

УДК 615.825:616.71-001.5

Туренко О. О.¹, Бурка О. М.²

¹магістрант НУ «Запорізька політехніка»

²канд. пед. наук, доц., НУ «Запорізька політехніка»

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ПІСЛЯ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ
ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА
ЗА СУБ'ЄКТИВНИМИ ПОКАЗНИКАМИ**

У світлі нинішніх викликів, які постали перед Україною внаслідок тривалого воєнного конфлікту, проблема поранень серед населення набуває масштабного, системного характеру. Одним із найсерйозніших та найпоширеніших наслідків бойових дій є ураження опорно-рухового апарату, зокрема компресійні переломи поперекового відділу хребта, що значною мірою впливають не лише на фізичний стан, а й на соціальну адаптацію, психологічне здоров'я та загальну якість життя чоловіків та жінок, які отримати цю травму. Актуальність теми дослідження обумовлюється не тільки медико-біологічною важливістю цього виду травм, а й гострою соціальною, економічною та національною необхідністю у забезпеченні повноцінної, ефективної та науково обґрунтованої системи реабілітації.

Хребет або хребетний стовп – це довгий S-подібно вигнутий стовп, форма якого зумовлена вертикальним положенням тіла, він містить 31-34 хребці: 7 шийних, 12 грудних, 5 поперекових, 5 крижових і 2-5 куприкових. Завдяки наявності 52 суглобовим сегментам, які протягуються один за одним по всій довжині хребта.

Хребет забезпечує функцію опори для тіла, підтримуючи вагу голови, тулуба та верхніх кінцівок, і передає це навантаження на таз і нижні кінцівки. Він також слугує гнучкою віссю для тулуба [1].

Перелом хребта – це патологічний стан, що виникає внаслідок порушення анатомічної цілісності хребцевих кісток. Компресійні переломи хребетного стовпа виникають внаслідок надмірного тиску на тіло хребця. У результаті перелому хребець набуває клиноподібної форми з вершиною вперед, при цьому внутрішня тканина його тіла руйнується або стискається [2].

Фізична терапія при компресійному переломі поперекового відділу хребта у чоловіків зрілого віку спрямована на відновлення функцій хребта, зменшення болю та покращення загальної рухливості [3].

В дослідженні взяли участь 30 чоловіків віком від 33 до 38 років. Дослідження проводилось на базах: «Клініка реабілітації суглобів і хребта Ортосано» м. Запоріжжя, КНП «Міська лікарня № 8» ЗМР. На початку дослідження всіх учасників було розподілено на основну та контрольну групи (достовірної різниці між показниками у двох групах не спостерігалось, $p > 0,05$).

У нашій роботі розглянуто відновний період, завданням якого є активізація рухової функції, розвиток сили м'язів та витривалість, адаптація до подальших побутових та професійних навантажень тощо.

Запропонована нами програма складалась з: ізометричних, динамічних, тракційних вправ та вправ на розтягування у вигляді асан йоги [3].

Для комплексної оцінки ефективності реабілітаційних заходів, окрім клінічних і функціональних методик, нами було використано стандартизовані суб'єктивні опитувальники. Зокрема, для визначення змін у показниках якості життя застосовувався опитувальник SF-36, який дозволяє оцінити як фізичний, так і психоемоційний компоненти здоров'я. Для суб'єктивної оцінки рівня фізичної витривалості та втомлюваності застосовано шкалу Борга, яка є валідним інструментом для вимірювання інтенсивності навантаження та сприйняття зусиль пацієнтом. В таблиці 1 подано отримані результати.

Таблиця 1

Динаміка суб'єктивних показників

	Контрольна група*		Основна група*	
	На початку дослідження	В кінці дослідження	На початку дослідження	В кінці дослідження
Рівень якості життя. Фізичний компонент здоров'я				
Фізичне функціонування	52,3±0,7	67,8±0,6	53,0±0,1	82,2±0,4
Рольове функціонування	51,8±0,7	60,3±0,6	52,5±0,3	75,1±0,8
Інтенсивність болю	37,7±0,2	48,8±0,3	35,8±0,5	72,7±0,4
Загальний стан здоров'я	34,9±0,3	47,7±0,2	36,4±0,6	57,1±0,5
Рівень якості життя. Психічний компонент				
Життєву активність	36,2±0,7	48,4±0,5	38,5±0,1	64,3±0,1
Соціальне функціонування	44,8±0,2	62,9±0,3	44,8±0,3	68,1±0,8
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	31,9±0,4	55,0±0,7	34,1±0,2	67,3±0,3
Психічне здоров'я	26,0±0,9	37,7±0,3	25,5±0,2	66,1±0,5
Шкала Борга				
Рівень витривалості	8,2±0,7	6,0±0,2	7,9±0,6	4,1±0,2

*всі показники є статистично достовірними $p < 0,05$

Як видно з таблиці 1, на початку дослідження показники фізичного компонента якості життя за опитувальником SF-36 у контрольній групі були нижчими: фізичне функціонування становило 52,3±0,7, а в кінці дослідження зросло до 67,8±0,6 (приріст 29,6%). В основній групі спостерігалось більш виражене покращення – з 53,0±0,1 до 82,2±0,4 (приріст 55%).

Аналогічна тенденція спостерігалася і за іншими фізичними доменами: інтенсивність болю в контрольній групі зросла з $37,7 \pm 0,2$ до $48,8 \pm 0,3$ (покращення 29,4%), тоді як в основній – з $35,8 \pm 0,5$ до $72,7 \pm 0,4$ (покращення 96%). Загальний стан здоров'я в контрольній групі покращився на 36,7%, у той час як в основній – на 56,9%.

Щодо психоемоційного компонента якості життя, у контрольній групі покращення психічного здоров'я становило 45% (з $26,0 \pm 0,9$ до $37,7 \pm 0,3$), а в основній – 64% (з $25,5 \pm 0,2$ до $66,1 \pm 0,5$). Рівень життєвої активності зріс на 33,7% у контрольній групі та на 66,8% – в основній. Значення за шкалою соціального функціонування, рольового функціонування та емоційного стану також підтверджують суттєвішу позитивну динаміку у пацієнтів основної групи.

Щодо шкали Борга, яка відображає рівень суб'єктивного сприйняття навантаження, в контрольній групі середній показник знизився з $8,2 \pm 0,7$ до $6,0 \pm 0,2$, що становить покращення на 26,8%. В основній групі зміни були більш вираженими – з $7,9 \pm 0,6$ до $4,1 \pm 0,2$ (зменшення на 48,1%). Це свідчить про зростання витривалості та зниження суб'єктивного відчуття навантаження після завершення реабілітаційного курсу.

Таким чином, динаміка показників як за опитувальником SF-36, так і за шкалою Борга демонструє позитивні зміни в обох групах, однак у пацієнтів основної групи ці зміни є більш вираженими.

Як видно з наведених даних, розроблена програма фізичної терапії забезпечує позитивну динаміку у стані пацієнтів із наслідками компресійних переломів поперекового відділу хребта по всіх, обраних нами, показниках. Відповідно до аналізу результатів суб'єктивної оцінки, найбільша зміна відбулась у показнику інтенсивності болю основної групи. Ми пов'язуємо це з ефективністю застосованих методів фізичної терапії, які забезпечили декомпресію і покращення крово-лімфо обігу та рухливості ураженої ділянки.

Отримані дані у кожному з показників мають достовірно значущі відмінності ($p < 0,05$) у основній групі між початком та закінченням дослідження, а також при порівняння показників основної та контрольної груп наприкінці дослідження. Аналіз результатів дослідження підтверджує ефективність розробленого та впровадженого комплексу фізичної терапії.

Список використаних джерел:

1. Вікова фізіологія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / заг.ред. І. Я. Коцан, С. Є. Швайко, О. Р. Дмитроца. Луцьк : Вежа-Друк, 2013. 376 с.

2. Травматологія та ортопедія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред.: Голки Г. Г., Бур'янова О. А., Климовицького В. Г. Вінниця : Нова Книга, 2013. 400 с. : іл.

3. Туренко О.О., Бурка О.М. Класичні та новітні засоби фізичної терапії військових з компресійними переломами. Терапія та реабілітація в науці і клінічній практиці: сучасні виклики, шляхи вирішення: колективна монографія / за ред. Олени БУРКИ. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2024. С. 32-54.