

*О. І. Корольков, О. Л. Бородай *, Ю. В. Клапчук *, Наср Аль Калі**, А. О. Королькова*

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ
БЕЗПЕРЕВНОГО ПАСИВНОГО РУХУ У СУГЛОБАХ**

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА НЕПРЕРЫВНОГО
ПАССИВНОГО ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ.**

**PHYSICAL REHABILITATION OF VICTIMS WITH GUNSHOT FRACTURES OF LONG
BONES USING THE METHOD OF CONTINUOUS PASSIVE MOTION IN THE JOINTS**

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ», Харків;
*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону Міноборони України;
** Львівський державний університет фізичної культури, м. Львів, Україна.

Мета: представити досвід використання методу безперевного пасивного руху (МБПР) в суглобах у постраждалих з вогнепальними переломами довгих кісток.

Матеріал та методи. Робота заснована на аналізі результатів лікування 19 пацієнтів з вогнепальними переломами довгих кісток, у процесі реабілітації яких був застосований МБПР. Розробку рухів за допомогою пристроїв для автоматичної розробки рухів (ПАРР) проводили за методикою, яка враховувала індивідуальні психологічні особливості пацієнта, перебіг післяопераційного періоду розробки та вираженість больового синдрому.

Результати дослідження. ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ» спільно з ООО «Сваркон» (м. Харків) розроблені та успішно впроваджені вітчизняні ПАРР у суглобах верхніх та нижніх кінцівок із дотриманням наступних умов: повна відповідність Законодавству України, стосовно пристроїв медичного призначення (безпека А); відносна дешевизна (вартість ПАРР у 4-5 разів менше імпорتنих аналогів!); можливість зміни і плавного регулювання швидкості розробки рухів та кута згинання–розгинання; простота у виготовленні і експлуатаційна надійність пристрою (тривала безперервна робота); можливість регулювання довжини ложементів залежно від антропометричних даних; можливість санітарної обробки частин пристрої, які контактують з кінцівками.

Відмічено достовірне зменшення термінів реабілітації в найближчому періоді на 31%, збільшення обсягу рухів у суглобах при значному зменшенні больового, міотонічного та нейротрофічного синдромів. При цьому у хворих відзначаються позитивні психологічні установки і бажання «працювати» на апараті протягом тривалого часу.

Висновки. Існує необхідність широкого ознайомлення лікарів-спеціалістів з принципами біологічної концепції безперевного пасивного руху в суглобах, а значний дефіцит пристроїв для автоматичної розробки рухів у суглобах вимагає включення даних пристроїв до реєстру Державних закупівель, особливо з огляду на необхідність створення окремих реабілітаційних програм для постраждалих у зоні АТО на Сході України.

Доведена доцільність та висока ефективність використання розроблених вітчизняних пристроїв для автоматичної розробки рухів у комплексному відновному лікуванні постраждалих з вогнепальними переломами довгих кісток, що дозволяє рекомендувати їх до широкого клінічного використання у профільних відділеннях, реабілітаційних центрах та санаторіях відповідного профілю.

Key words: rehabilitation after gunshot fractures of the long bones, the method of continuous passive motion in the joints.

Ключові слова: реабілітація після вогнепальних переломів довгих кісток, метод безперервного пасивного руху у суглобах;

Ключові слова: реабилитация после огнестрельных переломов длинных костей, метод непрерывного пассивного движения в суставах;

УДК 616.151.511-06-092

С. В. Лінніков¹, В. В. Євдокимова²

РИЗИК ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

RISK OF THROMBOTIC COMPLICATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

¹. Міська клінічна лікарня №11, м. Одеса;

². Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса.

Метаболічний синдром (МС) – це симптомокомплекс метаболічних, гормональних і клінічних порушень, патогенетично пов'язаних між собою.

Сьогодні у симптомокомплекс, окрім вісцелярного (абдомінального) ожиріння, гіперінсулінемії, артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, порушень гемостазу, почали включати ендотеліальну дисфункцію, наявність протромботичний статус (підвищення вмісту фібриногену в крові, збільшення адгезивної та агрегаційної схильності тромбоцитів, зростання активності інгібітора активатора плазміногену-1 (*PAI-1*)). **Мета роботи** – вивчити частоту виникнення антифосфоліпідного синдрому і структуру генетичної тромбофілії у пацієнтів з МС та тромботичними ускладненнями в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 45 пацієнтів (20 чоловіків та 25 жінок) з МС та тромботичними ускладненнями в анамнезі у віці від 22 до 40 років, з них у 27 тромботичні ускладнення нижніх кінцівок виникли після хірургічних операцій, у 10 жінок після пологів кесаревого розтину, у 8 жінок після медичних абортів.

У всіх пацієнтів проводили визначення генетичних форм тромбофілії: мутацій *FV Leiden*, метилентетрагідрофолатредуктази (*MTHFR C677T*), протромбіну *G20210A*, поліморфізму генів інгібітору активатора плазміногену *PAI-1*, тканинного активатора плазміногену *t-PA I/D*. Також визначали маркери АФС: вовчаковий антикоагулянт (ВА), антифосфоліпідні антитіла (АФА).

Результати дослідження та їх обговорення. У 25 (55,6 %) випадках був виявлений поліморфізм у гені *PAI-1*, із переважанням гомозиготної форми поліморфізму – у 15 (60,0 %) пацієнтів. Також у багатьох випадках виявлявся поліморфізм у гені *t-PA*, що свідчить про переважання генетичної форми гіпофіринолізу. Гетерозиготна форма мутації *FV Leiden* виявлена у 14 (31,1 %) пацієнтів, 18 (40 %) -- мультигенна тромбофілія. Циркуляція АФА (комбінована форма тромбофілії) виявлена у 10 (22,2 %) пацієнтів.

Висновки Під час аналізу структури тромбофілії у досліджуваних пацієнтів ми виявили в переважній більшості випадків поліморфізм у гені *PAI-1* (гомозиготна форма), а також з великою частотою діагностувався поліморфізм у гені *t-PA*, що може свідчити про генетично детерміновану «блокаду» системи фібринолізу у пацієток із МС та тромбозами в анамнезі.