



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

різного ступеня вираженості, плоскостопість тощо. Реабілітовано 24 дитини з травмами, що становило 5,7% від загальної кількості пацієнтів.

Результати та обговорення. Особливу увагу привертає дитячий травматизм, насамперед спортивний. Травмування наших пацієнтів були представлені порушеннями, які підлітки отримали переважно під час занять у спортивних секціях. Також за допомогою зверталися діти після отримання травм на вулиці, побутових та дорожньо-транспортних пригод. Хлопці переважали серед травмованих, це пояснюється їх схильністю до рухливих ігор, активним способом життя і вибором силових видів спорту, атлетики. Дівчата частіше отримували травми під час прогулянок на вулиці при несприятливих погодних умовах, падіннях. Наші результати співпадають з даними літератури, яка описує причини виникнення травм у 82,5% випадків із-за поведінки самої дитини, і лише у 17,5% із дією «травмонебезпечної ситуації».

Висновок. Дитячий травматизм представлений переважно спортивними травмами. Заняття в спортивних секціях все більше стають травмонебезпечними. Підвищену рухову активність у дітей важливо поєднувати з розробкою ефективних заходів реабілітації підлітків з травмами. Обов'язково враховувати особистісні фізичні та психологічні характеристики дитини, її вікові та вольові особливості, готовність виконувати спортивні завдання під наглядом тренера, реабілітолога. Розробки правил захисту та профілактики спортивного травматизму у дітей допоможуть значно його зменшити.

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ МІЖРЕБЕРНІЙ НЕВРАЛГІЇ

Блик Р.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Козьолкін О.А.

Кафедра неврології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження – визначити основні техніки кінезіотейпування, що використовуються у пацієнтів з міжреберною невралгією.

Матеріали і методи: аналіз науково-методичної літератури і мережі «Internet», клінічні та педагогічні спостереження.

Отримані результати. Міжреберна невралгія характеризується больовим проявом нейропатичної етіології у локаціях ребер, грудей або животу. Причинами, зазвичай, є механічне пошкодження або запалення соматосенсорних нейронів унаслідок наступних передумов: нехтування руховою активністю, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, незручна поза при сидячій роботі, незручне спальне місце, тісна білизна, травми грудної клітки, переохолодження, деякі вірусні інфекції, неврити, стискання міжреберних нервів, анормальні нарости, вагітність, менопауза, торакотомії, тощо.

Симптомокомплекс: пекучий, гострий або стріляючий біль у локаціях навколо ребер, у верхній частині грудної клітки, у верхній частині спини. Додаткові симптоми: стискальне відчуття у зазначених локаціях поколювання, оніміння. Симптоми важких випадків міжреберної невралгії містять: мимовільне посмикування м'язів, зниження апетиту; параліч, м'язова атрофія, сильний біль. Постгерпетична невралгія може викликати свербіж і підвищену чутливість шкіри навіть до одягу.

Процедура полягає у використанні двох смужок кінезіотейпу для корекції лімфотоку. По-перше, приводять верхню кінцівку пацієнта у положення відведення з нахилом тулуба у здорову сторону. Далі, накладають основи першої смужки кінезіотейпу на 7-8 см вище і ззаду від верхньозадньої ості клубової кістки. При цьому, «хвости» орієнтуються під кутом 45° у передньоверхньому напрямку та накладаються з натягом у 15-25%.

Основа другої смужки кінезіотейпу накладається приблизно на 7-8 см ззаду і на 15 см догори від передневерхньої ості клубової кістки. Вихідне положення: верхня кінцівка пацієнта у положенні відведення, тулуб нахилений і ротований у здорову сторону.

«Хвости» смужки кінезіотейпу накладаються під кутом 45°, перетинаючи «хвости» першої смужки кінезіотейпу, приблизно, під прямим кутом – 90°.

Висновки. Кінезіотейпування дозволяє зменшити больові прями і набряки у пацієнтів з міжреберною невралгією за рахунок оптимізації лімфотоку в характерних анатомічних локалізаціях – навколо ребер, у верхній частині грудної клітки, у верхній частині спини.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ КОРОНАРНОГО КРОВООБІГУ

Бардачова Х.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Лукашенко Л.В.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, променевої діагностики та променевої терапії
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження – огляд засобів фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу.

Матеріали і методи: аналіз, узагальнення та систематизація даних науково-методичної літератури і мережі «Internet»; клінічні та педагогічні спостереження.

Отримані результати. Коронарна недостатність – це складний клініко-функціональний і патофізіологічний стан у серці пацієнта, який є передумовою розвитку локальної ішемії міокарду та характеризується зниженням показників коронарного кровообігу. Відповідно, порушуються процеси забезпечення міокарду киснем і поживними речовинами.

Тому при знижених показниках коронарного кровообігу у пацієнтів діагностується зниження рівня функціонування практично всіх систем організму: знижуються показники фізичної працездатності, спостерігаються прояви передчасного старіння. Взагалі, серцево-судинні захворювання є одним з провідних факторів інвалідності та, навіть, летальних випадків у геріатричних пацієнтів у багатьох країнах, а згідно даних світової медичної статистики порушення коронарного кровообігу широко діагностуються у сучасній педіатричній практиці.

Станом, на сьогодні, необхідність застосування програм фізичної реабілітації для пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу є аксіоматичною – отже, не потребує доказів.

Основними реабілітаційними засобами для пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу є регулярні заняття ранковою гігієнічною та лікувальною гімнастикою із широким використанням терапевтичних вправ загальної та спеціальної спрямованості. Також активно використовують аква-фітнес, механо- і працетерапію, рефлексотерапію, масажні маніпуляції, низку інших фізіотерапевтичних процедур і природні чинники оздоровлення. Комплексне використання зазначених реабілітаційних засобів у процесі реалізації індивідуальних програм реабілітації пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу сприяє зниженню у крові рівня холестерину, зниженню показників артеріального тиску, оптимізації надлишкової маси тіла та зменшенню ризику розвитку стресів.

Висновки. Програми фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями коронарного кровообігу необхідно формувати на основі міждисциплінарних підходів для відновлення функціональної здатності міокарду та повного функціонального відновлення організму.