого періоду (1-3 доба) настає регенерація в зоні оперативного втручання. Показники були значно кращі в основній групі. Хоч на першу добу відмінностей не спостерігалось, на 7-добу, показники даних опитувальника LANSS були кращими в основній групі в 1,85 раз ($p < 0,05$), а на 14-у добу відмінність становила 1,98 рази ($p < 0,05$). Якщо проаналізувати дані цього опитувальника, то виявляється, що різке падіння в основній групі на початку лікування відмічається за рахунок параметрів, що показують ноціцептивні больові відчуття. Надалі показники майже не змінюються, і зберігаються за рахунок ознак дизестезивних проявів.

Висновки. Дана фізіотерапевтична процедура значно зменшує інтенсивність ноціцептивного болю, призводить до значного регресу проявів

всіх видів невропатій, пов'язаних з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ: ЕТАПИ ТА МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

Боревич К. В., Мизгіна Тамара,

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Вогнепальні поранення верхніх кінцівок є одними з найбільш поширених бойових ушкоджень, що становлять 20-40 % від усіх вогнепальних травм. Такі ураження часто відзначаються складністю, поліструктурним характером і високим ризиком інвалідизації. Вони можуть бути кульовими, осколковими чи мінно-вибуховими, а за глибиною поділяються на поверхневі, глибокі та поліструктурні. Особливу небезпеку становлять пошкодження нервових структур, які суттєво обмежують відновлення функцій руки. Ураження плечової ділянки призводять до порушення рухів, втрати сили, контрактур, спастичності та сенсорних розладів, що значно знижує якість життя пацієнта.

Фізична терапія та ерготерапія є ключовими напрямками у відновленні функціонального стану після вогнепальних поранень плеча. Реабілітація здійснюється поетапно з урахуванням клінічного стану та фази загоєння.

У гострому періоді (0-14 діб) основними завданнями є зменшення болю, набряку та профілактика контрактур. Використовуються позиціонування кінцівки, пасивні рухи (при відсутності протипоказів), ізометричні скорочення м'язів передпліччя й кисті, дихальна гімнастика. Прикладами вправ є стискання та розтискання кисті, пасивні рухи в ліктьовому суглобі, дихальні вправи з паузою на вдиху та повільним видихом.

У підгострому періоді (2-6 тижнів) акцент робиться на поступове відновлення активних рухів, зменшення м'язової атрофії та розвиток