

**МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE**

**НАУКА, ОСВІТА, ТЕХНОЛОГІЇ, ІННОВАЦІЇ:
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

**SCIENCE, EDUCATION, TECHNOLOGY, INNOVATION:
CURRENT ISSUES OF THEORY AND PRACTICE**

**Збірник тез доповідей
Book of abstracts**

**Частина 1
Part 1**



**10 листопада 2021 р.
November 10, 2021**

**м. Полтава, Україна
Poltava, Ukraine**



Процес кардіореабілітації здійснюється послідовно, виділяють 3 фази реабілітації: лікарняна(гостра), видужування і підтримувальна. Перша фаза виконується на лікарняному етапі, друга і третя - після виписування зі стаціонару на санаторному, поліклінічному та диспансерному етапах.[2,с.48] Основними принципами поетапної системної реабілітації хворих, що перенесли ІМ, є: ранній початок реабілітаційних заходів, комплексність всіх видів, безперервність і наступність реабілітаційних заходів між фазами, запровадження системи фізичних навантажень для кожного хворого, здатної підтримувати достатній рівень активності протягом тривалого часу, а також контроль адекватності навантажень.[3,с.14]

Висновок. Сучасна кардіологічна реабілітація являє собою структуровану багатокомпонентну програму, яка включає фізичну активність, навчання пацієнта домашньому моніторингу артеріального тиску й пульсу та правильному дозуванню фізичного навантаження, модифікацію здоров'я, психологічну підтримку. Комплексні реабілітаційні програми можуть знизити смертність від серцево-судинних захворювань та частоту повторних ІМ. Фізичні вправи сприяють відновленню організму та спрямовані на запобігання різного роду ускладнень після ІМ, дозволяючи досягнути покращення функціональних резервів серцево-судинної системи та якості життя.

Список літератури

1. Швед М.І., Левицька Л.В. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда.- Київ: Медкнига,2015.-152с.
2. Порада А.М. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль: підручник. Київ: ВСВ «Медицина»,2011.-296с.
3. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/2660>

Матрунич Т. Б.

студентка

Гарячий Є. В.

к.м.н., асс.

Харківський національний медичний університет

СТВОРЕННЯ РЕЄСТРУ ТРАВМ – ЯК НЕОБХІДНІСТЬ СУЧАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ В ОБЛАСТІ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

Травми є причиною 10 % смертей у всьому світі. Успішний розвиток їх систематизації, включаючи використання реєстрів, зіграв значну роль у зниженні смертності та інвалідності через травми у всьому світі. Очевидно, що систематизація травм позитивно вплинула на якість та швидкість надання медичної допомоги. Про це свідчить поступове зниження смертності від важких травм, починаючи з кінця 20-го століття в усьому світі.

Мета: визначити ефективність створення реєстрів травм та їх модернізацію у США та визначити перспективи її створення в Україні.

Матеріали і методи: сучасна іноземна література з означеної тематики за останні 5 років, комп'ютеризована база даних Національної медичної бібліотеки та Міжнародних інститутів здоров'я MEDLINE, інтерфейс PubMed з даної тематики.

Результати: Перша база даних травм, оброблена за допомогою ЕОМ, була створена в 1969 р. в лікарні округу Кук у Чикаго. Реєстри травм були розроблені та введені в роботу в центрах травматизму в Сполучених Штатах Америки в 1970 р [1]. Ця база даних стала прототипом реєстру травм в Іллінойсі, який почав збирати інформацію з 50 призначених лікарень по всьому штату з 1971 р. Наразі в світі діє система реєстрації травм при Всесвітній організації охорони здоров'я. За її даними, смертність від травм знизилася на 24%, а інвалідність після перенесених тяжких травм – на 17% починаючи з 2004 року, коли ця програма була започаткована у ВООЗ [2].

У якості критеріїв включення до реєстру використовується оцінка тяжкості травм за шкалою NISS, у якій особливу увагу приділяють ураженням грудної та черевної порожнин, голови та черепа [3]. Оцінка до 9 балів свідчить про ураження однієї частини тіла з перелічених, 9-16 – двох (сприятливий прогноз), 16-24 – усіх (сприятливий прогноз), вище 24 – несприятливий прогноз для життя. Оцінка вище 15 балів є широко використовуваним критерієм включення до реєстру травм. Виняток становлять постраждалі, які поступили до клініки через 24 години після травми та ті, кому була констатована смерть до прибуття до лікарні або відсутність ознак життя після прибуття до лікарні[4]. Крім того, з реєстрів виключені асфіксія, утоплення та опіки.

Наразі реєстри травм в Україні відсутні. Лікарі користуються ресурсами E-health для реєстрації випадків будь-яких захворювань та травм. Проте ця база не є спеціалізованою для постраждалих травматологічного та політравматологічного профілю, що погіршує якість та знижує швидкість надання спеціалізованої медичної допомоги. Тому існує необхідність введення таких систем і в Україні, особливо у великих травматологічних центрах (лікарнях швидкої та невідкладної допомоги, обласних травматологічних центрах та інститутах травматології), де застосування таких систем буде доречним, обґрунтованим та максимально ефективним.

Висновок: створення реєстрів травм значно знизило смертність від важких травм, пришвидшило та покращило якість надання спеціалізованої медичної допомоги постраждалим. Модернізація реєстрів травм відбувалася за рахунок комп'ютеризації та введення нових шкал оцінки отриманої травми та важкості стану постраждалих від отриманих травм. Створення реєстру травм в Україні дозволить знизити смертність від тяжких травм, а також частоту інвалідизації від їх ускладнень.

Список літератури

1. Beuran M., Negoii I., et al. [Trauma scores: a review of the literature]. *Chirurgia (Bucur)*. 2012 May-Jun;107((3):):291-297.. [PubMed] [Google Scholar]
2. Eleni Th. Petridou, Constantine N. Antonopoulos, in *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, 2017
3. Systematic review of predictive performance of injury severity scoring tools (Hideo Tohira 1, Ian Jacobs, David Mountain, Nick Gibson, Allen Yeo, 2020)
4. Krug EG, et al., editors. *World report on violence and health*. Geneva,,: World Health Organization,; 2012.. [Google Scholar]