

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ ДО КОНФЕРЕНЦІЇ «ЗДОБУТКИ КАФЕДРИ ФІЗІОТЕРАПІЇ, КУРОРТОЛОГІЇ ТА ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЇЇ РОЛЬ В СТАНОВЛЕННІ І РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

02.11.2017 р.

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТУДЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Алиева Т. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра психотерапии

В настоящее время в Украине ВУЗовское образование осуществляется на фоне высокой неопределенности жизненной перспективы молодых людей. Особый социальный статус, специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в социальном плане, подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни.

Состояние здоровья студенческой молодежи является одной из наиболее приоритетных направлений системы здравоохранения Украины. Разработка профилактических программ для молодежи признана приоритетным направлением деятельности Всемирной организации здравоохранения, большинства стран — участниц международной программы CINDI. Актуальность психопрофилактических программ признана важной в современных научных исследованиях для современной молодежи.

Потребность в разработке новых подходов к диагностике и коррекции проявлений дезадаптации, необходимость применения системного подхода к их анализу объясняется тем, что состояние дезадаптации охватывает не только отдельные звенья функционирования человека, но и успешность деятельности личности в целом.

В этой связи нами было проведено исследование 153 студентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ССС (78 студентов-инвалидов с врожденными пороками сердца и 75 студентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД)). Группу сравнения составили 58 больных с ишемической болезнью сердца.

Проведенное исследование показало превалирование психоэмоциональных нарушений у больных с ССЗ. Полученные данные свидетельствуют о том, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение КЖ у студентов-инвалидов с ССЗ. В ходе исследования психологического статуса было выявлено, что у студентов-инвалидов с врожденными пороками сердца имеет место повышенная напряженность большинства механизмов психологической защиты. Это свидетельствует об актуальности психической адаптации студентов к стрессу и о наличии психотравмирующей ситуации, связанной с непосредственной угрозой жизни. Для студентов с СВД характерна высокая реактивная тревога и личностная тревожность. Данные проведенного исследования позволили разработать мультимодальную, структурированную модель медико-психологического сопровождения студентов с ССЗ. Апробация данной модели показала ее эффективность в 73% случаях.

ГЕНДЕРНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ

Алипова О.Є.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Проведено оцінку клінічного перебігу інфаркту міокарда (ІМ) в 120 жінок, які проходили курс реабілітації в умовах спеціалізованого відділення клінічного санаторію «Великий Луг». Найбільшу частку обстежених — 75 (62,5%) склали пацієнтки середнього та похилого віку (від 55 до 70 років). За тяжкістю перебігу ІМ переважали ІІ та ІІІ клініко-реабілітаційні групи, що становило 39 (32,5%) та 52 (43,3%) випадків відповідно. Ускладнення гострого періоду ІМ (порушення ритму й провідності, рецидивуючий перебіг, рання післяінфарктна стенокардія, синдром Дресслера) відзначались у 29 (24,2%) пацієнток; 17 (14,2%) жінок перенесли хірургічну ревааскуляризацію міокарда. За оцінкою факторів ризику домінували: артеріальна гіпертензія — 95 (79,2%), атерогенні дисліпідемії — 81 (67,5%), надлишкова маса тіла — 76 (63,3%), психоемоційні стреси — 67 (55,8%), обтяжена спадковість — 73 (60,8%) випадків. Патологічний перебіг клімаксу (у тому числі з естрогензамісною терапією) спостерігався в 33 (27,5%) хворих. Рання менопауза (до 45 років), частіше хірургічна, встановлена в 16 (13,3%) жінок. У 77 (64,2%) пацієнток виявлено вегетативну дисфункцію різного ступеня, з частими вегетативними кризами та метеопатичними реакціями. Провідним асоційованим з ІМ клінічним станом була АГ 1 і 2 ступеня, що відзначено у 98 (81,7%) осіб. Психоемоційний статус

жінок характеризувався перевагою депресивних реакцій на хворобу, високим рівнем особистісної та реактивної тривоги. Встановлено збільшення середніх значень індексів коморбідності для досліджуваної вибірки пацієнтів: CIRS (28,35±4,08); Kaplan-Feinsten (16,41±3,85); Charlson (5,29±1,13). Найчастішою коморбідною з ІМ патологією виявлено: дисциркуляторну енцефалопатію; захворювання опорно-рухового апарату (остеоартроз, дегенеративно-дистрофічне ураження хребта); шлунково-кишкового тракту (хвороби жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, панкреатит); цукровий діабет 2 типу; остеопороз.

Відповідно до вищенаведених даних всім хворим проведено корекцію лікувальних комплексів із застосуванням додаткових засобів фізичної, психологічної реабілітації й фізіотерапевтичних методів.

Встановлені у дослідженні особливості клінічного перебігу ІМ, факторів кардіоваскулярного ризику, структури преморбідного фону й коморбідної патології, психоемоційного стану у жінок необхідно враховувати при диференціації реабілітаційних програм, спрямованих на вторинну профілактику ІХС та її ускладнень, що сприяє стабілізації післяінфарктного періоду й підвищенню ефективності відновлювального лікування даної категорії хворих на санаторному етапі.

НЕДИРЕКТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ В КОРРЕКЦІЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

Андрух П. Г.¹, Андрух Г. П.¹, Добростомат У. Н.²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования²Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной помощи

Нарушения в сексуальной жизни довольно таки распространенное явление в практике врача психотерапевта.

Исследования в области сексуальных нарушений показали, что коррекцию психологической дезадаптации супругов рекомендуют начинать с коррекции характерологических особенностей супругов (В.В. Кришталь и Г.П. Андрух «Сексуальная дисгармония супружеской пары», Харьков, 1995г.).

Одним из эффективных методов коррекции характерологических черт личности является гипнотерапия и, особенно, недирективный ее подход.

Нами было исследовано 34 пациента (11 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 23 до 45 лет, часть которых приходили вместе (парой), часть посещало доктора по одному, в разные дни, а часть — только один из супругов. Целью исследования было выявление психологических особенностей исследуемых, которые являлись причиной супружеской дезадаптации и коррекция, собственно — психологической дезадаптации супругов.

В качестве метода коррекции психологической дезадаптации нами был применен курс гипнотерапии с использованием недирективной (по М. Эриксону) психотерапии, в среднем 10—15 сеансов.

В процессе терапии нам удалось установить, что у 28 (82,3%) пациентов появились «перспективы адекватного разрешения противоречий» между супругами, что способствует их сексуальной гармонии и результат оценивался как позитивный. У 6 (17,7%) пациентов отмечалась слабopоложительная динамика в изменениях супружеских отношений, к ним мы применили другие методики, в том числе: методики психосексуального тренинга, ориентационного психосексуального тренинга, сексуально-эротического тренинга, а также психотерапевтическую коррекцию дезинформации.

Использование недирективной гипнотерапии для коррекции психологической дезадаптации супружеских пар является эффективной и, по данным нашего исследования, дает стойкий позитивный эффект.

СОЧЕТАННЫЙ ВНУТРЕННИЙ И НАРУЖНЫЙ ПРИЕМ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «МАГНИЕВОЕ МАСЛО» ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Бабова И.К.¹, Гуца С.Г.¹, Шевченко-Битенский К.В.¹, Бондарь Ю.П.²

1.ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины» (Одесса)

2. Клинический санаторий «Аркадия» ГПС Украины (Одесса)

Остеоартроз занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости. Характеризуясь длительным болевым синдромом, он оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние больных.

По данным экспериментальных исследований, проведенных в ГУ «Укр. НИИ МР и К МЗ Украины» внутреннее и наружное применение бальнеологического средства «Магниевое масло» — преформированный бишофит скважины № 1 Затуринского месторождения Полтавской области (общая минерализация составляет 344 г/дм³, содержание магния хлорида составляет 95%), оказывает позитивное влияние на состояние белых крыс с артрозом. Установлено снижение диаметра коленного сустава до размера сустава интактных животных. Восстанавливается двигательная активность и психоэмоциональное состояние (у животных исчезает заторможенность и раздражительность, а также проявления страха). Полученные экспериментальные данные послужили научным обоснованием к применению бальнеологического средства «Магниевое масло» (БСМГ) в клинических исследованиях.

Под нашим наблюдением находилось 22 больных с деформирующим остеоартрозом коленных суставов I-II ст. (средний возраст 64±3,4 лет, длительность заболевания не менее 5 лет с выраженным болевым синдромом), проходивших санаторно-курортное лечение в клиническом санатории «Аркадия» ГПС Украины курсом 21 день. Всем больным было проведено исследование уровня болевого синдрома, функционирования коленных суставов, качества жизни и психоэмоциональной сферы по комплексу опросников (визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), альгофункциональный индекс Лекена, EuroQol — 5D, SAH, HARS, HRDS). У больных выявлены значительные нарушения как в функциональном состоянии коленных суставов, скованность и боли в них (по данным ВАШ уровень боли (6,2 ±1,5) баллов), так и снижение качества жизни и изменения в психоэмоциональной сфере, характерные для хронических состояний, сопровождающихся болевым синдромом. Основные жалобы больных были на снижение настроения без определенной суточной динамики (77,7%), потерей интереса как к повседневным делам, так и к развлечениям (77,7%), затрудненное засыпание (72,2%), ранние утренние пробуждения (72,2%), страх возможного

рецидива (72,2%), страх распада семьи (72,2%), ощущение внутреннего беспокойства и напряженности с предчувствием надвигающейся беды (72,2%), страх стать обузой для близких (61,1%), плохой аппетит (50%). При определении исходных значений показателей шкал тревоги и депрессии Гамильтона было выявлено, что у 100% обследованных пациентов имелись симптомы тревоги и депрессии различной степени выраженности. У 55,5% наблюдалась легкая выраженность депрессии, у 27,9% умеренная и у 16,6% выраженная депрессивная симптоматика. Низкая тревожность выявлялась у 55,5%, умеренные симптомы тревоги у 33,3%, выраженные у 11,2%.

Нами разработана методика сочетанного внутреннего и наружного приема бишофита Полтавского месторождения в виде «Магниевого масла».

1. Методика наружного применения «Магниевого масла»: аппликации концентрированного бишофита «Магниевое масло» на коленные суставы в разведении 1:15 («Магниевое масло» разводилось теплой дистиллированной водой до нужной концентрации, раствором температурой 38—40°С пропитывают салфетку и накладывают на пораженный сустав, сверху накладывают пленку и укутывают) применялись во время процедуры сухих углекислых ванн, длительность процедуры 20 мин, ежедневно в утреннее время через 1,5—2 часа после еды, на курс 10 процедур (по 5 процедур подряд с перерывом 1—2 дня).

2. Методика внутреннего приема «Магниевого масла»: «Магниевое масло» в разведении до минерализации 2,5—5,0 г/л принимали 3 раза в день за 40 мин до еды по 150—200 мл. Курс лечения 21 день.

У всех пациентов наблюдалось снижение боли в коленных суставах по данным ВАШ до (2,3 ±1,2) баллов, скованности в суставах, что сопровождалось улучшением качества жизни и состояния психоэмоциональной сферы (по данным опросников). У больных уже на 15—й день имелось статистически достоверное снижение общего балла HDRS. Снижение общего балла было обусловлено достоверным снижением выраженности 7 симптомов HDRS — «депрессивное настроение», «рабoтоспособность и активность», «суточные колебания состояния», «поздняя бессонница», «заторможенность», «психическая тревога», «генитальные симптомы». То есть, уже на

этом этапе представленная терапия воздействовала на тревожную и депрессивную симптоматику, проявляя свойства антидепрессанта сбалансированного действия. Клинически можно было отметить, что у пациентов улучшался ночной сон (27,7%), уменьшалась слезливість (33,3%), появлялся интерес к повседневным делам и развлечениям (50%), повышалась активность (38,8%), уменьшались как психомоторная заторможенность (33,3%), так и внутреннее напряжение (50%). Также к 15 дню наметилась тенденция к снижению общего балла HARS. Имело место достоверное снижение выраженности по следующим

симптомам тревоги (HARS): «тревожное настроение», «напряжение», «страхи», «депрессивное настроение», «сенсорные соматические симптомы», «вегетативные симптомы», «поведение при осмотре», «мочеполовые симптомы». Клинически можно было отметить, что у части пациентов на 15-й день уменьшались поведенческие проявления тревоги, вегетативные симптомы, в той или иной мере дезактуализировались страх рецидива заболевания, страх возможного распада семьи. Практически у всех больных улучшался сон. Данные улучшения удерживались до конца терапевтического комплекса.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Безпалова Н.М., Давибіда Н.О., Третьяк Д.В., Ковпак В.М.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Тернопільський національний економічний університет, м. Тернопіль

Серцево-судинні захворювання, незважаючи на прогрес медичної науки у XXI ст., продовжують охоплювати широкі верстви населення різного віку. При цьому спостерігається тенденція до ураження все більш молодого, працездатного населення розвинених країн, що, безсумнівно, стає причиною росту економічних витрат у вигляді тимчасової втрати працездатності, зниження ділової активності й інвалідизації контингенту, який страждає на серцево-судинні захворювання. Але і серед осіб літнього віку, незважаючи на появу сучасних методів лікування, помітного прогресу щодо збільшення тривалості життя не спостерігається. Фізична активність людини, що відіграла головну роль в еволюції, сьогодні знову набуває біологічної та соціальної актуальності. Метою нашої функціональної терапії є використання лікувальної фізичної культури (ЛФК), коли діючий на хворого фактор — фізична вправа — через нервову систему і подальші гуморальні зрушення активно втягує у вправу всі ланки системи кровообігу. Заняття ЛФК створюють позитивний емоційний фон у хворого, надають впевненості в успішному результаті захворювання, сприяють нормалізації коркової динаміки, вирівнюють співвідношення процесів збудження і гальмування, зменшують прояви неврозу. Робота дистальних відділів кінцівок є ефективним засобом профілактики тромбозу дрібних гілок легеневої артерії, тому що в таких умовах поліпшується мікроциркуляція і зростає об'єм циркулюючої крові. Провідне значення в регуляції кровообігу належить нервовим механізмам. Нервова регуляція не тільки підтримує на певному рівні артеріальний тиск, але й здійснює швидкий перерозподіл крові, зокрема при переході організму від спокою до діяльного стану. При захворюваннях серцево-судинної системи необхідно враховувати, що в основі розвитку функціонального пристосування хворого до фізичних навантажень лежить процес дозованого тренування. Під впливом тренування досягають високої злагоженості функції кровообігу, обміну речовин, дихання та ін., при цьому провідною ланкою, що координує діяльність усіх основних систем організму хворого, є нервова система з її вищим відділом — корою головного мозку. У методиці занять лікувальною гімнастикою з хворими на серцево-судинні захворювання особливо важливого значення набувають правильний добір вправ у комплексах та їх дозування. При цьому протягом усього курсу лікувальної гімнастики важливу роль приділяють дихальним вправам. Більшість кардіологічних хворих, як правило, не має навичок раціонального дихання або воно втрачається внаслідок тривалого обмеження рухової активності. Такі вправи не тільки удосконалюють функцію самого дихального апарату, але і в кінцевому підсумку впливають на весь організм. Вони мають велике значення для встановлення у процедурах лікувальної гімнастики необхідного рівня навантаження, тобто є засобом активного відпочинку. На початку курсу лікувальної гімнастики застосовують неглибоке довільне дихання, без затримки. Вчать правильному видиху, носовому диханню. Важливе значення при профілактиці гіпостазів у нижніх відділах легень має

діафрагмальне дихання. Слід врахувати, що поглиблення дихання впливає на кровонаповнення серця та загальний кровотік, тому дозування має бути індивідуальним. Доцільно дихальні вправи застосовувати в оптимальних комбінаціях із загальнозміцнювальними. Загальнорозвиваючі вправи застосовують у такій послідовності: спочатку — дрібні м'язові групи, потім — середні й обмежено — великі. Для поступового наростання навантаження у процедурах застосовують принцип розсіювання. Як уже зазначалося, у методиці лікувальної гімнастики особливу роль відіграють темп і ритм виконання процедур. У першій половині курсу вправи, як правило, виконують у повільному темпі, у другій — цілком адекватним є середній і швидкий темп. Проте швидкий темп навіть у більш віддалений термін — наприклад, після рубцювання інфаркту — порівняно часто викликає несприятливі зрушення кровообігу, низку неприємних суб'єктивних відчуттів. Що ж до застосування процедур лікувальної гімнастики для літніх хворих, то їх взагалі рекомендується здійснювати у повільному, спокійному темпі з обмеженням рухів голови і тулуба. Під впливом фізичних вправ збільшується потік імпульсів від пропріорецепторів. Фізичні вправи також сприяють нормалізації рівня артеріального тиску, зменшенню частоти серцевих скорочень, зникненню екстрасистол вегетативного походження. Так відбувається зростання фізичної працездатності. Ходьбу може замінити робота на велоергометрі або будь-яка інша аеробна діяльність (плавання, робота на тренажерах). У процесі занять лікувальною гімнастикою в тренувальному режимі слабшає дія деяких спеціальних вправ, що підвищують тонус судинорухових центрів. Тому такі вправи необхідно замінити новими. При цьому також збільшують масу спортивних снарядів, включають вправи зі скалкою (40 стрибків за 1 хв). Тривалість ранкової гігієнічної гімнастики сягає 20 хв. У ній використовують стрибки, біг на місці з високим підніманням стегон протягом 1—2 хв. Повітряні процедури проводять при температурі 18—19°C (до 15 хв). Купання і плавання у відкритих водоймах при температурі 16—17°C протягом 2—3 хв, у басейні — при температурі 22—24°C тривалістю 15—20 хв. У комплекс входить дозована ходьба на дистанцію 6—8 км зі швидкістю 5—6 км/год з переходом на біг (від 6 до 15 хв у темпі 140 кроків/хв, через 3 хв знову переходять на ходьбу). Крім того, використовують маршрути теренкуру з кутом підйому 12—15°. Дозволяються всі рухливі ігри, лікувальне веслування в темпі 30—35 гребків/хв протягом 40—60 хв, їзда на велосипеді до 10 км 2—3 рази на тиждень, катання на ковзанах і ходьба на лижах протягом 40—60 хв. У зв'язку з цим цілком виправданими є загальнозміцнювальна терапія, загартовування, використання природних факторів, купання, масажу. Необхідно пам'ятати, що ЛФК повинна щільно увійти в життя кожної людини, яка перенесла захворювання серцево-судинної системи. Її роль не менш важлива, ніж регулярний прийом медикаментів для профілактики повторного нападу хвороби, контролю артеріального тиску та інших лікувально-профілактичних заходів.

ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ*Безрук Р.И.**г. Днепр*

В последнее десятилетие в Украине сочетанное массивное действие психогенных, социальных и соматогенных факторов у онкологических больных ведет к развитию невротических и психосоматических расстройств, различающихся как по клиническим проявлениям, так и по степени выраженности. Выраженная тревожно-депрессивная симптоматика такого контингента больных может привести к формированию суицидальных мыслей и тенденций, а у отдельных больных может привести к совершению суицидальных действий.

Нами были изучены выраженность психопатологических изменений личности онкологических больных, наличие невротической и тревожно-депрессивной симптоматики у такого контингента больных, которая могла приводить к формированию суицидальных мыслей и тенденций.

Нами было обследовано с 2013 г. по 2017 г. 102 онкологических больных в возрасте 25—55 лет, проходивших лечение в поликлиническом отделении «Клинического Онкологического Диспансера» Днепропетровского Областного Совета. Целью нашего исследования было на основе изучения психопатологической феноменологии суицидального поведения больных онкологического профиля и патопсихологических механизмов их формирования разработать принципы психотерапевтической коррекции этих нарушений. Дополнительно были изучены преморбидные характерологические особенности больных, структура семьи и типы взаимоотношений у членов семьи. Экспериментально — психологическое исследование включало структурированное диагностическое интервью пациента и методики: шкалы тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина, шкала депрессии Цунга, исследование акцентуации личности по методике Леонгарда — Шмишека, шкала диагностики показателей и форм агрессии Басса — Дарки, шкала оценки качества жизни ЯЖ-100, (изучающей следующие параметры: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду).

Анализ данных экспериментально-психологических исследований и изучения эмоционального состояния пациентов группы вмешательства, показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+29,28%), по шкале тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина, значительная реактивная (+30,16%) и личностная (+27,06%) тревожность.

По шкале депрессии Цунга у 21% обследованных нами онкологических пациентов было выявлено депрессивное расстройство тяжелой формы, у 15% пациентов легкое депрессивное расстройство, у 6% пациентов депрессивное расстройство крайне тяжелой формы, у 5% пациентов среднее депрессивное расстройство. Пациенты переживали преимущественно негативные эмоции: тоску, угнетенность, испытывали чувство одиночества, бесперспективности лечения или дальнейшей жизни, утрачивали прежние интересы, стремились к изоляции от коммуникации с окружающими, теряли физическую и психическую активность.

Наблюдая динамику выраженности описанных симптомов в процессе прохождения больными психотерапии, психокоррекции и фармакотерапии в клинике, и анализируя ее с временным течением злокачественного процесса заболевания, нами отмечался волнообразный характер с выраженности невротических проявлений с двумя основными подъемами. Рост выраженности невротических расстройств и появление

суицидальных мыслей больше был выражен на диагностическом и предоперационном этапах — в моменты наибольшей напряженности стрессорирующих патопсихологических внутрличностных факторов.

Проявления невротических расстройств у онкобольных у 39% пациентов — неврастенического синдрома, в 36% случаев наблюдались в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 31% наблюдались расстройства сна, 21% — расстройств адаптации, у 4% онкобольных острой реакции на стресс.

Наибольшей вероятности развития суицидальных тенденций и поведения были подвержены больные распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны.

Комплекс психокоррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации, применение климатических и природных факторов в условиях санатория для онкобольных определялись особенностями жизненной ситуации онкологического больного, степенью выраженности функциональных нарушений организма онкологического больного, психопатологических расстройств, наличием невротических расстройств и уровнем снижения качества жизни, и наличием факторов риска формирования суицидальных мыслей и тенденций.

В качестве основных принципов психологической коррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации онкологических больных с суицидальными тенденциями и мыслями выступали этапность, последовательность, пролонгированность, недирективность, фокусированность на реальных задачах повседневной жизни онкобольного. Важными для формирования комплаенса «врач-пациент» и эффективности психотерапии оставались особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процесса, групповая динамика на всех этапах перестройки отношений пациента с окружающими людьми и кругом психосоциальной поддержки. Сложность предупреждения формирования суицидальных мыслей и тенденций у таких пациентов обусловлена психологическим фактором появления у них субъективного повода для совершения суицида: от банальных жизненных неприятностей в карьере, семье или отсутствия успеха в терапевтическом процессе, так и глубоко трагических и психотравмирующих событий в жизни онкологических больных.

Выводы: учитывая данные психодиагностики обследованных онкологических пациентов с суицидальными тенденциями (мыслями, страхами, планами), их внутреннюю картину болезни и показатели шкалы качества жизни, и соблюдая основные принципы психокоррекции и психотерапии, ланшафтной психотерапии пациентов с онкопатологией и суицидальными мыслями, можно сделать вывод, что в каждом конкретном случае задачи психокоррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации, климатотерапии определялись особенностями жизненной ситуации онкологического больного и его семьи, степенью выраженности функциональных нарушений организма онкологического больного, психопатологических расстройств, наличием невротических расстройств и уровнем снижения качества жизни, и снижением факторов риска формирования суицидальных мыслей и тенденций.

РЕАБИЛИТАЦІЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Белецкая О.М.¹, Жданова Э.Ф.²,¹ каф. медицинской реабилитации, спортивной медицины и лечебной физкультуры;² лечебный центр «Эввива»

В настоящее время лечение сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) базируется на общепринятой, но довольно узкой трактовке патогенеза: СД 2 типа обусловлен развитием инсулинорезистентности на фоне нормальной или чаще повышенной секреции инсулина на начальной стадии заболевания. Среди причин инсулинорезистентности в основном принято считать нарушение диеты, эмоциональный стресс, ожирение, гиподинамию, наследственность. Следовательно, с лечебной целью используют самоконтроль, низкоуглеводную диету, ЛФК и фармакотерапию (бигуаниды, глиниды, глитазоны, ингибиторы альфа-глюкозидазы, ингибиторы ДПП-4, сульфаниламиды, ингибиторы НГЛТ-2, комбинированные). Тем не менее, надо признать, что у большинства больных не удается полностью преодолеть инсулинорезистентность, нормализовать гликемию и препятствовать осложнениям (иногда — фатальным).

Рассмотрим более детально патогенез заболевания. Почему СД 2 типа предоставлено первое место в составе 4 компонентов постменопаузального метаболического синдрома: 1) нарушение толерантности к углеводам или СД 2 типа, 2) дислипидемия, артериальная гипертензия, 3) ИБС, 4) абдоминальное ожирение? Как видим, этот перечень соответствует патогномичным синдромам гиперкортицизма (функционального). Заметим, что постменопаузальному метаболическому синдрому часто сопутствуют и другие признаки гиперкортицизма: изменение характера женщины (аффективно застойная, депрессивная или экзальтированная акцентуация и т.д.), повышенный аппетит, иммуносупрессия (микозы, аутоиммунные, онкологические заболевания, медленное заживление ран, фурункулез и т.д.), распространенный атеросклероз, гиперкоагуляция крови, нарушение сердечного ритма, дистрофия мягких тканей (соединительной, мышечной, кожи), склонность к желчекаменной и по-

чечнокаменной болезням, остеопороз и др. дистрофические синдромы опорно-двигательного аппарата.

Функциональный гиперкортицизм в период климактерия не является специфичным. Транзиторная мобилизация, а также дезадаптация организма (с наличием инсулинорезистентности и нарушением толерантности к углеводам или СД) происходит при других функциональных и патологических состояниях (у подростков, беременных, при эмоциональных стрессах, воспалительных процессах у больных с инфекцией, травмами, ишемией, ожогами, а также при дисциркуляторной энцефалопатии и др.)

В этот период узкоспециализированное лечение дисметаболизма (в том числе гипергликемии) в определенной мере может создавать дополнительный стресс организму, сопровождающийся резистентностью к фармакотерапии и риском осложнений.

Тем не менее, в настоящее время уже существует успешная альтернатива профилактики и коррекции всех звеньев постменопаузального метаболического синдрома (в том числе СД 2 типа) методом заместительной гормональной терапии (О.В. Грищенко, Л.П. Любимова, Т.Ф. Татарчук, В.П. Сметник, и др.). Надежно зарекомендовали себя препараты: фемостон, анжелик и др. Но наличие ряда противопоказаний к гормональному лечению и отсутствие в его составе индивидуальной антистрессовой системы реабилитации также ограничивает эффективность и распространение данного метода для всех больных.

Есть основания надеяться, что новая парадигма здравоохранения с привлечением методов и средств физической и реабилитационной медицины позволит более основательно решать вопросы профилактики и реабилитации больных с возрастной дезадаптацией, в том числе — задачу реабилитации больных СД 2 типа.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Бондаренко С.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ишемическая болезнь сердца остается одной из основных причин инактивации и смертности населения, особенно трудоспособного возраста. Это требует от современной медицины разработку и использование новых, эффективных методов лечения данной категории больных.

Нами апробирована комплексная методика лечения больных ИБС, включающая электросон и электрофорез дипиридамола и уменьшающая лекарственную нагрузку на пациента, а значит и побочное действие препарата.

Электросон влияет на центральные механизмы регуляции коронарным кровотоком, восстанавливает корково-подкорковые, корково-висцеральные связи, повышает содержание кислорода в крови. Гальванический ток при транскардиальном воздействии стимулирует кровообращение в миокарде на уровне микроциркуляции, улучшает обмен веществ в миокардиоцитах, снижает свертываемость крови.

Дипиридамол обладает дезагрегантным и коронаролитическим действием. Для электрофореза использовали 1% раствор препарата, приготовленный из таблеток в 0,1 нормальном растворе соляной кислоты.

Электросон проводился от аппарата «ЭС-10—5» по главно-сосцевидной методике, причем частоту тока пациенты выбирали самостоятельно. Длительность воздействия

составляла 20—40 минут. Электрофорез дипиридамола осуществлялся от аппарата «Поток-1» по транскардиальной методике. Анод с прокладкой, смоченной лекарственным раствором, располагался на области проекции сердца спереди, катод размещался в межлопаточной области. При электрофорезе использовалась схема Келера. Электросон и электрофорез чередовались через день, по 10 процедур каждой методикой.

Под наблюдением находились больные со стабильной стенокардией напряжения 11—111 функционального класса. Диагноз верифицирован на основании анамнеза болезни, данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Положительная динамика отмечалась после первых 2—3 процедур. Это выражалось в уменьшении интенсивности, урежении или исчезновении приступов стенокардии, повышении толерантности к физической нагрузке, в улучшении общего самочувствия пациентов (нормализация ночного сна, повышение настроения и др.).

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать лечебный комплекс, включающий электросон и электрофорез дипиридамола к использованию в терапии больных ишемической болезнью сердца.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бондаренко С.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из важнейших проблем гастроэнтерологии. Поэтому поиск новых методов и методик, которые позволяют получить быстрый обезболивающий эффект и ускорить процессы репарации в области язвенной ниши заслуживает особого внимания.

Различные виды импульсных токов вполне соответствуют указанным требованиям. Не стоит забывать и о том, что местное электроимпульсное воздействие рефлекторно оказывает влияние на центральную нервную систему, особенно на тот участок, который отвечает за пораженный орган.

Для усиления местного эффекта мы применяли внутритканевую (внутриорганный) диадинамофорез новокаина. В начале процедуры больной выпивал 25 мл 5% раствора новокаина, затем осуществлялось воздействие диадинамическими токами от аппарата «Тонус». Методика воздействия токами была следующая: катод с прокладкой соответствующего раз-

мера располагался в области эпигастрия, анод — поперечно. Применялся ток «короткий период» в течение 20 минут, ежедневно. Курс лечения — 10 процедур.

Уже после первой процедуры больные отмечали выраженный обезболивающий эффект, который определялся, не только субъективно, но и при пальпации надчревной области. В дальнейшем значительно уменьшались или полностью исчезали проявления диспепсии.

Метод апробирован у 68 больных, причем язвенная болезнь желудка была установлена у 27 пациентов, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 41. Положительный результат был отмечен у 66 человек.

Таким образом, предлагаемая методика внутритканевого диадинамофореза новокаина, которая позволяет получить быстрый и стойкий терапевтический эффект, может быть рекомендована для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

МИНЕРАЛЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Борисенко Л.,

Европейский институт междисциплинарных исследований и образования (Ганновер, Германия)

Хирургические вмешательства и другие современные методы лечения, сопровождающиеся применением множества фармпрепаратов, нарушают природную способность организма к саморегуляции.

Поэтому важным условием для быстреего выздоровления является запуск именно процесса саморегуляции. Но для этого необходимо создать определенные условия.

Таковыми условиями, как подтверждено множеством наших исследований, являются, прежде всего: детоксикация организма, восстановление его минерального статуса и обеспечение кислотно-щелочного равновесия.

Способность влиять на организм в диапазоне указанных свойств была обнаружена у природного полиминерального препарата под торговой маркой «Минерол» (Украина). Изготавливается он из сырья с преобладанием уникального минерала — монтмориллонита. Это донные отложения моллюсков, водорослей и ракообразных древнего моря.

Ученые из медицинского института Говарда Хью и Massachusetts General Hospital (США) обнаружили именно в монтмориллоните элементы, составляющие мембраны клеток человека. Мембраны рассматриваются современной наукой, как важнейшие составляющие биологического организма. Они участвуют не только в образовании клетки, но и помогают ей использовать генетический материал РНК.

То есть, продукт, полученный из такого сырья, может поддерживать в организме процессы, которые, надо полагать, дали начало жизни. И потому библейское «И создал Господь человека из праха земного», похоже, имеет научное обоснование.

Дополнительным подтверждением данного предположения является похожесть минерального состава указанной субстанции и минерального состава человеческого организма (определенного по волосам).

Спрессованные тысячелетиями моллюски, водоросли и ракообразные представляют собой богатейший набор почти всех макро- и микроэлементов, в которых особенно остро нуждается организм современного человека: кремний, кальций, железо, калий, марганец, йод, цинк, хром, медь, селен и др. Всех — более 70. Из них щелочных 77%. Потому он быстро нормализует pH сред обычно закисленного организма.

Известно, что минералы являются частью ферментов, гормонов, они входят в состав всех органов и систем, они являются частью нашей крови. Однако сегодня наш организм в силу многих причин недополучает и половины всех необходимых минеральных элементов. А это — одна из главных причин нарушения кислотно-щелочного равновесия в организме. К сожалению, этот важный фактор здоровья сегодня в медицинской практике до сих пор недооценен и даже игнорирован.

Основным элементом Минерола является кремний, без которого не усваиваются все остальные минеральные элементы. Кремний — один из самых уникальных и по множеству причин дефицитных элементов в организме человека. Благодаря своим свойствам, кремний создает электрические заряженные системы.

Они обладают особенностью «приклеивать» на себя не свойственные человеку вирусы и болезнетворные микроорганизмы, а также холестерин, которые силой электрического притяжения засасываются в нанопоры Минерола и выводятся из организма.

Научно подтвержденные свойства Минерола (три в одном) достаточно быстро способствуют детоксикации организма, обогащению необходимым количеством минеральных элементов и восстановлению кислотно-щелочного равновесия. А это и есть необходимые условия для выздоровления.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИМПУЛЬСНЫХ ТОКОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМВасильева-Линецкая Л.Я.¹, Замятина Е.К.².*Харьковская медицинская академия последипломного образования¹**Харьковская железнодорожная больница на железнодорожном транспорте №1²*

При развитии плечелопаточного периартроза (ПЛП) наряду с выраженными трофическими нарушениями в капсуле и синовиальной оболочке плечевого сустава, приводящими к образованию фиброза, наблюдаются значительные дегене-

ративно-дистрофические изменения в сухожилиях и синовиальных сумках а также клинически значимые мышечно-дистонические реакции преимущественно в области плечевой манжеты, которые приводят к функциональной гипотонии

(расслаблению) одних мышц и напряжению (сокращению, укорочению) других. В мышцах плечевого пояса возникают активные триггерные зоны, что способствует развитию миофасциального болевого синдрома и определяет необходимость воздействия на него при создании алгоритма реабилитации. Это положение, как правило, используется при проведении кинезотерапии и практически не рассматривается при назначении методов физиотерапии, что и определило цель наших исследований.

Мы использовали метод амплипульстерапии, который является «золотым стандартом» традиционной антиноцицептивной физиотерапии, а также, в зависимости от используемых параметров, может оказывать миостимулирующий или миорелаксирующий эффект. Традиционно при реабилитации больных ПЛП воздействие синусоидальными модулированными токами (СМТ) проводится на область плечевого сустава при передне-заднем расположении электродов с использованием третьего и четвертого родов работы.

При разработке способа воздействия мы учли валиданное том, что основной структурой, вовлеченной в синдром ПЛП, является ротаторная манжета, включающая глубокие мышцы плеча (надостную, подостную, подлопаточную и малую круглую мышцы). Помимо двигательных функций ротаторная манжета препятствует смещению головки плечевой кости вверх при сокращении мощных поверхностных мышц плечевого пояса (дельтовидной, мышц спины и груди). Таким

образом, ротаторная манжета создает динамическую стабильность плечевого сустава.

Локальное воздействие СМТ на глубокие некрупные мышцы плеча является непростой задачей. Однако при использовании мануального мышечного тестирования поверхностных мышц плечевого пояса нами установлено, что не менее часто у больных ПЛП имеет место функциональная слабость и гипотония крупных поверхностных мышц дельтовидной, ромбовидной и передней зубчатой, тогда как подостная и малая грудная мышцы обычно укорочены и напряжены. В связи с этим предлагаемый нами алгоритм дифференцированного воздействия СМТ включает именно эти пять названных мышц, причем параметры воздействия определяются в первую очередь их функциональным состоянием — гипотонией или напряжением. Малые локальные электроды располагаем в точках нерва и мышцы или точках прикрепления мышцы (точную локализацию точек определяем по анатомическому атласу), при этом вначале воздействуем на мышцы передней, затем задней поверхности плечевого пояса, последовательно сверху вниз. Используем второй род работы, остальные параметры выбираем в зависимости от функционального состояния мышц и выраженности болевого синдрома.

Опыт лечебного применения метода показал, что уже первые 3—4 процедуры оказывают выраженный болеутоляющий эффект, что позволяет включать разработанный способ в алгоритм реабилитации больных ПЛП.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРОВ, СПЕЦИФИКА ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Вашиките И. Д.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире — 3 — 6% популяции — выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств. Аналогичная тенденция отмечается и в Украине.

Целью нашего исследования явилось особенностей проявления депрессивных расстройств аффективного и невротического регистров у студентов ВУЗов.

Всего было проведено обследование 117 студента, обнаруживающих признаки нарушений эмоционально-аффективной сферы. Клинически у всех обнаруживались различные варианты тревожно-депрессивной симптоматики.

Среди основных особенностей юношеской депрессии отмечаются выраженная гипертрофия идеаторного компонента (когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения, концентрации внимания, нарушений памяти) на фоне стертости тимического компонента депрессии. Было выявлено наличие ряда общих психопатологических особенностей: выраженный полиморфизм клинической картины с незавершенностью, фрагментарностью, изменчивостью психопатологических симптомов и нечеткой оформленностью аффективной триады. Было установлено, что особенности депрессивных состояний у изученных больных и их своеобразие следует объяснять существенным вкладом пубертатных психобиологических факторов в их формирование, что приводит к выходу на первый план характерных для подростково-юношеского возраста когнитивных, поведенческих и сомато-вегетативных расстройств.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

Вязьмітінова С. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти

У зв'язку зі сучасною ситуацією в нашій країні питання проблеми бойової психічної травми (БПТ) вельми актуальними. Проблема психогенних розладів у учасників бойових дій займає особливе місце у зв'язку з тим, що віддалені наслідки можуть проявлятися у вигляді психічних, психосоматичних, соціально — дезадаптивних станів.

Кожна війна пов'язана з «епідемією» втоми. Постійна боротьба зі станом втоми з використанням різних способів, в тому числі застосування психоактивних речовин, призводить до виснаження усіх функціональних та біохімічних ресурсів людини. Бойовий стрес може бути настільки інтенсивним, що витрачання компенсаторних ресурсів організму іноді відбувається перш, ніж включаються регуляторні механізми, що забезпечують тривалу адаптацію. В результаті цього може відбуватися фіксація симптомів дистресу на ідіаторно-осо-

бистісному рівні, що призводить до стійких змін психічних функцій, в тому числі формуванню ПТСР. Залежно від фізіологічних особистісних і соціокультуральних особливостей індивідуума ці порушення проявляються в різному ступені тяжкості і перебігу. Провідним чинником у виникненні психічних порушень є хронічна тривога, на тлі якої розвивається дефіцитарна симптоматика: соціальна відгородженість, відчуженість, емоційна притупленість, відчуття ворожості навколишнього світу, імпульсивність в поведінці та ін. Цьому також сприяють агресія, необхідна для виживання на війні, придушення емпатії для уникнення почуття провини перед загиблими, зниження моралі, знецінення власного і чужого життя і ін. З метою відновлення психічного стану учасників бойових дій кафедрою психотерапії ХМАПО була розроблена програма медико-психологічної реабілітації в са-

наторно-курортних умовах, яка включає комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

Основними завданнями медико-психологічної реабілітації є:

1. Максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя учасників бойових дій.

2. Проведення курсового відновлювального лікування та реабілітації хворих за допомогою комплексу медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних та немедикаментозних заходів.

3. Психотерапевтична та медико-психологічна допомога особам, які постраждали внаслідок участі в АТО: психокорекція наслідків невротичних розладів, реакцій на стрес і реакцій дезадаптації.

4. Психотерапевтична та психологічна корекція субкомпенсованих особистісних реакцій та наслідків неврозоподібних станів у хворих на органічні ураження головного мозку.

5. Розробка та впровадження комплексів психологічного розвантаження для осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

Форми та методи психотерапії:

1) Індивідуальна психотерапія проводиться у формі консультування із застосуванням прийомів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, а при значних сомато-вегетативних проявах — і гіпноустестивної.

2) Групова психотерапія проводиться у вигляді відкритих груп.

3) На супортивному етапі доцільно використовувати техніку «якоріння», матеріально опосередкованої психотерапії.

Попередня апробація розробленої програми у 120 учасників АТО на базі ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» показала її високу ефективність у 80% випадків.

ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ФАХІВЦІВ З МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Вязьмітінова С. О., Михайлов Б. В., Романова І. В., Криворотько Я. В., Селюкова Т. В.,

Вашикіте І. Д., Коршняк О. В., Алієва Т. А.,

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

Вступ. Сучасні проблеми післядипломної освіти в Україні фахівців з психотерапії та медичної психології пов'язані з постійним зростанням осіб, які потребують медико-психологічної допомоги. Перш за все це пов'язано з наявністю значних контингентів безпосередніх учасників військових дій в зоні АТО, свідків цих подій і постраждалих серед мирного населення, тимчасово переміщених осіб.

Загальна доктрина медико-психологічної і психотерапевтичної освіти повинна ґрунтуватися на дослідженні таких найважливіших проблем психотерапії та медичної психології, як взаємодія психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку хвороб та різноманітних психічних станів, формування уявлення хворого про своє становище та захворювання; динаміка усвідомлення хвороби, формування адекватних особистісних настанов, пов'язаних з лікуванням; використання компенсаторних і захисних механізмів особистості в терапевтичних цілях; вивчення психологічного опосередкування лікувальних і діагностичних методів і засобів з метою забезпечення їх максимального позитивного впливу на фізичний та психічний стан та розвиток адаптивних механізмів у пацієнтів з психічною патологією.

Однак є і певні особливості сучасного стану. Психогенні розлади при військових операціях, соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану постраждалих, прогнозу виникаючих розладів, а також проведення всіх можливих заходів відповідного лікування і медико-психологічної реабілітації.

Актуальною проблемою у сучасному світі є проблема підвищення кваліфікації лікарів загальної практики, лікарів психологів та практичних психологів, які працюють у медичних закладах, за мультидисциплінарним принципом. Спеціалістами, які можуть надавати медико-психологічну допомогу на сучасному етапі, є психотерапевти, практичні психологи та лікарі-психологи згідно наказу МОЗ №199 від 15.04.2003.

Нами були розроблені та затверджені навчальні програми «Екстрена психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження» та «Психосоціальна реабілітація осіб, які стали інвалідами під час проходження військової служби, та інших осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) в Україні», «Психотерапія ПТСР і розладів адаптації та медико-психологічна реабілітація учасників АТО, членів їх сімей, тимчасово переміщених осіб» (для психіатрів, психотерапевтів, лікарів-психологів, наркологів та лікарів загальносоматичної практики та для практичних психологів закладів охорони здоров'я, підрозділів ДСНС, центрів соціального захисту населення). Контроль знань здійснюється протягом навчання поетапно після вивчення окремих навчальних модулів — блоків програми, включаючи опитування, виконання тестових завдань, практичне оволодіння методиками психодіагностики та практичними навичками.

Висновки. Концептуальні положення організації післядипломної освіти фахівців з психотерапії та медичної психології мають відбудовуватися на системі єдиних державних стандартів, що до лікувально-діагностичних заходів, виконання сучасних наукових розробок та кваліфікаційних освітніх вимог.

ОКИСЛЮВАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ ТА РИЗИК АТЕРОГЕННОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Габор М.Л., Швець М.В.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України»,

м. Ужгород

Актуальність проблеми. Важливу роль у патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) відіграють порушення окисно-відновних реакцій, зокрема, недостатність факторів антиоксидантного захисту (АОЗ), що призводить до накопичення агресивних гідроперексидів у крові з пошкоджуючою дією на клітини крові, стінки судин, органів всього організму.

Мета — дослідити метаболічні процеси в системі перекисне окислення ліпідів-антиоксидантний захист (ПОЛ-АОЗ) та

простежити їх зв'язок з деякими показниками ліпідного обміну крові у хворих на ХОЗЛ.

Матеріал і методи досліджень. Обстежено 17 хворих на ХОЗЛ середньо-важкого і важкого перебігу, у яких досліджено показники ПОЛ-АОЗ та окремі показники ліпідного спектру — загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ).

Результати. Виявлено ознаки оксидантного стресу (ОС) з активацією процесів вільнорадикального окислення та надмірним накопиченням у крові первинних, проміжних

та кінцевих продуктів ПОЛ на фоні нормального вмісту вторинного — малоновий діальдегід (МДА). Наростання інтенсивності процесів ПОЛ супроводжується недостатньою активністю системи АОЗ. Активність СОД і каталази достовірно нижче порівняно з практично здоровими в 1,3—1,5 рази ($p < 0,01$).

Слід зауважити, що розвиток ОС сприяє наростанню інших метаболічних розладів, а саме порушенню ліпідного спектру крові — у 53,3% хворих виявлені підвищені рівні ЗХ (в 1,8 рази, $p < 0,001$) та в 46,1% випадків — ТГ (в 1,2 рази, $p < 0,05$), що вказує на зростання ризику атерогенності.

Проведений кореляційний аналіз між показниками системи ПОЛ-АОЗ та ліпідного профілю виявив певні зв'язки

різної спрямованості між рівнями ПОЛ та ЗХ, ТГ: прямий кореляційний зв'язок між ЗХ і ТГ та рівнем МДА (відповідно $r = 0,65$ та $r = 0,61$) і коефіцієнтом ОС (K_{oc}) ($r = 0,32$) та обернений кореляційний зв'язок між ЗХ та величиною ізольованих подвійних зв'язків (ІПЗ) ($r = -0,50$), дієнових кон'югат ($r = -0,49$), між рівнем ТГ та ІПЗ ($r = -0,39$), ДК ($r = -0,47$), кетодієнів ($r = -0,29$), основ Шифа ($r = -0,35$), Кос ($r = -0,41$).

Висновок: Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ формується особливий метаболічний статус, який характеризується: розвитком ОС певними порушеннями ліпідного обміну і наростанням ризику атерогенності у більшості пацієнтів, що потребує комплексної довготривалої корекції з можливим застосуванням немедикаментозних впливів.

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Габор М.Л., Реештар Д.В.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Актуальність проблеми. За даними сучасних досліджень, суттєву роль у патогенезі хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) відіграють порушення окисно-відновних реакцій, зокрема, недостатність факторів антиоксидантного захисту організму (АОЗ), що призводить до розвитку ендогенної інтоксикації, яка може бути одним із чинників частих рецидивів захворювання.

Мета роботи — вивчити особливості змін показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на ХОЗЛ під впливом відновлювального лікування.

Матеріал і методи досліджень. Обстежено 36 хворих на ХОЗЛ середньо-важкого і важкого перебігу. Всі обстежені проходили курс відновлювального лікування за двома лікувальними комплексами (ЛК): ЛК-1 включав 18—20 щоденних сеансів ГАТ (21 хворий), а при ЛК-2 (15 пацієнтів) — ГАТ доповнювалась інгаляціями церулоплазміну (ЦП).

Результати. Виявлено, що характерною ознакою розвитку оксидантного стресу (ОС) у даного контингенту хворих є активація процесів вільнорадикального окислення з надмірним накопиченням у крові первинних, проміжних та кінцевих продуктів ПОЛ на фоні нормального вмісту вторинного — МДА (малоновий діальдегід). Однак, інтенсивність накопичення первинних продуктів ПОЛ — ІПЗ (ізольовані подвійні зв'язки) та ДК (дієнових кон'югат), а також проміжних КД (кетодієни) дещо нижча, ніж кінцевих — ОШ (основи Шиффа). Зокрема, вміст ІПЗ, ДК, і КД у крові в 1,2—1,4 рази перевищував показники у практично здорових осіб, а вміст ОШ — в 1,8 рази.

Активність процесів ліпопероксидації супроводжується недостатньою активністю системи АОЗ, що проявляється достовірним зменшенням в еритроцитах крові активності одних із основних ферментів ферментної (супероксиддисмутази — СОД та каталази) та неферментної ЦП ланок антиоксидантної системи. Активність СОД, каталази та рівень ЦП є достовірно нижче порівняно з показниками практично здорових осіб в 1,3—1,7 рази ($p < 0,001$). Зазначені зміни у хворих на ХОЗЛ свідчать про недостатність компенсаторних можливостей системи АОЗ при підвищеній активності процесів ПОЛ та підтверджують патогенетичну роль цих порушень у

формуванні ОС, що може бути одним із факторів прогресування захворювання.

Відновлювальне лікування з використанням ГАТв цілому позитивно впливає на показники системи ПОЛ-АОЗ, вирівнюючи їх співвідношення. Це проявляється достовірним зниженням інтенсивності нагромадження продуктів ПОЛ, підвищенням показників активності АОЗ організму. Однак, виразність позитивних змін досліджуваних біохімічних показників системи ПОЛ-АОЗ у хворих на ХОЗЛ в процесі лікування неоднакова і залежить від застосованих лікувальних впливів.

Зокрема, під впливом ГАТ (ЛК-1) відмічено тільки нормалізацію вмісту проміжних та кінцевих продуктів ПОЛ — КД та ОШ. Водночас, вплив ЛК-1 на показники АОЗ виявився недостатньо ефективним — спостерігалась нормалізація тільки рівня ЦП. Активність СОД та каталази під впливом ЛК-1, хоч достовірно і підвищилась (в 1,2 рази), однак залишилась суттєво нижчою, порівняно з контролем. Слід підкреслити, що після лікування зниження активності АОЗ зберігалось у 67% пацієнтів за активністю СОД та у 47% випадків за активністю каталази. Виявлені зміни показників стану системи ПОЛ-АОЗ під впливом ГАТ свідчать про наявність суттєвих залишкових розладів у функціонуванні даної системи, для усунення яких необхідно, ймовірно, більш тривалий час або призначення додаткової корегуючої метаболічної терапії.

Більш виразні позитивні зміни показників досліджуваних систем встановлені при доповненні курсу ГАТ інгаляціями ЦП за ЛК-2 (10—12 щоденних процедур), як препарату з антиоксидантними властивостями, що може сприяти активізації процесів елімінації залишкових токсичних продуктів обміну. Зокрема, у пацієнтів, яким призначено ЛК-2, спостерігається нормалізація вмісту первинних, проміжних, вторинних і кінцевих продуктів ПОЛ (ІПЗ, ДК, КД, МДА і ОШ). Водночас, на відміну від хворих попередньої групи, активність СОД нормалізувалась, а активність каталази та рівень ЦП достовірно підвищились.

Висновок: Таким чином, застосування комплексного лікування за ЛК-2 є більш ефективним у хворих на ХОЗЛ, оскільки справляє виразний позитивний вплив на метаболічні розлади в системі ПОЛ-АОЗ.

МЕТОД ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ІНТЕРНАЛІЗОВАНИХ ОТНОШЕНЬ

Гавриленко М. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Одним из формализованных методов психотерапевтического интервью, используемым для выявления центральных моделей отношений, является специальная форма интервью, разработанная Люборским в 1990 г., которая носит название RAP-интервью (Relationship-Anecdotes-Paradigm, парадигмы отношений в сценах).

При стандартном RAP-интервью обследуемому предлагается рассказать субъективно важные для него эпизоды реально происходивших и существенных для него отношений.

Время для изложения каждого эпизода не ограничивается, в среднем 50-минутное интервью включает в себя 8—10 эпизодов отношений.

Применимость RAR-інтерв'ю не имеет ограничений, связанных с возрастом, уровнем образования и культурным статусом рассказчика, и имеет следующие принципиальные возможности применения: 1) определение индивидуальных моделей отношений; 2) исследование нозологических групп моделей защитных механизмов; 3) исследование самопредставления и представления об объекте; 4) изучение развития центральных моделей отношений и объектных отношений в биографическом разрезе; 5) выяснение категориальных понятий обследуемого в его представлениях о человеческих взаимоотношениях.

Используется следующая инструкция, которую интервьюирующийся дает пациенту перед началом интервью:

«Мы будем говорить о Ваших отношениях с другими людьми. Я прошу Вас рассказать о происшествиях из Вашей жи-

ни, связанных с другими людьми. Каждая история должна описывать особый случай, конкретную ситуацию или сцену, которые почему-либо имеют для Вас особенное значение — положительное или отрицательное. Вспоминайте случаи из Вашей прошлой и нынешней жизни, в которых участвуют разные люди. Не забывайте, пожалуйста, каждый раз говорить: 1) когда это случилось; 2) кто в этом участвовал; 3) что говорил или делал этот человек; 4) что говорили или делали Вы сами; и — 5) чем все закончилось. Перескажите, пожалуйста 10 (или больше) таких происшествий».

RAR-інтерв'ю Люборского — это способ интерпретации конфликтных отношений, смыкающийся с клиническими процедурами составления заключения, который организует материал таким образом, чтобы выявить формирующие интралитерализованные структуры отношений.

ВПЛИВ ПИТНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНОЇ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Гайсак М.О.¹, Чайковська Т.В.¹, Куля Г.М.², Пілка О.Д.², Дяків О.Б.²

¹Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород;

²ДП «Санаторій «Поляна»

Актуальність проблеми: В системі комплексного лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) важлива роль належить санаторно — курортному етапу реабілітації. Особливе значення мають природні мінеральні води (МВ) з вираженими кислотонейтралізуючими та олужнюючими властивостями, аніонний склад яких представлений переважно гідрокарбонатами. Одним із механізмів лікувального ефекту МВ при ЦД є їх вплив на функцію підшлункової залози (ПЗ).

Метою роботи була оцінка ефективності 21—24-денного курсу питного прийому вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої борної середньомінералізованої МВ Поляна-Купіль на функціональний стан ПЗ та глікемічний профіль пацієнтів з ЦД 2 типу.

Матеріал і методи досліджень: Обстежено 53 хворих на ЦД 2-го типу, легкої / середньої важкості, в стадії компенсації / субкомпенсації (20 чоловіків, 33 жінки) віком від 25 до 79 років (55,5 ± 3,2 років), які перебували на реабілітаційному лікуванні в санаторії «Поляна». Досліджувався глікемічний профіль пацієнтів, а також оцінювався функціональний стан ПЗ за авторським беззондовим методом фракційного дослідження α-амілази сечів міжтравний (МП) і постпрандіальний період (ПП) панкреатичної секреції.

Результати: Під впливом лікування, на фоні позитивної клінічної динаміки, у 60,4% хворих виявлено зниження базального рівня глюкози (з 9,71±0,91 до 7,81±0,74 ммоль/л, P<0,01), більш виразно, на 32% — при рівні глікемії натще до 10,0 ммоль/л. Найнижчий рівень цукру досягнутий на 12—15 день лікування у більшій половині обстежених, в середньому на 13,2±0,97 день лікування. Виявлені також позитивні зміни функціонального стану панкреатичної секреції — майже у 2 рази підвищилась активність α-амілази сечі, як натще (з 12,8±1,2 до 20,2±0,9 г/год.л, P<0,01), так і в період травлення (з 15,2±1,4 до 24,0±1,3 г/год.л, P<0,05), а також дебітів α-амілази — в МП (з 313,6±32,3 до 521,6±41,2 г/год.л, P<0,01) і ПП (з 412,6±52,3 до 614,4±41,3 г/год.л, P<0,05). Спостерігалось також певне підвищення швидкості діурезу, з 0,87±0,13 до 1,03±0,17 мл/хв.

Висновок: Одержані результати дозволяють припустити, що одним із механізмів позитивного ефекту дії гідрокарбонатної натрієвої МВ на показники глікемічного профілю у хворих на ЦД є її специфічний сприятливий вплив на функціональний стан ПЗ, зокрема, її екболічну та гідрокінетичну функції.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СЛАБКМІНЕРАЛІЗОВАНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД З РІЗНИМ ВМІСТОМ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПЕРЕБІГ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО НЕФРИТУ

Гуца С.Г., Б.А. Насібуллін, Польщакова Т.В., Гладкий Т.В., Могілевська Т.В.

Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса

У комплексному лікуванні захворювань нирок все ширше застосовують поряд з медикаментозними і немедикаментозні методи лікування, зокрема, природні лікувальні ресурси, тобто мінеральні води (МВ), пелоїди, глини та ін. Саме МВ набули широкого застосування у медичній практиці можливості тривалого застосування, сполученню загальної неспецифічної дії на процеси саногенезу організму з впливом на місцеві патогенетичні механізми. Проведення доклінічних досліджень на експериментальних тваринах з відтворенням у них відповідної патологічної моделі дозволяє визначити наявність чи відсутність лікувальних властивостей застосованої МВ.

Модель токсичного ураження нирок у білих щурів-самців відтворювали одноразовим підшкірним введенням 0,5 mg уранілацетату, розчиненого в 0,5 ml 50% водного розчину гліцерину на 100 g маси тіла щура. Відтворення моделі нефриту у щурів супроводжувалось різким скороченням тривалості життя (5—7 діб). 60 тварин було розподілено на 4 групи. 1 група — інтактні щури (контрольна група порівняння). 2 гру-

па — тварин з нефритом, 3 та 4 групи — тварини з нефритом, які на другий день після відтворення патології отримували курсом, протягом 7 діб, у режимі водного навантаження, у добовій дозі 1% від маси тіла з підвищеним умістом органічних речовин (С орг. 0,012 g) слабкомінералізовану хлоридно-гідрокарбонатну натрієво-магнієво-кальцієву воду свердловини (свр.) № 120—РГ/121—РГ ділянки надр Центральна Помірецького родовища Трускавець та з підвищеним умістом органічних речовин (С орг. 0,016 g) слабкомінералізовану гідрокарбонатну магнієво-кальцієву воду, свр. № 77 села Романівка Чемеровецького району Хмельницької області, що фасується під торгівельною маркою «Збручанська 77». Дослідження функціонального стану нирок проводили на 8 добу. Розвиток експериментального нефриту (ЕН) у щурів супроводжується значним, на 266% збільшенням об'єму добового діурезу (ОДД) за рахунок збільшення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) на 42% (p < 0,001) при одночасному зменшенні відсотку зворотного всмоктування рідини на 10,02% (p < 0,001) порівняно з контрольними величинами. Добова

екскреція азотистих продуктів обміну набуває збільшення: виведення креатиніну збільшується на 42%, а сечовини — на 120% ($p < 0,001$). Збільшуються добова екскреція з сечею іонів калію, натрію та хлорид-іонів на 430, 46 та 147% відповідно. У щурів, які на фоні розвитку нефриту отримували курс навантажень МВ свр. № 120—РГ/121—РГ відбувається часткова нормалізація сечоутворення. ШКФ перевищує контрольні величини на 36% (у щурів з ЕН — на 42%), а відсоток зворотного всмоктування рідини у каналцях нефронів зменшено на 0,94% (у щурів з ЕН — на 1,02%). Таке співвідношення показників парціальних процесів у нирках призводить до значного зниження об'єму добового діурезу, який все ж перевищує контрольний показник на 151% (у щурів з нефритом — на 266%). Визначено деяке зменшення добової екскреції креатиніну та сечовини, порівняно з щурами з нефритом, але рівень контролю ці показники перевищують. Показник рН добової сечі значно (на 25%) зсувається у лужний бік. Екскреції іонів калію, натрію та хлоридів знижуються на 145, 15 та 74% у порівнянні з II групою, але не досягають рівня інтактних тварин і залишаються підвищеними. У тварин, що вживали МВ «Збручанська 77», ОДД знижується у порівнянні з I, II та III групами, але перевищує контрольну величину на 90%, відсоток каналцевої реабсорбції також зменшується, але відріз-

няється від даних інтактною групи на 0,69%, при цьому ШКФ перевищує дані всіх груп та дані I групи на 90%. Таку ж тенденцію має виведення креатиніну, його величина перевищує дані інтактних тварин на 90%. При цьому, повністю відновлюється екскреція сечовини, хлорид-іонів та рН добової сечі; екскреція іонів калію значно зменшується і перевищує дані контролю тільки на 73%, а екскреція іонів натрію не тільки відновлюється, а ще й знижується навіть нижче групи контролю на 70%.

Отже, застосовані МВ чинять односпрямований коригуючий вплив на порушення функціонального стану нирок: помірно нормалізують сечоутворювальну та екскреторну функції нирок з деякою перевагою МВ свр. № 120—РГ/121—РГ (МВ «Збручанська» чинить більший відновлювальний вплив на іонорегулюючу функції нирок). Можна припустити, що деяка відмінність за силою отриманого ефекту обумовлена тим, що щури отримували МВ свр. № 120—РГ/121—РГ в умовах експериментального візду нефасовану (безпосередньо зі свердловини).

Таким чином, проведені експериментальні дослідження доводять, що лікувально-столови МВ з підвищеним умістом органічних речовин здійснюють підтримуючий вплив на стан функціональної активності нирок при моделюванні нефриту.

ДОСЛІДЖЕННЯ КИСЛОТОНЕЙТРАЛІЗУЮЧИХ ТА ОЛУЖНЮЮЧИХ ЕФЕКТІВ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД В УМОВАХ «INVITRO»

Дичка Л.В., Голубка О.П., Гайсак М.О.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Вступ. Результатами фундаментальних досліджень сучасної медицини переконливо доведено, що в основі прогресування хронічної патології провідну роль відіграють метаболічні порушення, зокрема метаболічний ацидоз (МА), латентні форми якого супроводжують більшість хронічних захворювань. Питний прийом природних мінеральних вод (МВ), які володіють системним олужнюючим ефектом, сприяє сповільненню прогресування МА і формування соматичної стадії метаболічних порушень.

Мета — опрацювати методологічний підхід до кількісної оцінки олужнюючих та кислотонейтралізуючих властивостей природних МВ, провести їх класифікацію.

Матеріал і методи дослідження. Кількісна оцінка системних олужнюючих властивостей (ОВ) в умовах «invitro» проведена для 17 фасованих МВ різних бальнеологічних груп із застосуванням двох методик — кислотонейтралізуючих властивостей (КНВ) — буферної ємності (БЕ) та нейтралізуючої здатності (НЗ) та ОВ — за показником потенційного кислотного навантаження МВ — PRAL (potential renal acid load) за модифікованою методикою T.Remer F.Manz).

Результати. За величиною КВ МВ були розділені на дві групи: МВ буферної дії (НЗ > 40 ммоль HCl / 100 мл МВ) та МВ з

незначно вираженими КНВ (НЗ < 40 ммоль HCl / 100 мл МВ) за рахунок розведення шлункового секрету. Величина КНВ залежить не стільки від мінералізації МВ, скільки концентрації в ній гідрокарбонатів. Прямо пропорційна залежність ($r=0,98$) є властивою лише для тих МВ, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати. Аналіз ОВ МВ за величиною PRAL показав, що практично всі МВ з наявністю у складі гідрокарбонатів мають величину PRAL < 0 (тобто володіють системним олужнюючим впливом). Величина показника для досліджених вод коливається від -1,5 до -115,6 од. Виявлена достовірна обернена кореляція з рівнем HCO_3^- , Na, Mg, Ca, K ($P < 0,001$). Одержані в умовах «in vitro» результати підтверджені дослідженням одноразової дії МВ на функціональний стан шлунку, результатом яких є узагальнена таблиця середньої тривалості олужнюючої дії МВ залежно від величини НЗ та PRAL.

Висновок: МВ з наявністю у складі гідрокарбонатів, як біологічно активні буферні розчини, володіють системним олужнюючим та кислотонейтралізуючим ефектами, кількісна оцінка яких вже в умовах «invitro» дозволяє розробити персоналізований підхід до їх застосування, з урахуванням функціонального діагнозу та стану хворого.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ ЧИННИКІВ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Драгомирецька Н.В., Заболотна І.Б., Іжа Г.М., Шевченко Н.О., Малихіна Т.І.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», Одеса

Актуальність відновлювального лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) визначається широким розповсюдженням та зростанням захворюваності, значним зниженням якості життя хворих, великою загрозою ускладнень захворювання (кровотечі зі стравоходу, стравохід Барретта, аденокарцинома стравоходу) та тривалим лікуванням із застосуванням антисекреторних препаратів, прокінетиків, антацидів, альгінатів.

Невирішеними залишаються такі важливі питання як недостатня ефективність стандартної терапії у хворих з рефрактерною ГЕРХ, побічна дія інгібіторів протонної помпи, наявність коморбідної патології.

Останнім часом особлива увага приділяється дослідженню коморбідної патології у хворих на ГЕРХ, серед якої найчастіше зустрічаються функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (диспепсія, синдром подразненого кишечника), хронічний панкреатит, хронічний холецистит, жирової хвороба печінки, гіпертонічна хвороба, порушення вегетативної регуляції, психоемоційні та фобічні розлади, в результаті чого хворому приходить тривало приймати велику кількість медикаментозних препаратів.

Вищенаведене стимулює пошук нових немедикаментозних технологій лікування ГЕРХ, спрямованих на підвищення лікування основного та супутніх захворювань органів травлення,

скорочення дози та терміну прийому медикаментозних засобів (за рахунок чого зменшується кількість ускладнень), запобігання розвитку ускладнень ГЕРХ, підвищення якості життя, тим більш, що нині не існує єдиного концептуального підходу до відновлювального лікування хворих даної нозологічної категорії із використанням природних фізичних чинників.

Виходячи з розуміння етіопатогенетичних механізмів розвитку та прогресування ГЕРХ, можна припустити, що ство-

рення диференційованих методів лікування із застосуванням гідрокарбонатних та сульфатно-гідрокарбонатних мінеральних вод та лікувальних пелоїдів, спрямованих на зменшення епізодів ГЕРХ, нормалізацію кислотоутворюючої функції шлунка, відновлення функціонального стану гепатобіліарної системи та підшлункової залози, сприятиме підвищенню ефективності лікування, попереджанню прогресування запальних змін стравоходу.

ДИНАМІКА ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

^{1,3}Драгомирецька Н. В., ^{1,3}Заболотна І. Б., ²Малихіна Т. І.

¹ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України»;

²ПрАТ «Укрпрофоздоровниця «ДП «Клінічний санаторій ім.Горького», Одеса

³Одеський Національний Медичний Університет

Мета роботи — вивчення ефективності мінеральної розведеної води (МРВ) свердловини № 3—к у сольових концентраціях 3,0—4,0 г/дм³ та 6,5—7,5 г/дм³ (ДП «СКК» Моршинкурорт) у корекції ліпідного та вуглеводного обмінів у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Під спостереженням знаходилось 60 хворих на НАЖХП, які рандомізовано було розподілено на дві групи. Курс лікування становив 21—24 дні.

I групу складало 20 осіб, які у комплексі курортного лікування (дієтоterapia, бальнеотерапія) отримували мінеральну розведену воду (МРВ) свр. № 3—к у розведенні 3,0—4,0 г/дм³.

II групу складало 20 осіб, які у комплексі курортного лікування отримували МРВ свр. № 3—к у розведенні 6,5—7,5 г/дм³.

III групу (контрольну) складало 20 осіб, які у комплексі курортного лікування отримували звичайну питну воду у тому ж режимі дозування.

Проведене лікування сприяло суттєвому поліпшенню клінічного перебігу захворювання в I та II групах спостереження (p<0,001).

Позитивні зміни ліпідного спектру крові, як біохімічного показника НАЖХП, відбувалися в обох групах, що приймали мінеральну воду. Так, в I групі спостерігалось зниження рівня загального холестерину (p<0,02), β -ліпопротеїдів (p<0,02)

та тенденція до зменшення тригліцеридів (p>0,05). Але більш суттєве зниження концентрації ЗХ (p<0,01), β -ЛП (p<0,01) та вірогідна динаміка ТГ (p<0,05) спостерігалися лише у II групі хворих, що на наш погляд, пов'язано із збільшенням мінералізації МРВ.

З огляду на те, що ЛПНЩ є фракцією ліпідів, яка забезпечує проатеогенний профіль, рахуємо важливим зниження їхнього рівня майже на 22% в результаті питного курсового прийому води у II групі (p<0,05), чого не спостерігалось у I групі пацієнтів.

Причому, звертаємо увагу на короткий термін (21—24 дні), протягом якого вдалося досягти суттєвого зменшення дисліпидемії, що можна співставити з ефектами від вживання статинів.

Динаміка позитивних змін вуглеводного обміну характеризувалася статистично значущим зменшенням інсулінорезистентності, яка є провідним патогенетичним чинником НАЖХП (p<0,05).

Вищевикладене обґрунтовує доцільність курсового питного прийому МРВ № 3—к (ДП «СКК» Моршинкурорт) у різних розведеннях у комплексному відновлювальному лікуванні хворих на НАЖХП.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ РОЗЛАДИ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

Живилова Я. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

Вивчення психічних розладів органічного походження стає все більш актуальною проблемою сучасної медицини. За поширеністю осіб з органічними ураженнями головного мозку, які здійснюють протиправні дії внаслідок розладів психіки і поведінки вони знаходяться на другому місці після шизофренії.

Метою нашого дослідження було на основі вивчення клінічної структури і патопсихологічних механізмів формування психічних розладів у хворих, на органічні ураження центральної нервової системи, які скоїли суспільно-небезпечні дії, розробити принципи їх психотерапевтичної корекції та психопрофілактики в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом.

Були вивчені 90 хворих віком від 18 до 60 років з психічними розладами органічного походження, які скоїли суспільно-небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом. Дослідження буде проведено під час стаціонарного перебування в ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України». На етапі лікування ці хворі були розподілені на основну групу — 50 хворих, яким проведено психотерапевтичний супровід за розробленою програмою та групу контролю — 40 хворих, які отримували тільки стандартне лікування. Розподіл був проведений методом випадкової вибірки.

Всім обстеженим було проведено клініко-психопатологічне дослідження та психодіагностичне дослідження, яке включало діагностичне інтерв'ю, опитувальник Спілберґера — Ханіна (СХ) для оцінки реактивної та особистісної тривожності, шкали тривоги та депресії Гамільтона (HDRS), характерологічний опитувальник для виявлення особистісно-характерологічних акцентуацій Леонгарда — Шмішека, діагностичний опитувальник агресивності Басса — Даркі, шкала Mini-Mental State Examination (MMSE), тест Равена (для визначення інтелектуальних здібностей).

Були систематизовані патогенетично значимі фактори формування психічних розладів органічного походження у хворих, які скоїли суспільно-небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом.

На підставі отриманих даних була розроблена система психотерапевтичної корекції хворих на психічні розлади органічного походження, які скоїли суспільно-небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах лікарні з суворим наглядом. Система була спрямована на оптимізацію соціалізації пацієнтів шляхом мобілізації когнітивних, мотиваційних та емоційних ресурсів, а також реінтеграцію хворого в мікро- та макросоціальному середовищі.

Апробація цієї системи показала її високу ефективність у 80% випадків.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Жулько Д.В.

Областная клиническая больница, Одесса.

Фізична та реабілітаційна медицина в аспекті доказової медицини

Нарушение эрекции в составе сексуальной дисфункции является неоспоримым предшественником сердечно-сосудистых заболеваний. Неотъемлемым маркером данных патологий является, асимметричный диметиларгинин.

Цель исследования: выявление связи эндотелиальной дисфункции (ЭнД) и степени эректильной дисфункции (ЭрД) у пациентов со стресс-индуцированной гипертензией и коррекция выявленных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 45 работников разных профессий, средний возраст $47,4 \pm 1,7$ года, с диагностированной гипертонической болезнью II - III стадии и признаками ЭрД. Всем пациентам проводилась оценка проявлений ЭрД по шкалам МИЭФ-5и МКФ, а также лазерная доплеровская флоуметрия полового члена (ЛДФ). Определение уровня маркеров ЭнД: эндотелина - 1(ЭТ-1), асимметричного диметиларгинина (АДМА), и определение уровня высокочувствительного С-реактивного белка (hs -CRP).

У всех пациентов исключено наличие других факторов, приводящих к развитию сексуальной дисфункции. Гормональные исследования находились в диапазоне нормы, в то время, как уровень общего тестостерона смещался к нижним нормативным значениям, андрогенный индекс $> 65\%$, неврологический статус без особенностей. По данным опросников МИЭФ и МКФ диагностированы расстройства эректильной функции легкой и средней степени тяжести. По данным ЛДФ был изменен базальный кровоток и выявлены нарушения, соответствующие спастической форме микроциркуляторных нарушений. Определение маркеров ЭнД: у всех пациентов концентрация АДМА выше нормы $0,575 \pm 0,27$ мкмоль/л, что нами расценено как неблагоприятный признак в плане тече-

ния ЭрД, а также наличия высокого риска сердечно-сосудистых осложнений; ЭТ-1 у 100 % исследуемых превышал референтные значения и в среднем составил $0,78 \pm 0,12$ фкмоль/мл, что способствовало стимуляции ЭТ-1 стойкой вазоконстрикции. Базовый уровень hs-СРР у 71,1 % пациентов оказался выше 3 мг/л, являясь признаком вялотекущего воспалительного процесса и связанного с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, у 28,9 % указывало на начальные стадии атеросклероза и составило от 1 -3 мг/л. Пациенты получали терапию, направленную на коррекцию артериального давления, с исключением препаратов, ухудшающих половую функцию, курс терапии преформированного фактора одностороннего действия: - ректальное введение озонида «Bazon-RVPO 600», ежедневно на ночь по одному шприцу (1 доза), на протяжении 30 дней лечения. Через месяц схему повторяли. Терапия направленная на снижение выраженности проявлений ЭрД: комплекс микронутриентов- Потенза 1к. в 3дня, в течение месяца. При выраженной клинике ЭрД дополнительно осуществлялся прием И-5-ФДЭ – Конегра делюкс по 50 мг x 1 р/д через день 1 месяц.

После лечения показатели АДМА и ЭТ-1 снизились, что расценивалось как улучшение метаболизма эндотелия. Показатели ЛДФ существенно улучшились за счет увеличения притока крови в систему микроциркуляции, увеличения пассивного механизма регуляции кровотока, вазодилатации. В результате по баллам опросников уменьшились показатели нарушения половой функции.

Следовательно, лечение пациентов с ЭрД на фоне стресс-индуцированной артериальной гипертензии требует курсовых схем лечения с целью коррекции дисфункции эндотелия и перевода терапии из симптоматической в патогенетическую.

КЛИНИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ «РОЩА» — АКАДЕМИЯ: КАФЕДРА ФИЗИОТЕРАПИИ, КУРОРТОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ — МНОГОЛЕТНЯЯ СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Журавлев В.А., Л.Д. Тондий*, О.Е. Грязева

Клинический санаторий «РОЩА» ДП. Пр. «Укрпрофздравницы»

Кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины ХМАПО*

Триединство (треугольник) — всегда символ монолитности, силы и единства. Это подтверждает наше трехстороннее сотрудничество в науке, лечении и подготовке кадров для санаторно-курортной системы.

Создание и организация нашего санатория непосредственно связана с активным участием ректора ХМАПО, заслуженного деятеля науки и техники, профессора Николая Ивановича Хвисюка, сотрудников Академии.

С первого дня работы санатория в выборе необходимых методик лечения и диагностики, в консультации больных, проведении научно-практических конференций участвовал коллектив кафедры. Все врачи и средний медицинский персонал санатория проходили обучение основам физиотерапии и курортологии на кафедре.

Именно в «РОЩЕ» была апробирована и внедрена программа непрерывного повышения профессионализма сотрудников. Все врачи санатория участвуют в научных исследованиях, направленных на повышение эффективности санаторного лечения и реабилитации. Список их опубликованных работ составляет более сотни. Опубликованы три монографии.

Коллектив санатория, совместно с сотрудниками кафедры, участвовал в работе более 40-ка съездов, симпозиумов, республиканских научно-практических конференций.

На базе санатория выполнялось две докторские диссертации. По инициативе главного врача Журавлева В.А. и с участием кафедры в санатории были созданы Центр реабилита-

ции металлургов, Центр колортерапии, Центр апитерапии, Центр детоксикации.

Среди первых в стране коллектив санатория, совместно с кафедрой начал, разрабатывать программу санаторной реабилитации онкологических больных после радикальных хирургических вмешательств.

Творческое, плодотворное сотрудничество кафедры и санатория способствовало внедрению ряда инноваций: использование гемосканирования, метода Малыгина, озонотерапии, плазмафореза, санаторной подготовки к искусственному оплодотворению женщин, селективной колортерапии, су-джок-терапии, аппаратному вытяжению при остеохондрозе. В «РОЩЕ» созданы максимально комфортные условия для климатотерапии, талассотерапии.

Хорошие результаты, полученные в результате реабилитации, объясняют интерес к санаторию со стороны иностранных граждан: стран ближнего зарубежья, Ближнего Востока, западно-европейских государств. Они в санатории — достаточно частые гости.

Санаторий — среди лучших в объединении «Укрпрофздравница», его коллектив награжден более 50-тью дипломами, грамотами.

Ближайшие планы работы коллектива санатория «РОЩА» — активное внедрение в практику санаторно-курортного лечения методов и методик нового направления в медицине — «Физическая реабилитационная медицина».

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В СТРУКТУРЕ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Завальная Е. П., Тондий О. Л.,

Кафедра неврологии и детской неврологии,

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Болезнь Паркинсона (БП) или идиопатический паркинсонизм — одно из наиболее распространенных дегенеративных заболеваний нервной системы, обусловленное дегенерацией nigrostriарных нейронов и нарушением функции базальных ганглиев.

Помимо классических моторных симптомов, в клинической картине БП присутствуют и немоторные проявления. По мере прогрессирования заболевания некоторые из них приобретают доминирующее клиническое значение, оказывая негативное влияние на качество жизни пациентов, приводя к их инвалидизации и сокращая продолжительность их жизни.

Наиболее частыми из них являются аносмия, тревога, депрессия, запоры, нарушения фазы сна с быстрыми движениями глаз, боли. Одним из самых частых немоторных проявлений БП является болевой синдром. Частота боли у больных БП, по данным разных авторов, колеблется от 40 до 70% и превышает таковую в общей популяции (10—40%) (Махнев С.О., Левин О.С.). Упорные боли в плечелопаточной области, неподдающиеся традиционным методам лечения, считаются возможным предиктором дальнейшего развития БП (Giuffrida R. et al., 2005). Боли в области плеча и плечелопаточной области (особенно двуглавой мышцы плеча) занимают ведущее место в структуре болевого синдрома при БП и выявляются на начальных стадиях болезни на стороне появления первых двигательных симптомов практически в 100% случаев. По мере прогрессирования заболевания и вовлечения в патологический процесс второй стороны, присоединяются боли и во втором плече, но сохраняются на стороне более грубых двигательных нарушений.

По данным исследований, физиотерапевтические методы можно эффективно применять начиная с I стадии заболевания с целью уменьшения болевого синдрома, снижения мышечного тонуса, улучшения трофики тканей.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения физических факторов в лечении болевого синдрома на ранних стадиях БП. Нами было обследовано 42 пациента (29 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 52 до 65 лет с установленным диагнозом болезни Паркинсона в стадии 1,5—2 по шкале Hoehn&Yahr. Наиболее чаще встречалась ригидно-дрожательная (27 человек) и акинетико-ригидная (15 пациентов) формы. Все пациенты предъявляли жалобы на наличие болевых ощущений, скованности, ограничения подвижности в области плечевого сустава, стягивания, слабости, онемения в руке и пальцах кисти, неловкости в руке при выполнении мелкой движений, слабости, провоцирующиеся в начале физической нагрузки и неудобным положением тела, а со временем болевые ощущения приобретали постоянный характер.

Со слов пациентов, болевой синдром явился первой жалобой с которой началась манифестация клинических проявлений БП. Двигательный дефицит был выражен еще незначительно и не влиял на качество жизни пациентов. Пациенты отмечали боль, ограничение подвижности в верхнем плечевом поясе, в шейном отделе позвоночника (все 42 человека), скованность и стягивание в руке (34 человека), дрожание в руке, провоцирующее вначале эмоциональными факторами (27 больных). Пациенты не могли свободно причесываться, чистить зубы, одеваться, писать и т. д. Данные жалобы мешали повседневной активности пациентов и влияли на качество жизни.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее данные жалоб, неврологического статуса,

анамнеза болезни и жизни, дополнительных методов исследования (рентгенография, МРТ шейного отдела позвоночника, рентгенография плечевого сустава). Для объективной оценки степени выраженности двигательных нарушений были использованы II и III части шкалы UPDRS — Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Выраженность болевого синдрома в области плечевых суставов и позвоночного столба оценивалась по визуально-аналоговой шкале ВАШ — от 4 до 7 баллов. Пациенты обращались за помощью к вертебрологу. В связи с отсутствием выраженности вертебрального статуса при клиническом и параклиническом исследовании (рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография) пациенты были направлены на консультацию к неврологу, где и был поставлен диагноз БП.

Все пациенты с болевым синдромом были разделены на 2 группы. Всем пациентам было назначено патогенетическое лечение. В первую группу (15 пациентов) входили пациенты, которым на ранних стадиях БП была назначена антиапоптозная, нейропротекторная терапия в виде препаратов амантадина или ингибиторов МАО, а также воздействие физических факторов в виде сочетания синусоидальных модулированных токов, бальнеотерапии (радоновые ванны) и переменного магнитного поля.

Выбор сочетания именно этих физических факторов неслучаен, обусловлен их механизмом действия на патогенез и саноногенез заболевания. Синусоидальные модулированные токи (СМТ) применяются с целью влияния на нейромоторный аппарат спинного мозга. СМТ назначают паравертебрально на шейно-грудной и пояснично-грудной отделы позвоночника, 3—4-й РР по 5 мин каждый, ЧМ 80—30 Гц, ГМ 50—100%, ежедневно, 10—12 процедур на курс.

Переменное магнитное поле является легким миорелаксантом, обладает противоотечным действием за счет улучшения венозного оттока, улучшает трофику тканей и их регенерацию, имеет свойства антиоксиданта. Воздействие проводилось вдоль позвоночного столба (частота 100Гц, магнитная индукция 27мТл), экспозиция — 12—15 минут. Радоновые ванны, кроме выраженных противовоспалительного (репаративно-регенеративного), анальгетического, метаболического (участие в гликолизе и липолизе), иммуностимулирующего, сосудорасширяющего эффектов, также участвует в образовании ДОФА, ДОФА-хинонов и ДОФА-аминов, стимулирующих образование меланина. Кроме того, указанные физические факторы кумулируют и потенцируют воздействие друг друга. Курс воздействия каждым из факторов составил по 10—12 процедур.

Вторую группу составили 27 человек, которые принимали только медикаментозную терапию препаратами амантадина и ингибиторов МАО.

После проведенного курса лечения отмечалось улучшения состояния и уменьшение выраженности болевого синдрома в 94.1% случаев. Субъективно пациенты чувствовали себя лучше, вырос объем движений, появилась дневная активность, уменьшилась тревога и страх за свое здоровье, вернулся интерес к работе и окружающим.

Таким образом, сочетание и комбинирование нейропротекторной терапии и физиотерапевтического лечения является эффективным и помогает сохранить двигательную активность пациентов. Применение ФТЛ в комплексном лечении болевого синдрома на ранних стадиях БП позволяет уменьшить выраженность болевых ощущений и позволит отсрочить назначение противопаркинсонических препаратов.

ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПЕРІАРТРИТОМ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Завялова О.Р., Яцюк В.М., Федяева С.І., Ломейко С.М.

Львівський Національний медичний університет ім. Д. Галицького, ФПО,

Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини

Актуальність, мета дослідження. Біль в області плечового суглоба, що пов'язаний з патологією періартикулярних тканин, одна з найпоширеніших скарг з боку опорно-рухового апарату серед дорослого населення. Поширеність даної патології у віці від 35 до 45 років становить 4—7%, а у віці старше 60 років — 15—20% (Сергієнко Р.А., 2006). Незважаючи на широке поширення даної патології лікування часто буває край складним, тривалим і малоєфективним. Ряд авторів (Сокрут В. М. та ін, 2001., Хитров Н.А., 2007) пропонують різноманітні схеми лікування включаючи як консервативні, так і хірургічні методи. Метою нашого дослідження було вивчення впливу екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) на перебіг періартрит плечового суглоба.

Методи. Під нашим спостереженням перебувало 87 пацієнтів (37 чоловіків, 50 жінок) у віці 39—60 років, у яких

був діагностований періартрит плечового суглоба. Всі хворі отримали ЕУХТ.

Лікування проводилося апаратом Master Puls MP 100 швейцарської фірми Stors Medikal. Пацієнти на ділянку суглоба і тригерні точки отримували 2000 імпульсів протягом сеансу, з частотою імпульсів від 1—15 Гц, силою удару 1,5—3,0 бар протягом 3—5 хв. Курс лікування становив 3—4 процедури з інтервалом між сеансами в 3—4 дні.

Результати дослідження оцінювалися за шкалою функцій плечового суглоба (ФПС), яка мала інтервал від 0 до 12 балів, також за даними клінічного стану і результатів ультрасонографії.

По завершенні курсу лікування за шкалою ФПС відзначено поліпшення на 4,9 пунктів відповідно в порівнянні з вихідними даними.

ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМ СИНДРОМОМ

Кас І.В., Земляна О.В., Устименко Т.П., Соснова К.С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Тривожно-депресивний синдром є одним з найбільш розповсюджених у структурі психічних та неврологічних захворювань, з його проявами часто зустрічаються лікарі різних спеціальностей при лікуванні соматичних захворювань. Складності терапії тривожно-депресивного синдрому, до яких належать, зокрема, велика кількість побічних ефектів та високий ризик розвитку залежності при застосуванні медикаментозних антидепресивних та протитривожних засобів, змушують до пошуку нових шляхів оптимізації його лікування.

У хворих з тривожно-депресивним синдромом доведеною є ефективність низькочастотної магнітотерапії. У той же час, відомо, що одним з найбільш дієвих засобів зменшення тривожних та депресивних проявів є фізична активність. У зв'язку з цим, метою нашої роботи було порівняльне дослідження ефективності застосування у хворих із змішаним тривожним та депресивним розладом низькочастотної магнітотерапії та певного комплексу фізичних вправ — у сполу-

ченні та окремо — на тлі однакової медикаментозної терапії. Під спостереженням перебували 142 пацієнти психіатрично-го відділення ХКЛ ЗТ № 1 Філії «ЦОЗ» ПАТ «Укрзалізниця» у віці від 23 до 48 років. 43 з них, поряд із медикаментозними препаратами, отримували низькочастотну магнітотерапію без застосування інших фізичних факторів, 50 — лікувальну фізкультуру, у 49 хворих комплексна терапія містила обидва методи.

Оцінювання ефективності лікування здійснювалося з використанням Госпітальної Шкали Тривоги та Депресії та кольорового тесту М. Люшера до та після курсу лікування. Наші дослідження свідчать про достовірно більш значущу позитивну динаміку у пацієнтів, лікувальний комплекс яких містив низькочастотну магнітотерапію у сполученні з комплексом фізичних вправ, та доцільність впровадження елементів фізичної реабілітаційної медицини для лікування пацієнтів з тривожно-депресивним синдромом у практику лікарів різних спеціальностей.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ЗА СЧЕТ МОДУЛЯЦИИ ПАРАМЕТРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Кипенский А.В.

Национальный технический университет

«Харьковский политехнический институт»

Физиотерапевтические процедуры предполагают воздействие на организм природными или искусственно созданными физическими факторами для лечения больных, профилактики заболеваний и медицинской реабилитации. В качестве искусственно созданных физических факторов наиболее часто применяются электрическая (воздействие постоянным, импульсными или переменными токами; электромагнитным полем) и механическая (механические воздействия твердым телом, жидкой или газообразной средой) энергия. Основной задачей такого воздействия является изменение паталогического процесса в сторону нормализации.

Известно, что одной из особенностей человеческого организма является его адаптация к любому внешнему воздействию, в том числе, и к воздействию физическими факторами, которые применяются с лечебной целью. Таким образом, то, что когда-то обеспечило выживание человека в процессе

его эволюции, в данном случае может привести к снижению терапевтического результата. Выходом, на наш взгляд, из этой ситуации является использование различных видов модуляции параметров (интенсивность и периодичность) воздействующего физического фактора. Сегодня в физиотерапевтических аппаратах широко используется амплитудная, частотная и импульсная (амплитудно-импульсная, частотно-импульсная и широтно-импульсная) виды модуляций. Следует отметить, что использование микропроцессорной техники в физиотерапевтической аппаратуре существенно расширяет вариативность модуляции параметров воздействующего физического фактора.

Среди новых направлений здесь, прежде всего, следует отметить изменение модулирующего сигнала по некоторому периодическому закону. При этом наиболее часто используется пилообразный закон (нарастающая пила — модулирующий

сигнал збільшується від u_{\min} до u_{\max} (в заданому діапазоні), а потім різко зменшується до u_{\min} і зменшувальна хвиля — модулюючий сигнал зменшується від u_{\max} до u_{\min} а потім різко збільшується до u_{\max} і закон трикутника, який може бути рівностороннім (швидкість наростання модулюючого сигналу рівна швидкості його зменшення) або розностороннім (швидкість наростання модулюючого сигналу не рівна швидкості його зменшення). Деякі дослідники стверджують, що в одному з цих випадків має місце збуджуючий ефект, а в іншому — седативний. Крім того, можливо змінення модулюючого сигналу по трапецеїдальному закону.

Перспективним напрямком є вплив на біосинхронізацію, т.е. автоматичне змінення параметрів збуджуючого фізичного фактора синхронно з ритмічними процесами (серцеві скорочення, дихальні акти) в організмі людини.

Використання різних видів модуляції параметрів збуджуючого фізичного фактора дозволить не тільки підвищити лікувальний ефект, але й створити нові методи фізіотерапії.

СКАНДИНАВСЬКА ХОДА ЯК АДАПТИВНА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДАХ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Колеснік Н. М., Михайлов Б. В.

Кафедра психотерапії ХМАПО,

Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України

Велику роль у відновленні функцій рухового апарату відіграє застосування елементів адаптивної фізкультури. Одним з найсуттєвіших інвалідізуючих наслідків гострих порушень мозкового кровообігу інсультів, є порушення рухів — парези і паралічі. Більшість існуючих методів реабілітації зосереджено на професійній і фізичній терапії, вони спрямовані на відновлення пацієнта до звичного для нього повсякденного життя і професійної діяльності. Ці методи полягають в різних вправах, які об'єднують пасивні та активні рухи, що відновлює нейронні зв'язки.

Основні завдання, які доводиться вирішувати в період лікування хворих з ЦВЗ можна розподілити таким чином: відновлення (поліпшення) порушених функцій; побутова і соціальна адаптація до наявного дефекту; профілактика повторного інсульту і інших серцево-судинних захворювань; лікування супутніх захворювань.

Практичну значущість скандинавської ходи (далі — СХ) в реабілітації інвалідів з різними захворюваннями науково обґрунтовано і доведено в наукових роботах. СХ, як один з елементів адаптивної фізкультури і спорту сприяє поліпшенню серцево-судинної системи на 22% і більше (Foley, 1994; Jordan, 2001; Morss et al., 2001; Porcari et al. 1997 і ін.). СХ зміцнює

опорно-руховий апарат, при цьому підвищується еластичність м'язів, зв'язок і сухожиль, зміцнюються суглоби. СХ на 26% знижує навантаження на тазостегнові, колінні і голеностопні суглоби (Wilson et al, 2001; Hagen, 2006; Mayo Clinic, 2008, Young-Hoo Kwon, 2008). Вона задіє близько 90% м'язів людини в одній вправі і збільшує витривалість м'язів верхніх кінцівок (трицепсів) і м'язів шиї, спини і плечового пояса на 38%. (Karawan і ін., 1992; Koskinen і ін., 2003 і ін.). А також збільшує утворення «позитивних» гормонів, зменшуючи вироблення «негативних». (Singh khalsa, 1997), підтримує стійкість до стресів і покращує стан людей з порушеннями психіки, в тому числі з деменцією і хворобою Альцгеймера (Stoughton. 1992; Mommert — Jauch, 2003). Дослідження американського вченого Д. Джордана показали, що з палицями різні дистанції досліджені проходили на 20% швидше, ніж без палиць, витрачаючи колосальний обсяг енергії — 64%, і при цьому практично не втомлювалися.

Підвищення загального рівня рухової активності в результаті формування стійких навичок виконання вправ СХ виводить інвалідів з різними захворюваннями на більш високий рівень їх психофізичного стану. Надалі це дозволяє перейти на якісно новий режим виконання тренувальних навантажень.

ВЕРТЕБРОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЯК ЗАСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Колісник П.Ф., Кравець Р.А., Колісник С.П., Гуменюк І.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Проведення комплексу заходів медичної реабілітації з метою досягнення високого рівня якості життя пацієнтів при хронічному перебігу захворювань є важливим наступним етапом після стаціонарного лікування. Тому метою нашого дослідження була розробка індивідуалізованих ефективних програм багаторівневої медичної реабілітації при серцево-судинних захворюваннях.

Нами обстежено 111 хворих з порушеннями ритму серця та кардіалгіями при супутніх дорсопатіях і остеопорозі хребта. Серед обстежених пацієнтів було 54 чоловіки (середній вік яких становив $42,6 \pm 1,0$ рік) та 57 жінок (середній вік — $42,5 \pm 0,9$ роки). Вік хворих коливався від 18 до 50 років і складав в середньому $42,5 \pm 0,7$ роки.

Обов'язковою умовою аналізу рентгенограм пацієнтів був пошук травмуючих елементів, тобто тих структурних змін сегментів шийно-грудного відділу хребта розташування, напрямку та розміру яких достатній для травматизації сегментарних судинних та нервових структур або спинного мозку. Всім пацієнтам проводили електрокардіографію перед початком реабілітації, через 5 хв. після 1 лікувального сеансу та після курсу реабілітації. Вибір вертебротерапевтичних засобів залежав від виявлених травмуючих елементів.

Отримані результати, свідчать про те, що частота серцевих скорочень зменшувалась, а сумарна амплітуда зубця Т у відведеннях V4—V6 достовірно збільшувалась після першого

сеансу вертебологічного лікування з $85,9 \pm 2,5$ до $70,9 \pm 1,49$ ударів за хвилину ($p < 0,001$) та з $6,2 \pm 0,5$ до $8,4 \pm 0,5$ мм ($p < 0,01$) відповідно.

Методом холтерівського моніторингу ЕКГ було обстежено всіх 111 пацієнтів. Результати свідчать про те, що після проведеного курсу лікування відбувалось зменшення середньої частоти серцевих скорочень з $78,9 \pm 1,0$ до $74,3 \pm 1,0$ ударів/хвилину ($p < 0,01$).

При цьому максимальна частота серцевих скорочень, зареєстрована протягом доби, мала тенденцію до нормалізації: зменшення ЧССmaxD (вдень) на 5,4% ($p < 0,01$) та ЧССmaxN (вночі) на 6,4% ($p < 0,01$). Після проведення повного курсу вертебологічного лікування достовірно зменшувалась абсолютна кількість шлуночкових екстрасистол з $1153,3 \pm 515,0$ до $22,5 \pm 4,3$ за добу ($p < 0,05$), тригеміній з $80,5 \pm 30,6$ до $1,3 \pm 0,6$ за добу ($p < 0,05$), а також надшлуночкових екстрасистол — з $432,1 \pm 79,4$ до $122,9 \pm 28,2$ ($p < 0,001$).

Таким чином, порушення серцевого ритму та кардіалгії при супутніх дорсопатіях і остеопорозі пов'язані з патологічними змінами в сегментах хребта, тому доцільно використовувати в якості методу медичної реабілітації вертебологічні засоби в залежності від виявлених захворювань хребта та травмуючих елементів: мануальну терапію, післяізометричну релаксацію м'язів, гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації, лікувальну фізкультуру в тракційно-тренуючому режимі.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРИХ ІХС ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Колоденко О.В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (м. Одеса)

Мета роботи — вивчити клініко-психологічні особливості хворих на ІХС з супутньою патологією після хірургічної ревааскуляризації міокарду на етапі відновлювального лікування.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 170 хворих з ІХС та супутньою патологією, через 2 — 3 місяці після хірургічної ревааскуляризації міокарду (ХРМ), які отримували стандартну медикаментозну терапію та комплекс санаторно-курортної реабілітації. Середній вік хворих склав 58,7±8,9. Пацієнти основної групи (n=135) були поділені на 3 підгрупи в залежності від супутньої патології: підгрупа 1 — 45 хворих із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ); підгрупа 2 — 50 хворих із супутнім цукровим (ЦД); підгрупа 3 — 40 хворих із супутнім гонартрозом. Контрольну групу склали 35 пацієнтів з ІХС без супутньої патології.

Результати та їх обговорення. Вірогідне підвищення індексу атерогенності у всіх пацієнтів основної групи, особливо у хворих з супутнім ЦД на 86,4% та АГ — на 66,6% ($p < 0,01$), при ОА — на 52,6% ($p < 0,05$). Виражена інсулінорезистентність та підвищення індексу НОМА майже в 5 разів було у хворих з супутнім ЦД та в 4 рази у хворих з супутньою АГ.

Рівень лептину був підвищений у всіх групах, особливо в групі хворих із супутньою АГ майже в 2 ($p < 0,05$), та у хворих з ЦД — в 2,5 рази ($p < 0,01$). Вірогідне підвищення депресії та тривоги було виявлено у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом, а саме підвищення цих показників на майже у рази в порівнянні з контрольною групою. У хворих з супутнім ЦД було зниження фізичної працездатності та фракції викиду в порівнянні з контрольною групою та в порівнянні між пацієнтами основної групи. Після проведеного курсу відновлювального лікування ми спостерігали вірогідне зниження індексу атерогенності та НОМА, та рівня лептину. Окрім того, відмічалось зниження показників тривожності на 25,6% та депресії на 21,7% у пацієнтів основної групи.

Висновки. Таким чином, у пацієнтів з ІХС після ХРМ, було виявлено суттєве підвищення індексів атерогенності та НОМА, а також рівня лептину, на тлі підвищення рівнів тривожності та депресії у пацієнтів з супутньою патологією, особливо у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом. Відновлювальне лікування сприяє нормалізації метаболічних показників та ризику прогресування атеросклеротичних процесів.

АППАРАТЫ КОРОБОВА А. — КОРОБОВА В. «БАРВА-СДС» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ФОТОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Коробов А.М., Шевченко О.В., Коробов В.А.

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за период с 1980 по 2014 год число людей, страдающих сахарным диабетом, возросло от 108 миллионов до 422 миллионов. На 2015 год количество смертей взрослого населения, вызванных сахарным диабетом и его осложнениями, превышает 5 миллионов человек. По статистике International Diabetes Federation в 2015 году каждый 11-й взрослый человек на планете был болен СД, а при условии сохранения тенденции роста, в 2040 году будет болен каждый 10-й взрослый человек. За последние 10 лет распространенность сахарного диабета в Украине увеличилась в полтора раза, и по состоянию на 1 января 2015 года в стране зарегистрировано 1,2 млн больных, что составляет приблизительно 2,9% от всего населения. Синдром диабетической стопы является одним из наиболее грозных осложнений сахарного диабета и наблюдается у 10—25% больных сахарным диабетом. К сожалению, на сегодняшний день лечение диабетической стопы в большинстве случаев заканчивается ампутацией ног. До 70% от общего числа ампутаций ног приходится именно на больных сахарным диабетом. Каждые 30 секунд в мире проводится ампутация ног у больных с синдромом диабетической стопы. По данным разных авторов послеампутационная смертность таких больных на протяжении двух лет превышает 50%.

На сегодня в большинстве стран мира для профилактики и лечения синдрома диабетической стопы применяется комплекс мероприятий, включающий нормализацию углеводного обмена (диета и сахароснижающие препараты), разгрузка пораженной конечности, местная обработка язвенных дефектов, противомикробная терапия, хирургическое лечение.

В 1989 году Всемирная организация здравоохранения и Международная диабетологическая федерация опубликовали Сент-Винсентскую декларацию, цель провозглашения которой — качественное улучшение ведения больных сахарным диабетом. В декларации поставлена задача снижения вдвое числа ампутаций конечностей вследствие диабетической гангрены.

Неутешительная эпидемиологическая ситуация с сахарным диабетом, а следовательно, и синдромом диабетической

стопы, требует постоянно вести поиск новых эффективных методов профилактики и лечения такого тяжелого осложнения сахарного диабета, каким является синдром диабетической стопы.

Целью данной работы являлась разработка и создание аппаратов для реализации принципиально новых (инновационных) высокоэффективных методов профилактики и лечения синдрома диабетической стопы с помощью низкоинтенсивного электромагнитного излучения оптического диапазона спектра (ЭМИОДС).

Материалы и методы. Научной базой для выполнения работы послужили результаты фундаментальных исследований, выполненных в НИ лаборатории квантовой биологии и квантовой медицины Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина и посвященных изучению действия света различных спектральных диапазонов на иммунную систему экспериментальных животных с моделью асептического перитонита.

Клиническим фундаментом послужили результаты работ, выполненных научными сотрудниками ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т.Зайцева НАМН Украины», разработавшими методики комплексного лечения синдрома диабетической стопы с использованием ЭМИОДС для проведения фототерапии.

Результаты. Исходя из назначения аппарата (профилактика и фототерапия синдрома диабетической стопы) и опыта использования первых конструкций аппаратов серии «Барва», было принято решение по созданию двухсекционного аппарата для одновременного облучения обеих ног пациента.

Конструктивно аппарат представляет собой две Г-образные секции, которые образованы общим основанием и задней стенкой, расположенными под прямым углом, а также четырьмя боковыми стенками, которые установлены на таком расстоянии друг от друга, чтобы обеспечить одновременное комфортное размещение и эффективное облучение двух ног в аппарате.

Равномерное облучение ног в каждой секции осуществляется сверхъяркими светодиодами, смонтированными на платах, установленных на основании, задней и боковых стенках

аппарата. Усовершенствованная модель аппарата предусматривает установку в передней части каждой секции пассивного отражателя, выполненного из полированного листа нержавеющей стали.

Выводы. Опыт использования предыдущих моделей и первые результаты клинических и санитарных испытаний

данного аппарата позволяют констатировать, что внедрение разработанных аппаратов Коробова А. – Коробова В. «Барва-СДС» в практическую медицину позволит существенно снизить риск развития синдрома диабетической стопы и в 3-5 раз снизить количество ампутаций нижних конечностей, что даст огромный социальный и экономический эффекты.

ФОРМУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ З БОЙОВОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ В НАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ ТА ПРИНЦИПИ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кориняк В.О., Кориняк Т.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Визначення «легкого травматичного ушкодження головного мозку, що обумовлений вибуховою хвилею» є проблемою як у військовий та мирний час. Розповсюдженість травмизації і пошкодження центральної нервової системи (ЦНС) в учасників бойових дій на сході України займають друге місце після кульових та осколочних поранень тулуба та кінцівок.

Механізми травматичного ушкодження ЦНС, що спостерігаються при вибуховій хвилі є складними та багатофакторними процесами і залежать від місця впливу вибухової хвилі на головний мозок. Ступінь пошкодження вибуховою хвилею головного мозку визивають декілька факторів, одна з яких це невідповідність акустичного опору під час проходження вибухової хвилі скрізь тканини різної щільності, що призводить до механічного пошкодження. Вибухова хвиля індукує миттєву зміну у внутрішньочерепному тиску голови, що призводить до утворення бульбочок, особливо на границі ліквору та мозку та призводить до пенетрації (розповсюдження патологічного процесу за межі органу чи частини тіла) і кавітації тканин мозку, розрушення аксональних шляхів.

При обстеженні учасників бойових дій нами були виявлені у них порушення чутливості по типу гемігіпестезії (вона відмічалася на стороні удару вибухової хвилі), які відрізнялися значною вираженістю, відносною гомогенністю, динамічністю або незвичайною стабільністю та гіпестезією органів чуття на тій же стороні; на стороні сенсорного дефекту був відсутній корнеальний рефлекс та мало місце пригнічення сухожильних і періостальних рефлексів, зниження м'язового тону та м'язової сили з легкою геміатаксією, не різко вираженим симптомом Штрюмпеля та Барре на стороні гемігіпестезії. Синдром тотальної анестезії відмічався у хворих, яким вибухова хвиля була направлена в обличчя: для неї були характерні відсутність всіх видів чутливості по всьому тілу. За даними І.Й. Шогама, при різних варіантах порушення чутливості тотального типу відмічається порушення висхідних ретикуло-неокортикальних впливів з виникненням дифузних вторинно-кортикальних порушень чутливості або зміна низхідних впливів на ступінь збудливості екстерорецепторів та інших сенсорних структур. При цьому типі порушення чутливості мають місце порушення висхідних ретикуло-неокортикальних впливів з виникненням дифузних вторинно-кортикальних порушень чутливості або зміна низхідних впливів на ступінь збудливості екстерорецепторів та інших сенсорних систем.

Розлади чутливості по гемітипу проявлялися чітко вираженістю, відносною гомогенністю та надзвичайною стабіль-

ністю і гіпестезією органів відчуття на тій же стороні — на стороні сенсорного дефекту був відсутній корнеальний рефлекс, зниження нюху, більша чутливість на язиці, смаку, зниження слуху на цій же стороні. На стороні сенсорного дефекту було пригнічення періостальних та сухожильних рефлексів, зниження м'язового тону та м'язової сили. Даний синдром у більшості хворих був стабільним без значної динаміки на протязі року та більше.

При наявності цього синдрому неможливого уявити вогнище або навіть декілька вогнищ пошкодження в границях сенсорних систем, які б дали картину глобального половинного сенсорного дефекту, включаючи гіпестезію органів відчуття. Відомо, що одностороння зміна смаку, слуху та нюху виникають тільки тоді, коли пошкоджені відповідні рецепторні апарати або перші нейрони і ядра в яких вони закінчуються. Вже тільки на основі цих фактів можна думати, що при пошкодженні мозку вибуховою хвилею і даними гемісиндромами, мова йде про втягнення в процес екстралемніскових утворень, яка функціонально об'єднує в межах однієї половини мозку різні специфічні системи — сенсорні та ін.

Підсумовуючи все вище вказане можна відмітити, що сучасна бойова черепно-мозкова травма з струсом та забоем головного мозку легкого ступеня важкості характеризується більш важким протіканням в гострому періоді в порівнянні з ЧМТ мирного часу. ЗЧМТ, що обумовлена вибуховою хвилею є стресом, який опосередковується через головний мозок і призводить до напруження вегетативних механізмів та чітко супроводжується вегетативними порушеннями, що носять перманентний характер. Структурно-функціональна недостатність надсегментарних структур, яка має місце в гострому періоді бойової ЗЧМТ, може розвинути в подальшому житті хворих, коли від них знадобиться напруження адаптивних механізмів, що в свою чергу може в подальшому призвести до їх зриву. ЗЧМТ, що одержана в період ведення бойових дій, є комплексом структурно-функціональних змін нервової системи адаптивного плану, які являють собою динамічний, багаторівневий процес. Ступінь вираження та динаміка клінічних проявів, структурних та функціональних порушень, основних патогенетичних процесів прямо залежать від ступеня важкості одержаної травми. Кожен пацієнт, що переніс ЧМТ, потребує мультидисциплінарного підходу. Психотерапевт під час сеансів допомагає пацієнту зрозуміти і прийняти факт травми та її наслідків, підказує способи вирішення таких насущних проблем, як виникнення комплексів, нових переживань, нав'язливих міркувань.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ОТДАЛЕННИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВИХ ТРАВМ

Кориняк Е.В., Колесник Н.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Травматизм среди причин смерти занимает третье место, а в молодом и среднем возрасте — первое. По данным Всемирной Организации Здравоохранения частота закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ) возрастает в среднем на 2% в год и составляет от 50 до 70% в общей структуре травм. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из ведущих причин инвалидизации населения. Медико-социальное зна-

чение ЗЧМТ обусловлено преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста. Повреждения головного мозга ежегодно получает 1млн. 200 тысяч человек, из которых 100 тыс. признаются инвалидами, причем 40—60% из них второй и первой групп. По долговременным прогнозам, ожидается дальнейший рост частоты ЧМТ, а соответственно и увеличение количества больных с отдаленными последствиями (по

МКБ-10 — Т90.5). Как показывается статистика, в среднем у 2х больных из 3х (50—80% наблюдений), имевших в анамнезе ЗЧМТ, через разные сроки проявляются отдаленные последствия в различных клинических вариантах, протекающие с частыми состояниями декомпенсации, временной нетрудоспособности, нередко с последующей инвалидизацией. Таким образом, ЧМТ является не только медицинской, но и социальной проблемой, так как требует значительных экономических затрат как на собственное лечение, так и на социальную реабилитацию.

Выделяют следующие клинические формы ЗЧМТ: 1) сотрясение головного мозга; 2) очаговые ушибы мозга: легкой, средней и тяжелой степеней; 3) диффузное аксональное повреждение мозга; 4) травматическое сдавление мозга. В зависимости от характера, течения, времени возникновения, влияния на социальную адаптацию клинические проявления и последствия ЧМТ могут быть разделены на три группы: дефицитарные синдромы, невротоподобные синдромы и прочие неврологические синдромы (гипертензионный, эпилептический, вестибулярный, вегетативный синдромы). Однако клинические проявления последствий ЧМТ характеризуются разнообразным сочетанием различных синдромов и других расстройств. Клинико-функциональные проявления ЧМТ в восстановительном периоде, когда решается вопрос о трудоспособности и тактике дальнейшей реабилитации претерпевают значительных изменений. Так у большинства больных исчезает или существенно смягчается очаговая симптоматика, гипертензионные проявления, психические нарушения, ярко выраженные в остром периоде, и др. Практическое выздоровление или стойкая компенсация наблюдается приблизительно у 30% больных с последствиями ЧМТ. У 15% пациентов имеющиеся нарушения после легкой травмы проявляются посткоммоционным синдромом. Вместе с тем, между степенью тяжести ЧМТ в острый период и отдаленными последствиями нет прямого параллелизма: несмотря на «легкость» острой ЧМТ и относительно быстрое восстановление больных, в отдаленном периоде у них могут развиваться различные нейропсихические и соматические последствия.

В экспертной диагностике степени выраженности психоорганического синдрома используются такие экспериментально-психологические исследования: для обнаружения симптомов утомляемости, снижения темпа психической деятельности, ослабления внимания — применяется корректурная проба, метод Шульце, счет по Крепелину, отсчитывание; для выявления расстройств памяти используют заучивание слов, пересказ несложных сюжетов; особенности мышления оце-

ниваются с помощью методик раскрытия смысла пословиц, сравнения понятий и предметов; личностные особенности — в ходе клинической беседы, а при достаточной сохранности интеллекта — с помощью личностных опросников. В качестве дополнительных методов исследования актуальными будут КТ, МРТ, ликворологическое исследование, ЭЭГ, РЭГ, позитронно-эмиссионная томография (в отдаленном периоде является чувствительнее КТ), ЭХО-ЭГ, а также консультации смежных специалистов. Очень важным является возможность диагностирования травматической болезни на начальных этапах и определение исходов ЧМТ. Для этого используют шкалу исходов Глазго (ШИГ), в которой предусмотрено 5 исходов: выздоровление, умеренная инвалидизация, грубая инвалидизация, вегетативное состояние, смерть.

В соответствии с современной концепцией инвалидности, базирующейся на трехмерной модели ВОЗ «болезнь — ограничение жизнедеятельности — социальная недостаточность», ограничение жизнедеятельности больного с последствиями ЗЧМТ представляет собой отсутствие возможности участвовать в повседневной деятельности в обычном для здорового человека объеме. Этот фактор является барьером в среде обитания больного и ставит его в невыгодное положение по сравнению со здоровым.

Основными принципами реабилитации являются: 1) комплексность лечебно-восстановительных мероприятий; 2) этапность и преемственность лечения; 3) направленное воздействие на личность больного с учетом преморбидных особенностей. В основе реабилитации больного с последствиями ЧМТ должна быть индивидуальная программа, составленная с учетом реабилитационного потенциала, включающая весь комплекс медицинских и социальных мероприятий и предусматривающая достижение максимального уровня реабилитации — полной, частичной или бытовой. Помимо медицинской и профессиональной, используется и социальная реабилитация. Она предусматривает обучение инвалида самообслуживанию в зависимости от характера дефекта, а также психотерапию, гипноз, терапию интеллектуальными играми. Нередко необходима психологическая поддержка и членам семьи больного. Для этого нами введена система дифференциальной психотерапии, которая соответствует сферам выделенных синдромов в отношении вегетативных проявлений: варианты аутогенной тренировки, групповой психотерапии, личностной коррекции и когнитивно-поведенческая терапия (КБТ), направленная на коррекцию эмоциональных нарушений депрессивного и депрессивно-тревожного спектра у больных с последствиями ЧМТ.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ

Криворотько Я. В., Криворотько К. І.

Кафедра психотерапії, Харківська медична академія післядипломної освіти

Дослідженнями останніх років показано зростання психологічних та неспсихотичних психічних розладів у жінок під час народження під наглядом акушерів-гінекологів. Особливо актуальною ця проблема стає під час хірургічного втручання у гінекологічних відділеннях та ускладнень під час вагітності та пологів. Саме психологічні проблеми та неспсихотичні психічні розлади у жінок можуть посилювати органічні порушення небажаних ускладнень під час хірургічних втручань у гінекологічному відділенні та в акушерському стаціонарі. Комплексний медико-психологічний супровід жінок дозволяє проводити психопрофілактичні, психогігієнічні та психокорекційні заходи у жінок протягом лікування хвороб та під час вагітності.

Для запобігання чинників розвитку різноманітних неспсихотичних розладів проводиться медико-психологічний супровід жінок у перинатальному центрі в декілька етапів. На першому етапі необхідно первинне психотерапевтичне інтерв'ю, яке проводиться у жіночій консультації при первинному прийомі лікаря акушера-гінеколога. Наявність гінекологічних або акушерських ускладнень потребує подальшої медико-психологічної корекції. Наступний етап відбувається в умовах стаціона-

ру: в гінекологічному відділенні до або після хірургічного втручання, в акушерському стаціонарі — протягом перебування на лікуванні або до та після кесаревого розтину.

За наявності показань у жінок проводилась короткострокова психотерапія. Було застосовано раціональну психотерапію, елементи когнітивно-біхевіоральної, гештальт-терапії, арт-терапії, аутогенного тренування та інші. Впровадження даного комплексу психотерапевтичних методик в практику роботи лікаря-психолога, практичного психолога, психотерапевта дозволяють поліпшити психологічний стан жінок під час лікування у жіночих консультаціях та гінекологічному та акушерському стаціонарі і забезпечує можливість профілактики та лікування неспсихотичних психічних розладів у жінок, формування у них адекватного ставлення до хвороби та вагітності.

Результати досліджень показали високу ефективність застосованої психотерапевтичної корекції у жінок з гінекологічними проблемами та у вагітних, яка сприяла формуванню стабільного психо-емоційного стану, зниженню соматичних ускладнень у жінок.

САНАТОРИЙ «ЕЛОЧКА» И КАФЕДРА — МНОГОЛЕТНЕЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Кривошлыков Ф.И., Хакимова А.М.

Базовый санаторий «Елочка», ДП ЗАО «Укрпрофздравниці»

Организация, развитие, совершенствование лечебно-профилактической работы и реабилитации в «Елочке» проходили в тесном сотрудничестве с коллективом опорной кафедры по физиотерапии Харьковской медицинской академии последилового образования. На кафедре проходила подготовка врачей санатория по вопросам курортологии, а для среднего звена медработников, проводились тематические семинары. Совместно проходил выбор методик лечения в санатории детей и взрослых, в том числе и людей преклонного возраста.

По инициативе главного врача санатория Ф.И. Кривошлыкова было проведено исследование действия на организм человека еще не изученной минеральной воды «Елочка». Совместно с учеными кафедры были проведены исследования, посвященные действию питьевого лечения «Елочкой» на сердечно-сосудистую систему, гепато-билиарную систему, что способствовало сертификации воды и использованию ее в комплексном санаторном лечении. Врачи санатория подготовили несколько публикаций, посвященных использованию минеральной воды «Елочка» в лечении заболеваний верхних

дыхательных путей, органов пищеварения и сердечно — сосудистой системы.

По рекомендации кафедры в санатории внедрили новое лечебное направление — светодиодотерапию, значительно расширившую лечебные возможности, благодаря использованию методик селективной фототерапии — лечения красным, оранжевым, желтым, зеленым, голубым, синим фиолетовым цветом.

Врачи санатория принимали активное участие в научно-практических конференциях, проводимых кафедрой.

Сотрудники кафедры и ХМАПО — профессора Л.Д. Тондий, О.Н. Нечипуренко, О.А. Цодикова — читали лекции для медработников санатория, проводили практические занятия, клинические разборы, что способствовало повышению профессионализма врачей и медицинских сестер санатория.

В наше время, в связи включение в здравоохранение страны нового направления «Физическая реабилитационная медицина», врачи санатория совместно с коллективом кафедры готовятся к включению в лечебный процесс принципов и методов этого перспективного направления.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Крок Е.З.

КУОЗ «Харьковская городская клиническая многопрофильная больница № 25»

Сегодня оперативное лечение применяется только у 10—15% больных с грыжами межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела, всем остальным при наличии болевого синдрома назначается консервативная терапия. В условиях нашего стационара она включает комплексное использование медикаментозной терапии, лечебной гимнастики, тракций позвоночника и физиотерапии. Назначение всех методов проводится с учетом выраженности болевого синдрома и включает препараты и методы, оказывающие противоболевое, противоотечное и противовоспалительное влияние. В результате восстанавливается состояние позвоночно-двигательных сегментов, уменьшаются контрактуры позвоночных мышц, а у ряда больных происходит уменьшение размеров грыжи.

С первых дней в комплексную реабилитацию включается лечебная гимнастика и сухая (накраватная) тракция позвоночника с использованием груза (примерно 10% от веса тела пациента) продолжительностью до часа. Процедуру проводят после ручной пробы ортопедов-травматологов на вытяжение и только при хорошей его переносимости. Еще более эффективным при наличии статико-динамических нарушений мы считаем подводное горизонтальное вытяжение позвоночника (по Лисунову) с увеличением груза от 4—6 кг до 15 кг. Вытяжение в теплой воде $t = 34^{\circ}\text{C} - 35^{\circ}\text{C}$, выполняющей роль мышечного релаксанта, способствует растяжению тканей, уменьшению мышечных контрактур, снижению внутридискового давления и, в результате, снижению интенсивности болевого синдрома. У ряда больных мы применяем подводное вытяжение с дополнительной его активизацией с помощью гидромассажа струей воды (1—1,5 атм.) более теплой, чем в бассейне ($t = 37 - 40^{\circ}\text{C}$).

С целью более быстрой ликвидации болевого синдрома с первых дней в комплекс реабилитации включаем методы электроимпульсной терапии, которые являются «золотым стандартом» антиноцицептивной физиотерапии: амплипульстерапию (в том числе по методике центральной электроаналгезии), диадинамотерапию, чрескожную электростимуляцию. Для оказания противоотечного и противовоспалительного влияния назначаем ЭП УВЧ, переменное магнитное поле, ДМВ-терапию в олиготермической дозировке. При наличии периферического пареза с целью восстановления двигательной функции применяем электростимуляцию паретичных мышц, электрофорез прозерина, дибазола, витамина В1.

При умеренной интенсивности болей в комплексе с тракциями и кинезотерапией эффективно применение электрофореза и ультрафонофореза анестетиков, бишофита, протеолитических ферментов (лидазы, карипаина, карипазима), а также массажа, в том числе по методике Су Джок, игольчатых аппликаторов Ляпко, аппарата «Дюна» зонально и по методике Су Джок, аппликаций парафина и озокерита.

Наш опыт комплексной реабилитации свидетельствует о ее высокой эффективности у больных с миофасциальными и компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Дальнейшее повышение эффективности реабилитации мы связываем с развитием в Украине физической и реабилитационной медицины, внедрением в практику реабилитации мультидисциплинарных бригад и внедрением новой физиотерапевтической аппаратуры в лечебную практику.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ФАКТОРІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

Кудик В.Г., Александрович Т.А., Попадинець Н.А., Копинець І.І.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Актуальність проблеми: В результаті бойових дій на сході України сьогодні все більш чітко окреслюється проблема віддалених метаболічних наслідків посттравматичного стресового розладу та формування психосоматичної патології як у учасників бойових дій, так і мешканців контрольованих

територій. Профілактика цих станів є важливою складовою періоду медико-соціальної реабілітації, при цьому на даному етапі більш ефективними виявились методи неспецифічного впливу, зокрема методи фізичної медицини.

Мета: оцінка клінічної ефективності двохнемедикаментозних методів — термального бальнеологічного фактору та галоаерозольотерапії (ГАТ) — в реабілітаційному лікуванні пацієнтів, що зазнали впливу стресогенної ситуації під час військових дій на сході України.

Матеріал і методи досліджень: Обстежено 137 мешканців контрольованих територій. 38 пацієнтів I групи (віком від 22 до 72 років, 15 чоловіків, 23 жінок) пройшли 10—14—денний курс оздоровлення в умовах санаторію «Термал Стар» на Закарпатті, який включає зовнішнє та питне застосування двох висококремністих мінеральних вод (МВ) — термальної типу Візбаден та слабомінералізованої. 99 пацієнтів 2 групи з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи (віком від 38 до 68 років, 48 чоловіків, 51 жінка) пройшли курс ГАТ в умовах клініки ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України.

Результати: Характерними для пацієнтів обох груп були скарги загального характеру (часті головні болі, підвищений артеріальний тиск, напади серцебиття, аритмії), які супро-

воджувались порушеннями вегетативного балансу з переважанням парасимпатичних впливів. Під впливом лікування у пацієнтів обох груп спостерігалася позитивна динаміка основних скарг і значне покращення загального стану вже протягом перших днів лікування. Під впливом перебування в санаторії клінічне покращення відмітили всі пацієнти I групи, в т.ч. значне — 17 (44,7%) з них, та 92 з 99 пацієнтів 2 групи. Курс ГАТ у пацієнтів 2 групи, сприяв зменшенню клінічних проявів патологічного процесу, покращенню легеневої вентиляції та прохідності бронхів на різних рівнях і зменшенню явищ бронхообструкції.

Висновок: Одержані попередні дані свідчать про позитивний вплив застосування природних і преформованих фізичних факторів на загальний результат медико-соціальної реабілітації осіб, які потерпіли від психотравмуючих подій. Проте потребує уточнення тривалість лікування, доцільність застосування інших видів немедикаментозних впливів.

ВИКОРИСТАННЯ КОРОТКОСТРОКОВОЇ ГРУПОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

¹Кудінова О.І., ²Чорна Т.С.

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²КЗ Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім.О.І. Ющенка

Проблема тривожних розладів є однією із актуальніших в клінічній психіатрії. За даними ВООЗ розповсюдженість тривожних розладів в Україні становить 6,1%. Відомо, що традиційно для лікування тривожних розладів використовують психофармакологічні препарати різної терапевтичної спрямованості. Між тим, незважаючи на значні успіхи фармакотерапії і появу великої кількості нових протитривожних препаратів, антидепресантів, терапевтична ефективність не завжди є достатньою, а в 1/3 випадків їх використання виявляється неефективним. З фундаментальних досліджень, які проводились в Україні й світі за останніх 20 років відомо, що у 17% пацієнтів, які вживають антидепресанти, транквілізатори безперервно протягом одного року, виявляється схильність до формування проявів фармакофілії (С. М. Мосолов, 1995; Р. М. Rawlaketal., 1998; О. А. Ревенко, С. В. Жабокрицький, 2000; В. М. М. Paluba, 2001; І. Ф. Аршава, 2001; В. Я. Літвінов, В. Я. Пішель із співав., 2011; Е. Н. Харченко, 2010, Козидубова, 2013).

На підставі вивчення клінічної структури та патофизиологічних механізмів формування емоційних розладів у хворих на тривожні розлади. **Мета дослідження:** науково обґрунтувати комплексну систему психотерапії та психокорекції тривожних розладів невротичного регістру.

Було обстежено 136 хворих з тривожними розладами (ТР), які проходили стаціонарний курс лікування в психіатричному відділенні Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. А. І. Ющенко. Обстежувані були розділені на 3 групи відпо-

відно до діагностичних критеріїв МКХ-10: I групу становили 35 пацієнтів на епізодичну пароксизмальну тривогу (ЕПТ) (F41.0), II групу становили 34 пацієнта на генералізований тривожний розлад (ГТР) (F41.1), III групу становили 67 пацієнтів на змішаний тривожно-депресивний розлад (ЗТДР) (F41.2).

Нами був проведений психопатологічний аналіз клінічної картини тривожних розладів невротичного регістру; вивчені особливості порушень емоційної сфери за даними патофизиологічних досліджень; встановлені особистісно-характерологічні особливості у хворих тривожними розладами; досліджений рівень якості життя у хворих тривожними розладами. На підставі цього було розроблене комплексне застосування короткострокової групової психотерапії та індивідуальної психотерапії в лікуванні тривожних розладів на госпітальному етапі і оцінити ефективність її застосування.

В результаті проведеної роботи нами було встановлено, що оптимальною є система психотерапевтичної корекції, яка побудована за ступеневим та мультимодальним принципами. Система включала використання когнітивно-біхевіоральної терапії, групової, сугестивної терапії та аутогенне тренування різних модифікацій. Для хворих на ЕПТ оптимальним є мобілізаційний варіант, а для хворих на ГТР і ЗТДР оптимальним є релаксаційний варіант аутогенного тренування.

Апробація системи показала її ефективність у 72% хворих I групи, у 68% хворих II групи і у 78% хворих III групи.

КОМПЛЕКСНЕ ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Лабінський П.А., Няньковський С.Л.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Вступ. У структурі захворювань органів травлення важливе місце належить функціональним розладам жовчовивідних шляхів (ФРЖВШ). У виникненні і прогресуванні ФРЖВШ провідна роль належить вегетативній дисфункції. Однак, механізми, які є в основі цього, на сьогодні вивчені не достатньо. Це обґрунтовує доцільність аналізу функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) під час обстеження дітей з ФРЖВШ.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 42 дитини віком 12—17 років з ФРЖВШ. Відповідний діагноз верифікувався згідно з римськими критеріями третього перегляду. Виділено групу дітей з гіперкінетичним типом ФРЖВШ — 16 дітей, та з гіпокінетичним типом

ФРЖВШ — 26 дітей. Дітям було проведено аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР) та біохімічний аналіз крові на вміст мікроелементів (міди, цинку, кальцію, магнію, свинцю, кадмію). Було проведено клінічне обстеження з оцінкою частоти скарг. Всі пацієнти впродовж місяця проходили реабілітаційний курс із застосуванням харчової корекції з включенням в раціон квіткового (бджолиного) пилку. Також призначався відповідний руховий режим з додатковим виконанням спеціальних вправ лежачи: на гіперекстензію спини, ротацію та флексію хребта.

Результати. Виявлено достовірну відмінність показників ВСР між групами, що говорить про дисбаланс відділів ВНС при ФРЖВШ. Після пройденого курсу лікування можна від-

мітити направлену зміну усіх показників. Достовірно значущу відмінність встановлено в зростанні показника%LF у 1 групі. Достовірно зріс у 2 групі показник HF, відзначилось достовірне зниження співвідношення LF/HF. Нормалізація показників у груп свідчить про позитивну динаміку. Результати аналізу крові свідчать про нормалізацію мікронутрієнтного балансу. Оцінка частоти та наявності скарг продемонструвала покращення суб'єктивного стану пацієнтів: повне зникнення болювого симптому у 32,4±7,7% та зниження частоти у інших, зменшення частоти інших супутніх скарг.

Висновки. Між гіперкінетичним та гіпокінетичним типами ФРЖВШ відмічається достовірна відмінність в більшості параметрів ВСР, що демонструє відмінність в напруженості та співвідношенні активностей відділів ВНС. Після проходження дітьми реабілітаційного курсу спостерігається зниження відмінності у параметрах ВСР, що можна трактувати як нормалізацію функціонального стану ВНС та підвищення адаптаційних резервів. Після пройденого відновного лікування покращилися харчовий статус та самопочуття пацієнтів.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА ЗА ДАНИМИ РІВНЮ КАТЕХОЛАМІНІВ У СЕЧІ

Лабінський А.Й., Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького

Актуальність проблеми. При хворобі Паркінсона порушується обмін катехоламінів і, з часом медикаментозна терапія стає менш ефективним, тому розробка методів, покращуючих замісну терапію є актуальною.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчити вплив гірудотерапії на покращення медикаментозного лікування хвороби Паркінсона за даними рівню катехоламінів у сечі хворих.

Методи дослідження. Дослідження проводили у 30 хворих, частина з яких отримували тільки медикаментозну терапію, а частина разом з медикаментами отримували гірудотерапію (ГР), та у здорових людей. Визначали показники: адреналін, норадреналін, дофамін, 3,4 — дигідроксифеніланін (ДОФА), методом хроматографії. Гірудотерапію проводили за розробленою нами методикою, прикладаючи її явки в ділянку шийно-комірцевої зони. Проводили по десять сеансів через день.

Результати. При аналізі результатів вмісту катехоламінів у сечі у більшості хворих(85%) відмічалось відновлення їх рівню в порівнянні з їх значеннями в контрольній групі. При цьому найбільш показовими та статистично достовірними були зміни дофаміну, та в меншій мірі адреналіну і норадреналіну. Часткове відновлення екскреції катехоламінів з сечею хворих дослідної групи свідчить про позитивний вплив ГР на покращення нейромедіаторного балансу, можливо, за рахунок стимуляції транспорту медикаментозних чинників через гематоенцефалічний бар'єр.

Висновок. Застосування гірудотерапії у хворих на хворобу Паркінсона супроводжується покращенням екскреції з сечею дофаміну у досліджених хворих, і, тим самим підвищує ефективність медикаментозної терапії та може застосовуватись в комплексному лікуванні хвороби Паркінсона.

ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ САНАТОРНОГО ЕТАПУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Лемко І.С.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Актуальність проблеми. Наявність потужного природно-ресурсного потенціалу України, одного з найбільших в Європі, зумовила формування санаторно-курортної системи (СКС), як складової громадського здоров'я та важливого етапу медичної реабілітації. Ефективність застосування в санаторних умовах природних мінеральних вод різного складу, лікувальних грязей та сприятливих кліматичних умов підтверджена значною доказовою базою наукових досліджень і практичного досвіду лікарів.

Мета — провести аналіз ролі санаторно-курортного лікування в сучасній системі громадського здоров'я України та головних тенденцій його розвитку.

Матеріал і методи дослідження. Аналітичний огляд особливостей застосування природних лікувальних факторів в системі реабілітаційної медицини України.

Результати. Як важлива складова охорони здоров'я, СКС України забезпечує лікувально-реабілітаційну, профілактичну та оздоровчу функції, і, подібно до Німеччини, Росії, Білорусі, Словаччини, Чехії та інших країн, використовується для потреб національної системи охорони здоров'я з переважною орієнтацією на лікувально-реабілітаційну діяльність. В сучасних умовах ринкового господарювання в СКС України відбу-

ваються структурні зміни, пов'язані, в першу чергу, з організаційно-управлінськими аспектами — зростає комерціалізація послуг даної сфери, збільшується кількість приватних (або колективної форми власності) закладів та пропозицій СК відпочинку. Крім того, спостерігається наближення СК послуг до стаціонарного етапу надання медичної допомоги та посилення медичної складової в реабілітаційних відділеннях СК закладів. Інша тенденція стосується розвитку програм оздоровлення із застосуванням природних факторів в умовах СК закладів (туризм здоров'я) із скороченням термінів перебування у санаторії. Цей напрямок наближає СК заклади України до курортів Західної та Центральної Європи, де не існує чітко лімітованих рекреаційних циклів та лікувально-оздоровчих процедур.

Висновок. Унікальні природні лікувальні ресурси, розгалужена мережа СК закладів практично в кожному регіоні України становлять той базовий потенціал, на основі якого повинно формуватись державне ставлення до розвитку курортної галузі та максимального використання лікувально-рекреаційного потенціалу курортних територій для зміцнення здоров'я, з метою лікування, реабілітації, профілактики та подолання наслідків хронічних хвороб, перенесених оперативних втручань, травм, стресових станів.

ДИНАМІКА ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРІВ CD54⁺ ТА CD95⁺ НА ЛІМФОЦИТАХ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ

Лемко О.І., Вантюх Н.В.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Актуальність проблеми. Важлива роль у розвитку імунного запалення при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) належить молекулам міжклітинної адгезії, які є опосередкованими маркерами ендотеліальної дисфункції. Вони необхідні для забезпечення трансендотеліальної міграції вискодиференційованих лімфоцитів через

судинну стінку у вогнище запалення. Однак, з часом функціональний ресурс імунологічного реагування у цих хворих виснажується та зростає готовність лімфоцитів до апоптозу, що сприяє прогресуванню системного запального процесу при ХОЗЛ та збільшенню ризику розвитку ангіопатій. Тому дослідження рівня експресії маркерів міграції та апоптозу на

лімфоцитах периферичної крові у хворих на ХОЗЛ є досить актуальним.

Мета — дослідити рівні експресії CD54⁺ і CD95⁺ на лімфоцитах периферичної крові хворих на ХОЗЛ та їх зміну під впливом лікування на основі галоаерозольтерапії (ГАТ).

Матеріал і методи досліджень. Обстежено 17 хворих на ХОЗЛ віком від 41 до 69 років, які проходили курс відновлювального лікування в ДУ НІМЦ «Реабілітація», та 16 практично здорових осіб в якості контролю. Експресію маркерів CD54⁺ та CD95⁺ на лімфоцитах вивчали методом непрямой імунофлюоресценції з використанням моноклональних антитіл. Курс ГАТ включав 20—22 щоденні сеанси, що проводились за стандартною методикою.

Результати. До лікування у хворих на ХОЗЛ виявлено достовірне зростання, порівняно з контролем, рівня CD54⁺-

лімфоцитів (30,8±1,16% і 19,5±1,09% відповідно, p<0,001) та CD95⁺-клітин (24,5±0,49% проти 16,0±0,58%, p<0,001), що підтверджує патогенетичну роль багатокомпонентних порушень лімфоцитарної ланки у розвитку і прогресуванні ХОЗЛ. Після лікування встановлено достовірне зниження рівня як CD54⁺-лімфоцитів до 22,15±1,37% (p<0,001), так і CD95⁺-клітин до 19,46±0,59% (p<0,001).

Висновки. Таким чином, у хворих на ХОЗЛ спостерігається високий рівень експресії молекул адгезії (ICAM-1) на імунокомпетентних клітинах за даними відсоткового рівня CD54⁺-лімфоцитів у поєднанні з підвищеною їх готовністю до апоптозу (CD95⁺), що сприяє прогресуванню даного захворювання в цілому. Водночас, лікування на основі ГАТ у хворих на ХОЗЛ призводить до певного гальмування процесів активації та апоптозу імунокомпетентних клітин.

АЛГОРИТМІЧНИЙ ПІДХІД ПРИ СТВОРЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПЕРВИННИМ ГОНАРТРОЗОМ

Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Сірант Г.О., Зятковська О.Я., Завіднюк Ю.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», МОЗ України»

Актуальність. Остеоартроз (ОА) є одним з найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату, особливо в осіб старшої вікової групи (у кожній третій літній людині, досягаючи 70% серед осіб, старших 65 років). Проблема ефективного лікування та реабілітації ОА має не тільки медико-соціальне, але й економічне значення. Тому необхідні нові підходи для організації реабілітаційних заходів у хворих на ОА, особливо в похилому віці.

Метою нашої роботи було обґрунтування алгоритмічного підходу у хворих похилого віку на первинний гонартроз (ПГА) для побудови реабілітаційних програм.

Матеріал та методи досліджень. Набутий досвід свідчить, що завдання відновного лікування вирішуються найбільш повно, якщо здійснюється єдина стратегія та тактика реабілітаційних заходів. На сьогоднішній день цілковито очевидно, що основними принципами цього процесу є ранній початок, використання всіх видів реабілітації (медичної, психологічної, соціальної та ін.), безперервність та наступність між її етапами.

Схема сучасного підходу до реабілітації ПГА у хворих похилого віку залежить насамперед від стадії захворювання, однак потрібно враховувати і інші показники: наявність факторів ризику (вік, супутні захворювання, полімедикація, ожиріння, небажані механічні фактори, знижена фізична активність); вираженість больового синдрому та функціональної недостатності суглобу; наявність ознак запалення (наприклад синовіту, бурситу, випоту в суглобову порожнину); локалізацію і ступінь структурних порушень, тривалість захворювання та ін.

На основі власних науково-практичних наробок із проблем організації реабілітації нами удосконалено алгоритм проведення медичної реабілітації як етапу повного циклу надання медичної допомоги (на амбулаторному, стаціонарному та санаторно-курортному етапі реабілітації) у пацієнтів похилого віку на ПГА, з обов'язковим проведенням окрім клінічних та лабораторних методів, артросонографії, гоніометрії, реовазографії, міографії, визначення тонуусу навколосуглобових м'язів та залежно від супутньої патології застосування додаткових методів дослідження. Під спостереженням протягом 24 місяців знаходилось 112 пацієнтів похилого віку з ПГА, яким була запропонована спеціальна програма реабілітації, яка створювалась за допомогою розроблених алгоритмів інтегральної оцінки стану хворих та стратегії проведення реабілі-

тації. Завдяки застосуванню алгоритмів можна було вирішити наступні завдання реабілітації: виявити особливості перебігу захворювання залежно від форми та стадії патологічного процесу, виділити клініко-патогенетичні варіанти перебігу захворювання на підставі клініко-функціональних, інструментальних, лабораторних показників для обґрунтування патогенетичних підходів до оптимального вибору методів реабілітації, розробити індивідуальні програми медичної реабілітації, визначити ефективність реабілітаційних комплексів при застосуванні різнопланових керуючих впливів та визначити прогноз захворювання з подальшими профілактичними заходами в міжреабілітаційний період.

Результати. Доведено виражену перевагу диференційованого комплексного призначення реабілітаційних програм у хворих на первинний гонартроз у похилому віці за даними як безпосередніх, так і віддалених наслідків реабілітації: безпосередньо після трьох етапів реабілітації якість життя (за сумарним індексом WOMAC та індексом якості життя HAQ) покращилася у (61,5±2,5)%, через 12 місяців — у (77,8±3,2)% пацієнтів. Стан без змін був зареєстрований відповідно у (38,5±1,4)% та у (22,2±1,1)% пацієнтів.

Висновки. Застосування запропонованого алгоритму стратегії проведення медичної реабілітації забезпечує безперервність реабілітаційних заходів, дозволяє вирішувати основні завдання реабілітації, а саме забезпечення позитивного відновлювального ефекту, закріплення ефективності попередньо проведених етапів реабілітації, що сприяє покращенню якості життя.

Головною перевагою застосування реабілітаційних програм є можливість задовольняти потреби хворих в реабілітаційній допомозі, здійснювати контроль за якістю реабілітації за даними лабораторних, клінічних, функціональних та інших досліджень, широко застосовувати природні та преформовані фізичні фактори, медикаментозну терапію, здійснювати консультації хворих спеціалістами, комплексно відновлювати здоров'я хворих, використовуючи нетрадиційні методи лікування. Все перераховане дозволяє реалізувати комплекс реабілітаційних засобів в оптимальному об'ємі та в необхідній послідовності, забезпечити наступність лікувальних та реабілітаційних заходів, індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.

ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Михайлов Б.В.¹, Каафарани Аббас Махмуд

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии¹

В настоящее время проблема помощи и реабилитации детей и подростков временно перемещенных из зоны военных действий с девиантным поведением имеет общегосударственное значение. Все обязанности по психокоррекции данного контингента возлагаются на органы правопорядка. В качестве пилотного проекта была создана программа психосоциальной реабилитации подростков с девиантным поведением на базе «Ecopark».

В проекте участвовали подростки 12—14 лет с различными нарушениями поведения.

Целью проекта являлось: оптимизация оказания социально-психологической помощи детям и подросткам с девиантным поведением путем разработки системы психологической коррекции и социального воспитания на базе Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами, а также создание необходимых условий, которые расширяют комфортное и безопасное для ребенка пространство с целью усиления позитивных влияний и нейтрализации негативных воздействий социальной среды.

Успешность проекта зависела от комплексного и долгосрочного подхода к формированию специалистами коорди-

нально новых и социально приемлемых форм взаимодействия в семье и в коллективе у участников группы. Ведущую роль сыграла сочетанность двух направлений работы, а именно психокоррекционной (коррекционные развивающие тренинги, индивидуальная терапия, семейная терапия, ани-малотерапия) и социальных работ (уход за животными, трудотерапия, экотерапия, участие в жизни FeldmanEcopark).

Причастность каждого участника к жизнедеятельности Feldman Ecopark под руководством специалистов (специалисты реабилитационного Центра психолог и психотерапевт, социальные работники FeldmanEcopark) помогла детям сформировать чувство толерантности к социальным требованиям и межличностным взаимоотношениям и ответственности за собственное поведение.

В свою очередь, нестандартный способ проведения психокоррекции позволил организовать плодотворный и творческий досуг, результатами которого стали снижение уровня агрессии и тревоги, повышение уровня мотивации к успешной деятельности и формирование новых навыков решения проблем и конфликтных ситуаций со сверстниками и членами семьи.

Апробация системы показала ее высокую эффективность.

ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ РЕАБІЛОЛОГІВ

Назарук В.Л., Новакова Л.В.

ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Актуальність проблеми. Для реалізації основних професійних функцій крім фундаментальної медичної підготовки студентам необхідний достатній рівень здоров'я.

Мета полягає у висвітленні нових здоров'язбережувальних технологій, які ефективно можна застосувати у процесі фізичного виховання.

Методи дослідження. *Теоретичні* — вивчення й аналіз законодавчих документів із проблем здоров'я, філософської, психолого-педагогічної, культурологічної, соціологічної й валеологічної літератури; *емпіричних*: тестування, анкетування, метод бесіди, педагогічне спостереження, вивчення й узагальнення педагогічного досвіду.

Результати. Ураховуючи значний інтерес з боку науковців та актуальність проблеми, у нашому дослідженні активно використовувалася *технологія проведення занять з фізичного виховання в природних умовах*. Загально відомо, що сучасні студенти незначну частину свого вільного від навчання часу перебувають на свіжому повітрі. Це негативно відбивається на їхньому здоров'ї, що призводить до стресових ситуацій і

депресій. Тому для покращення здоров'я майбутніх реабілітологів вважаємо за доцільне значну частину занять з фізичного виховання проводити на свіжому повітрі в природних умовах.

Адже, як свідчить практика, заняття просто неба серед зелених насаджень і мальовничих пейзажів сприяють підвищенню емоційного тону та загартуванню організму, зміцнюють здоров'я та реалізують потребу майбутніх реабілітологів у спілкуванні з природою. Також в нашому дослідженні активно використовувалася *технологія емоційної підтримки студентів* (на основі використання методів арт-трапії та *технологія самооздоровлення* (для активізації внутрішніх сил студента й організації самостійної роботи).

Висновки. Зважаючи на актуальність досліджуваної проблеми, слід зазначити, що впровадження новітніх здоров'язбережувальних технологій в процес фізичного виховання майбутніх реабілітологів сприятиме формуванню у них культури здоров'я. Перспективи подальших досліджень вважаємо у висвітленні результатів наукової роботи.

ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕТСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ «ЕЛОЧКА»

Нечипуренко О.Н., Кривошльков Ф.И., Хакимова А.Л., Устименко Т.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины

ДП санаторий «Елочка» ЗАТ «Укрпрофздравница» в Харьковской области

Отличительной особенностью детского пульмонологического санатория «Елочка» является то, что данный курорт имеет присущие только ему комбинацию лечебных климатических факторов. Многолетние наблюдения за состоянием погодных и климатических условий природной зоны санатория «Елочка», находящегося в Змиевском районе Харьковской области, дали возможность изучить и охарактеризовать климатолечебные факторы, которые определяют сочетанным воздействием зонального солнечного облучения, особенностями атмосферной циркуляции и земной поверхности.

Из существующих климатических лечебных комплексов следует подчеркнуть четыре, делающих данный курорт особенным. К ним относятся: аэрогидротермический комплекс, характеризующийся воздействием температуры окружающего воздуха и воды при наличии открытых водоемов, влажности воздуха, атмосферного давления. Расширению лечебного потенциала санатория «Елочка» способствовало открытие источника минеральных вод.

Фотоактивный комплекс — воздействие солнечного света, в основном его ультрафиолетовой и инфракрасной части. Следует подчеркнуть, что под влиянием солнечного

света в коже образуется витамин D и улучшается ее питание. Солнечный свет оказывает противовоспалительное действие, стабилизирует состояние иммунной системы.

Воздушно-химический комплекс, который включает в себя газы атмосферы, частицы растительного и животного происхождения (фитонциды, пыльца).

Влияние этого комплекса выражается в насыщении организма кислородом и бактерицидном действии фитонцидов.

Воздушно-электрический комплекс представлен атмосферным электростатическим полем, магнитным полем Земли, аэро- и гидроионами, то есть, содержащимися в воздухе и в воде заряженными частицами. Легкие отрицательные гидроаэроионы вызывают полезное влияние на функцию дыхательных путей, кровообращение, нервную систему, обмен веществ. (Клячкин Л.М., Щегольков А.М., 2001, Нечипуренко О.Н. 2015).

Находясь в тесной связи, друг с другом и при правильном их использовании, они оказывают комплексное позитивное влияние на организм.

Аэротерапия является основой климатолечения в санатории и организована в виде: прогулок на свежем воздухе по сосновому бору, утренней и лечебной гимнастики на свежем воздухе или на берегу реки, экскурсий, спортивных игр, воздушных ванн, сна на открытых верандах, балконах и берегу реки, во время которого на организм пациента воздействует речной воздух, озон, фитонциды. При использовании данного вида климатотерапии учитываются следующие физиологические механизмы, позволяющие достигать оздоравливающего действия: повышенное снабжение организма кислородом, эффект дозированного охлаждения. При аэротерапии изменяется функция внешнего дыхания; вдыхание чистого свежего воздуха способствует появлению более глубоких дыхательных движений, увеличению дыхательного объема, улучшению вентиляции альвеол. Происходит перестройка дыхательного акта, что ведет к повышению напряжения кислорода в альвеолярном воздухе, увеличению его утилизации и большему поступлению его в кровь. Под влиянием дозированного охлаждения происходит активная стимуляция обменных процессов, увеличивается потребление кислорода тканями, повышается уровень газообмена, усиливается сгорание углеводов, увеличивается легочное дыхание, минутный объем сердца, кровенаполнение внутренних органов, повышается тонус нервной системы [Бабов К.Д. 2004, Боголюбов В.М. 2008, Нечипуренко О.Н., Тондий Л.Д., Кривошлыков Ф.И. 2011].

Гелиотерапию пациенты санатория «Елочка» получают на пляже Северского Донца. Назначение данного вида климатотерапии опирается, как уже отмечалось, на результаты многочисленных исследований, которые свидетельствуют, что солнечное облучение является мощным средством профилактики и лечения многочисленных заболеваний, включая и бронхолегочную патологию, увеличивает работоспособность, способствует совершенствованию гомеостатических механизмов вегетативной нервной системы, повышает сопротивляемость к различным инфекциям и простудным заболеваниям. Под влиянием гелиотерапии ускоряется заживление язвотечущих ран, язв, задерживается развитие гипертонии и атеросклероза, усиливается тканевое дыхание, ускоряются процессы дезинтоксикации, проявляется выраженный десенсибилизирующий эффект, что весьма существенно при лечении профильных пациентов санатория, особенно детей и подростков (Бокша В.Г., Богуцкий Б.В., 1980, Нечипуренко О.Н., Кривошлыков Ф.И., 2016)

Водолечение осуществляется в виде купания в реке Северский Донец, катания на речных велосипедах, лодках. При данном виде климатолечения кожи под влиянием температуры, движения воды и воздуха, химического состава воды раздражаются различные рецепторные зоны: нервные окончания слизистой оболочки дыхательных путей (распыление частичек воды), зрительный анализатор (вид реки, водоемов, ландшафта), вкусовой (вкус воды), обонятельный (запах речной воды), слуховой (прибой, шум воды), проприорецепторы мышц (давление воды). Через кору головного мозга и подкорковые центры все эти раздражители воздействуют на организм, приводя к восстановлению различных физиологических механизмов во всех органах и системах. Купания способствуют тренировке нервно — гуморальных, сердечно-сосудистых и других механизмов терморегуляции, обмена веществ, дыхательной функции, повышают жизненный тонус организма, его адаптационные возможности, оказывают выраженное закаляющее действие (Тондий Л.Д., Нечипуренко О.Н., 2015).

Таким образом, комплекс лечебных возможностей климата санатория «Елочка» в сочетании с источником минеральных вод позволяет оказывать позитивное влияние на все звенья развивающихся патологических процессов в дыхательной и других системах, а также восстанавливать нарушенные физиологические меры защиты детского организма, что подтверждается результатами анализа эффективности реабилитации на данном курорте.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Нечипуренко О.Н., Зинченко Е.К., Земляная О.В., Калюжка А.А., Кас И.В., Устименко Т.П.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины*

Несмотря на успешное развитие фармакологии в области создания лекарственных средств различной направленности (антибактериальных, противогрибковых, антиаллергических и др), врачи различных специальностей и педиатры, в частности, отмечают тенденции к росту заболеваемости органов дыхания, пищеварения, нервной, эндокринной, иммунной и других систем (К.Д. Бабов, 2004, А.Н. Кокосов, 2009, Т.О. Крючко 2017..). Увеличивается число рецидивирующих форм течения болезни, меняется этиологическая структура возбудителей патологических процессов, нарастает их резистентность к фармакологическим препаратам, что усложняет их терапию у детей (А.П. Волосовец 2007; Е.И. Юлиш 2011). Отмечается рост различных аллергических процессов у детей, так среднегодовые темпы роста аллергических заболеваний среди детей в Украине составляют 0,3% (Н.Н. Каладзе 2004; Ю. В. Марушко 2013). Значительно возрастает удельный вес больных с иммунодефицитными состояниями, ухудшается преморбидный фон заболевания за счет различной сопутствующей патологии (Ю.С. Сапа 2005; А.Н. Кокосов,

2007). Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о снижении физиологических мер защиты организма (ФМЗО) у детей (Л.Д. Тондий 2003; 2015, Л.К. Пархоменко, 2006; Ю.В. Одинец и соавт. 2013, О.Н. Нечипуренко, 2015). Отмечаются негативные тенденции к росту хронических процессов (Юлиш Е.И. 2008; С.В. Рачинский 2004).

Эти данные не могут не заставлять клиницистов продолжать изучать многоуровневую иерархию формирования различных заболеваний и создавать новые комплексные схемы лечения, способные влиять как на патогенез, так и на саногенез развивающегося патологического процесса. Не менее важной задачей, особенно в педиатрии, является разработка новых комплексных схем профилактики и реабилитации болезней различных органов и систем, начиная с раннего возраста.

Известно (В.С. Улащик 2003; В.В. Ежов, 2004; Л.Д. Тондий, 2011), что применение физических факторов может вызывать повышение чувствительности микробной патогенной флоры к лечебным воздействиям, а также оказывать позитивное влияние на все составляющие ФМЗО.

В этой связи, следует подчеркнуть современные достижения в области физиотерапии. За последнее десятилетие создано много новых физиотерапевтических аппаратов и физиотерапевтических «комбайнов»: «МИТ 11», «Витафон — ИК», «Рефтон» и многие другие, которые сочетают различные факторы, что, в свою очередь, дает возможность влиять на все звенья патологического процесса как в плане лечения, так и с профилактической целью.

Появление новых физических факторов и аппаратуры, сочетающей различные методы физиотерапии, является основанием для изучения механизмов их лечебного действия и возможностей влияния на этио-патогенез при различных заболеваниях у детей.

В процессе изучения механизмов влияния физиотерапевтических факторов на развивающиеся патологические процессы в организме человека расширяются научно доказанные знания о позитивном их влиянии на все составляющие ФМЗО

(Л.Д. Тондий, О.Н. Нечипуренко 2015). Изучается и успешно применяется новый физиотерапевтический фактор — виброакустическое воздействие (ВАВ).

Так, результаты проведенного на крысах экспериментального исследования (О.Н. Нечипуренко, Л.Д. Тондий, Н. А. Клименко, К. В. Масло, 2007) показали позитивное влияние ВАВ на воспалительный процесс, состояние микроциркуляции и тучных клеток.

Результаты данного исследования, анализ накопленного мирового и собственного клинического опыта позволили разработать новые дифференцированные комплексные способы профилактики и лечения различных клинических форм бронхитов у детей, которые продемонстрировали значимую эффективность проведенной профилактики и лечения.

Таким образом, физиотерапевтические факторы являются важным звеном в существующих и новых протоколах лечения и профилактики различной патологии у взрослых и детей.

РЕАБІЛІТАЦІЯ S-ПОДІБНОГО СКОЛІОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНИМИ ВПРАВАМИ ТА ЛІКУВАЛЬНИМ МАСАЖЕМ

Попович Д.В., Давибида Н.О., Вайда О.В., Безпалова Н.М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Між «просто» порушеннями осанки та хворобами хребта немає чіткої межі. Типовий приклад такого перехідного стану — нестабільність хребта. Слабкі м'язи і зв'язки не в стані утримувати хребці при рухах, млява осанка призводить до підвищення тиску на міжхребцеві диски, і при цьому розвивається юнацький остеохондроз, який відрізняється від «звичайного» тільки віком хворих. Визначення «звичайний» можна було б і не ставити в лапки, а використовувати у прямому розумінні, адже, за даними медичної статистики, від сорока до восьмидесяти відсотків усього населення земної кулі страждають на остеохондроз. Приблизно кожна третя людина, віком за тридцять років скаржиться на болі в спині або головний біль, пов'язані з остеохондрозом. Таким чином, дві найбільш поширені напасті, пов'язані з хребтом, — порушення осанки та остеохондроз — це два боки однієї медалі. А оскільки немає такого захворювання хребта, яке б не впливало б на усі інші органи і системи організму, то можна сказати, що хребцевий стовп — це дійсно «стовп здоров'я».

Мета дослідження — визначити найефективніший метод лікування подібного сколіозу. Одним із методів являється лікувальний масаж. Метою лікувального масажу являється підвищення загального тону організму; нормалізація функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем; формування правильної осанки; сприяння укріплення м'язів, і м'язового корсету.

Навіть при наявності схильності організму до захворювань хребта їх можна уникнути, якщо розробити навички правильної осанки і виконувати вправи, направлені на гармонійний розвиток опорно-рухового апарату. Також одним із головних методів лікування неправильної осанки і захворювань хребта являється правильний підбір терапевтичних вправ.

Але ніяке лікування не може бути ефективним без усунення причини захворювання, і всі профілактичні заходи необхідно виконувати під час лікування.

Матеріал і методи досліджень: У дослідженні брала участь жінка з правобічним S-подібним сколіозом 3го ступеня. Кут деформації 35 градусів. Вік пацієнта на момент звернення — 35 років. Під час обстеження було виявлено не лише деформацію хребта та торсію хребців, але і ротацію тазу на 12 градусів та укорочення правої нижньої кінцівки на 1,7 см.

Після обстеження було виділено основні скарги з усуненням яких в подальшому велася робота.

1. Регулярні та постійні головні болі
2. Запаморочення при зміні статичного положення
3. Проблеми з травленням
4. Задишка та аритмія
5. Постійні больові відчуття в спині (поперековий та грудний відділи)
6. Поганий сон

7. Не можливість переносити фізичні навантаження.

Основні завдання які були поставлені:

1. Усунути проблеми які були пов'язані з больовими відчуттями
2. Зменшити до максимально можливого рівня асиметрію в роботі м'язів
3. Підготувати пацієнта до нормального сприйняття та перенесення фізичних навантажень
4. Напрацювати м'язеву пам'ять та розвинути м'язевий корсет для запобігання в подальшому прогресу та зміщення кута деформації хребта в більшу сторону.

Методи, заходи та засоби які були застосовані:

1. Оздоровчий та лікувальний масаж
2. Терапевтичні вправи які були розроблені та підібрані індивідуально для даного пацієнта
3. Плавання та аквааеробіка.

Результат. Результатом роботи яка проводилася протягом 2х місяців стало виконання всіх поставлених завдань. Дуже важливим був той нюанс що пацієнт чітко дотримувався всіх рекомендацій та вказівок які були дані йому спеціалістом. Вже після першого сеансу масажу самопочуття пацієнта було набагато кращим. Візуально дуга хребта в грудному відділі була зміщена в сторону зменшення деформації на 1.5 см. Головна біль почала проходити на 3-й день після початку занять. Сон нормалізувався після 6-го дня занять.

Висновки. Із вищеописаних матеріалів можна зробити висновок, що в системі проведених міроприємств, направлених на лікування s-подібного сколіозу, одним з основних методів являється лікувальний масаж, але без використання комплексного лікування (терапевтичних вправ) не можна досягнути найкращих результатів. Слід ще з малечку стежити за осанкою, займатися фізичною культурою і бути активним, щоб не допустити розвитку захворювання.

САНАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ІЗ ЗОН РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Попович Д.В., Лаврінченко О.М., Грушко В.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Актуальність проблеми. Вивченню особливостей медичної реабілітації даної категорії пацієнтів приділяється, на жаль, недостатня увага.

Мета. В умовах санаторію Медобори вивчалась ефективність медичної реабілітації 53 дітей та підлітків із а функціональними розладами (дискінезією жовчевих шляхів) біліарної системи з територій радіоактивного забруднення, після аварії на ЧАЕС, головним чином, з Рівенської, Київської та Житомирської областей.

Матеріали та методи досліджень. У комплекс санаторно-курортного лікування входили: базова терапія середньо-мінералізованою (5 гр/дм³) хлоридно-натрієво-кальцієво-йодобромною, з вмістом мікроелементів Fe, Li, Ag, мінеральною водою «Медоборівська»; дієтичне харчування; морські ванни; озокерито-тапелодотерапія (торфо-гальвано-болото); гідропатія (душ циркулярний, підводний душ-масаж); ЛФК, аеро-йоно (з використанням генератора легких йонів — люстра Чижевського), арома-, та психо(раціональна, музико) терапія. Для оцінки ефективності проведеного лікування, окрім фізикальних методів, використовувалися УЗД, лабораторні (біохімічні), тести — динаміка рівня сіалових кислот, С-реактивного білка (СРБ), холатів, холестерину.

Результати. У 90,6% пацієнтів суттєво зменшилися, за частотою та інтенсивністю, болі та неприємні відчуття у правому підребер'ї, в 92,8% — у гастродуоденальній ділянці, гіркота в роті — у 87,4%, печії -86,9%, метеоризму — в 77,6%. Під час контролю, в кінці курсу лікування, при УЗД, у 82,8% було відзначено зменшення гіпертонусу сфінктера Одді та застою жовчі в біліарній системі. Повторне дослідження міхурової жовчі виявило тенденції зниження рівня сіалових кислот з (129,68 ± 10,97) до (91,02 ± 9,57) одиниць опт.щ-ті (p < 0,01), (СРБ) — з (1,65 ± 0,16) до (0,80 ± 0,62) мм (p < 0,01), росту вмісту холатів з (6,99 ± 0,69) до (7,97 ± 0,66) г/л (p < 0,05), зниження рівня холестерину з (1,36 ± 0,51) до (1,16 ± 0,32) мм. (p < 0,05), що зумовило зростання халатно холестеринного індексу з 5,6 до 7,37.

Висновок. Останнє свідчить про поліпшення колоїдного стану жовчі та є об'єктивним доказом ефективності та важливості використання на санаторно-курортному етапі реабілітації дітей та підлітків із дискінезіями жовчевих шляхів із зон радіоактивного забруднення, внаслідок аварії на ЧАЕС, природних лікувальних факторів (мінеральна вода «Медоборівська», озокерито-пеллоїдо терапія, гідропатія), дієтолікування, ЛФК, в комплексі з раціональною психо-, арома-, музико-, та легко-аероїонотерапією.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Роздильская О.Н., Зиновьев Э.В., Омеляненко Е.В., Катаржнова И.В., Калюжка А.А.,

Н.П. Тацій, И.А. Майстренко, Л.В. Андреева

Харьковская медицинская академия последипломного образования, КУЗО «Областной клинический специализированный диспансер радиационной защиты населения», МЗ Украины, Харьков

Цель исследования: повышение работоспособности, качества жизни и уровня здоровья лиц с радиационно индуцированной сочетанной патологией внутренних органов путем применения обоснованной программы их медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. В течение всех после чернобыльских лет в КУЗО «Областной клинический специализированный диспансер радиационной защиты населения» с участием сотрудников ХМАПО внедрена программа наблюдения и восстановительного лечения больных, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС и лиц, профессионально связанных с действием ионизирующего излучения в Харьковском регионе. Организована система диспансерного наблюдения за этими лицами, которая предусматривает систематическое (не реже, чем один раз в год) амбулаторное и стационарное полноценное современное клиническое, лабораторное (в том числе — иммунологическое), инструментальное, катamnестическое обследование с привлечением невропатологов, терапевтов, кардиологов, хирургов и врачей узких специальностей (отоларинголога, эндокринолога, онколога, офтальмолога, уролога, гинеколога, психиатра, стоматолога). По плановым направлениям врачей амбулаторно-поликлинических учреждений по месту жительства пациенты систематически лечатся в неврологическом, терапевтическом, кардиологическом, хирургическом стационарных отделениях. Все без исключения больные консультируются врачом физиотерапевтом и врачом лечебной физкультуры и получают полноценное комплексное немедикаментозное лечение. Физиотерапевтическое отделение обладает современной аппаратурой для проведения физикотерапии и бальнеолечения, ручного и подводного массажа, методов лечебной физкультуры. В диспансере проводится ежегодный статистический анализ динамики заболеваемости, потери трудоспособности

(инвалидности), летальности и результатов лечения данной категории больных Харьковской области.

Результаты исследований. Анализ проведенного 30-летнего наблюдения свидетельствует о том, что главной особенностью данной категории лиц является наличие в них полинозологичности (коморбидности) заболеваний и их прогрессирующий характер, полиморфизм жалоб и особенности психологического состояния, преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы и их роли в структуре нарушений здоровья и смертности.

Коморбидность заболеваний не только характеризуется синдромом взаимоотяжеления, она также является причиной трудностей в выборе медикаментозной терапии, увеличения риска побочных эффектов препаратов и их эффективности. Характерно, что у «ликвидаторов» аварии на ЧАЭС заболевания возникли в более ранние сроки после аварии, а уровень состояния здоровья в настоящее время значительно ниже по сравнению с другими контингентами пострадавших. Оценка результатов диспансерного наблюдения и лечения больных показывает, что наиболее значимые положительные результаты восстановительного лечения имеют место у лиц, тщательно выполняющих рекомендации врачей: придерживаются диеты, не употребляют алкоголь и не курят, выполняют регулярные физические тренировки (дозированная ходьба) и систематически (ежегодно) проходят курс стационарного лечения в диспансере с использованием методов физиотерапии и бальнеолечения, лечебной физкультуры и различных вариантов массажа. У этих больных по сравнению с теми, которые систематически не лечатся или теми, которые не посещают отделение физиотерапии, достоверно менее значимое (на 30—50%) прогрессируют заболевания и возникают осложнения, сохраняется способность выполнять умеренные нагрузки и значительно не ухудшается уровень качества жизни.

Выводы: анализ результатов проведения программы динамического наблюдения и систематического восстановительного лечения (в том числе — немедикаментозного) больных из числа лиц, пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС, доказывает ее положительное влияние на состояние здоровья

данной категории лиц, уровень их работоспособности и качество жизни, перспективность внедрения для «профессионалов» и лиц, пострадавших от других чрезвычайных ситуаций и катастроф.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ВНУТРЕННЕ-ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ ИЗ ЗОНЫ АТО

Романова И. В.¹, Воронько П. А.²

¹Кафедра психотерапии ХМАПО

²Областной Клинический Специализированный Диспансер радиационной защиты населения

Условия вооруженного конфликта в Донецкой и Луганской областях в 2014—2016 гг. привели к появлению значительного количества пострадавших — как демобилизованных, принимавших участие в АТО, так и мирного населения, которые вынужденно превратились во внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) из зоны боевых действий. Эмоциональным и поведенческим ответом на невосполнимую утрату близких, родных, жилья, работы, материального достатка является у многих ВПЛ реакция горя, тревожные и депрессивные состояния. У них отмечается высокая распространенность непсихотических психических расстройств: расстройства адаптации (РА), посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и тревожного расстройства (ТР). Это делает актуальной проблему организации медико-психологической реабилитации (МПР) психокоррекции ВПЛ. Необходимость поиска новых методологических подходов и выбора адекватного метода реабилитации, психотерапии и лечения переселенцев из зоны АТО, инвалидов (ампутантов, больных с нарушением ЦНС и т. д.). Все это требует расширения и доступности психосоциальной реабилитации, психокоррекции в комплексе с физиотерапевтическим лечением.

Нами проводилась оценка возможности использования психотерапевтического комплекса, поиск и подбор индивидуальных и эффективных методов МПР для ВПЛ из зоны АТО в условиях ОКСДРЗН г. Харькова, а также в санаторно-курортных условиях.

Нами были исследованы 121 человек ВПЛ из зоны АТО и проходившие лечение и МПР в ОКСДРЗН и в санаторно-курортных условиях в Харьковской области. У них были наиболее распространенными психосоматические заболевания, ПТСР, РА и ТР.

За период 2015—2016 гг. нами были пролечены в ОКСДРЗН и проходили санаторно-курортное лечение в санатории «Безрезовские минеральные воды» 121 человек в возрасте 20—65 лет. В психодиагностике нами использовалась шкала самооценки, шкала самооценки депрессии, тревоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова), клинический опросник уровня субъективного контроля НИИ им. Бехтерева для выявления типа отношений к болезни (ТОБОЛ). Нами чаще отмечены типы эмоционального реагирования на болезнь — фобический, депрессивный, ипохондрический.

Основным видом МПР являлась психотерапия, в комплексе применялись техники массажа, светолечения. У данного контингента мы применяли психотерапевтический комплекс, включающий в себя краткосрочную ПТ, когнитивно-поведенческую (КПТ), телесно-ориентированную психотерапию (ТОПТ) и ее разновидности. Практически у всех присутствовал синдром мышечной напряженности и снижение тонуса гладкой и скелетной мускулатуры. Поэтому применение различных вариантов телесно-ориентированной психотерапии и игольчатых аппликаторов Ляпко было логически обосновано. Мы применяли аппликаторы, как активаторы обменных процессов в тканях, которые обладают достаточно эффективным спазмолитическим, обезболивающим, противовоспалительным и релаксирующим эффектом. Кроме того, такой комплекс способствовал снятию хронической мышечной боли, мышечных блоков и зажимов, усталости. Также применялся

массажер «Двухмодульная стопа», светолечение с помощью аппарата «Дюна», массажная подушка «Релакс».

Нами разработан и апробирован вариант телесно-ориентированной психотерапии: в комплекс включались 3 варианта тренинга по Фенденкрайсу, прогрессирующую мышечную релаксацию Э. Джейкобсона, логотерапию по Франклу. Мышечная релаксация является антифобическим фактором и корректором вегетативных нарушений. Также мы с успехом применяли релаксационную постизометрическую гимнастику не только стоя, но и сидя, особенно эффективно при панических атаках, психофизическую тренировку, включая элементы лечебно-оздоровительной гимнастики Ниши (Япония), китайской гимнастики, костно-суставной Кай-мен (К. И. Миrowsкий, 1986 г.) и модификацию психо-физического ауто-воздействия — импульсно-сенсорную тренировку (ИСТ).

Несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции мы проводили и базисную медикаментозную терапию, особенно при пароксизмальных состояниях, физиотерапию, и ЛФК.

МПР проводилась на фоне базисного лечения, которое включает специфическую психофармакологию: антидепрессанты, анксиолитики, антиоксиданты и растительные средства седативного и адаптогенного действия, атипичные нейрорептики в малых и средних дозировках, ноотропы. При депрессиях с выраженным компонентом тревоги применяли антидепрессанты мультимодального действия: тразодон (триттико) — 75—150 мг/сут. А при ситуациях, где в структуре наличие выраженной инсомнии, применяли антидепрессант новой группы — мелатонинэнергического ряда — мелитор (агомелатин) от 25 до 50 мг/сут, что соответствует клиническому протоколу лечения депрессии.

При наличии в структуре аффективных нарушений тревожных компонентов применялись растительный вегетостабилизирующий препарат анантавати. Препаратом выбора при пароксизмах с алгическим и выраженным тревожным компонентом применяли прегабалин (Лирика) (от 75—50 мг/сут).

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает анксиолитик гидазепам (от 50—200 мг), стрезам и афобазол (от 10—30 мг/сут).

Таким образом, анализ клинической симптоматики у ВПЛ, пострадавших в зоне АТО, показывает следующее: наличие полиморфизма и однотипности жалоб больных, однообразия психосоматической симптоматики, системность и полиморфизм сопутствующих соматоформных расстройств, присутствие депрессивных симптомов как в РА, так и в рамках ПТСР. И были выявлена следующая нозология заболеваний: ПТСР — 25%, РА — 45%, ТР — 30%. За период 2015—2016 год курс психотерапии и физиотерапии прошли 121 лиц из контингента ВПЛ.

Применение разработанного нами комплекса психотерапии с фармакотерапией дает возможность укоротить продолжительность курса психотерапии в ОКСДРЗН г. Харькова до 5—6 сеансов, добиться максимальной результативности в комбинации с психофармакологией, а в условиях санатория провести курс психотерапии 10—12 сеансов в комбинации с физиотерапией.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ БОЛЬНИХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЇ СИСТЕМИ

Сарвир І. Н.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра психотерапии*

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в мире по распространенности, смертности, потери трудоспособности, инвалидизации лиц трудоспособного возраста. С другой стороны, эти заболевания являются наиболее распространенной моделью в проблематике психосоматических заболеваний вследствие особой реактивности именно данной системы регуляции основных жизнеобеспечивающих функций человека.

С целью выявления психосоматических соотношений при различных формах гипертонической болезни нами было проведено комплексное исследование больных гипертонической болезнью с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью с дисциркуляторной энцефалопатией, гипертонической болезнью с ишемической болезнью сердца и дисциркуляторной энцефалопатией.

Наряду с клиническим обследованием, включавшим в себя изучение соматического, неврологического, психического статуса пациентов, детальное лабораторное и инструментальное обследование больных, было проведено комплексное психодиагностическое исследование. Использовались тест-опросник Айзенка (EPI), шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Спилберга — Ханина, шкала Гамильтона (HDRS) опросник Бека для оценки депрессии, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, Торонтская

алекситимическая шкала, методика «Копинг — поведение в стрессовых ситуациях», опросник «Качество жизни», проба на запоминание 10 слов Лурия, корректурная проба Бырдона. Кроме этого, проводилось социально-психологическое исследование больных, в т.ч. — анализ психотравмирующих факторов. Полученные результаты были обработаны с помощью методов математической статистики.

На основании анализа полученных данных была разработана система психотерапевтической коррекции в отношении больных с различными формами гипертонической болезни. Объектом психотерапии являлись ранжированные патопсихологические факторы патогенеза заболевания — интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни»; система значимых отношений больного.

Исходя из этого, сформированная нами система психотерапии ориентируется на восстановление патопсихологических звеньев, которые определяют возникновение первичного психогенного фактора либо вторичных реактивно-личностных невротических образований. Это делает более благоприятным течение основного заболевания, повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера, а также повышает качество жизни больных и уровень их социального функционирования.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Селюкова Т.В.

Національний університет цивільного захисту України

Стресостійкість являє собою сукупність особистісних якостей, що дозволяють людині переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні перевантаження, обумовлені особливостями професійної діяльності, без особливих шкідливих наслідків для діяльності, оточуючих і свого здоров'я.

Актуальність дослідження стресостійкості студентів та курсантів визначається наявністю стресогенних факторів у навчальному середовищі, наприклад таких як ситуації іспитів, періоди соціальної адаптації, необхідність особистісного самовизначення у майбутній професійній діяльності. Тобто, стресовий стан і його наслідки становлять серйозну загрозу психічному здоров'ю студентів та курсантів. Багато в чому це обумовлено специфікою віку студентів, адже юність — це період життя, коли особистісні ресурси здаються невичерпними, а оптимізм по відношенню до свого здоров'я переважає над турботою про нього. Формування стресостійкості є запорукою психічного здоров'я людей і невідмінною умовою соціальної стабільності.

Висока стресостійкість забезпечує виконання професійних обов'язків в екстремальних умовах, збереження працездатності і здоров'я особистості після впливу екстремальних факторів зовнішнього середовища. Низький рівень стресостійкості, нездатність людини протидіяти стресам призводять до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах.

Стресостійкість важливо розглядати як в контексті визначення змісту, оцінки, так і в контексті її формування у вищому навчальному закладі, тобто розвитку на різних етапах професійного шляху, в період адаптації до професії та в залежності від професійної діяльності. Це дасть змогу визначити, від чого залежить опанування людиною складних життєвих ситуацій, яку роль в оптимальному функціонуванні людини відіграє її індивідуальний досвід, суб'єктна активність, стійкі ознаки емоційності в структурі індивідуальності і т.і.

Незважаючи на те, що вивчення стресостійкості набуло широкої популярності, однак, дослідження стресостійкості

студентів та курсантів ВУЗів цивільного захисту населення мають досить обмежений характер. Тому, обрана тема представляється досить актуальною як в теоретичному, так і в практичному плані дослідження. В студентському житті багато надзвичайних і стресогенних ситуацій, тому студенти та курсанти часто відчують стрес і нервово-психічне напруження. В основному стрес розвивається через великий потік інформації, через відсутність системної роботи в семестрі; стрес може бути викликаний чинниками, пов'язаними з подіями в особистому житті, тощо. Все це визиває появу дисгармонійних і деформуючих компонентів, які негативно впливають на якість життя студента і становлення його як професіонала і не сприяють розвитку стресостійкості.

З урахуванням вищесказаного, мета дослідження полягала у вивченні рівня стресостійкості у студентів та курсантів — майбутніх працівників ДСНСУ. Дослідження проводилось на базі Національного університету цивільного захисту України. В дослідженні брали участь дві групи досліджуваних віком від 17 до 22 років: перша група — студенти соціально-психологічного факультету в кількості 25 осіб, та друга група — курсанти факультету пожежної безпеки, також у кількості 25 осіб. В дослідженні була застосована методика «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість). В методиці представлені три рівня стресостійкості: високий, середній, низький.

В результаті дослідження рівня стресостійкості було виявлено, що 5% досліджуваних 1—ї групи (курсанти) зовсім не схильні відчувати хвилювання, знервованість, дратівливість у запропонованих ситуаціях, тобто характеризуються високою стресостійкістю; серед досліджуваних 2—ї групи (студенти) високого рівня стресостійкості не показав ніхто; 66% досліджуваних першої групи та 68% другої групи мають середній рівень стресостійкості; та 29% (курсанська група) і 32% (студентська група) — мають низьку стресостійкість, тобто схильні приймати широкий діапазон ситуацій як небезпечних для власної самооцінки, переживати різноманітні негативні емоції: напруження, занепокоєння, стурбованість.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що в обох групах переважає середній рівень стресостійкості, тільки в групі курсантів визначається високий рівень в 5%, що являється закономірним проявом в системі професійно важливих якостей пожежника-рятувальника. У курсантів високи показники стресостійкості можна пояснити тими обставинами, що в процесі навчання у ВУЗі заняття включають себе елементи саморегуляції, самоорганізованості, самовиховання, що сприяє формуванню стресостійкості та подальшій адекватній оцінці своїх можливостей, щодо вирішення певних ситуацій та екстремальних випадків.

Однак, в обох групах ми отримали достатньо великий відсоток за низьким рівнем стресостійкості. Це, на нашу думку, обумовлено тим, що у курсантів учбова діяльність поєднується зі службою. Якщо для студентів основними причинами появи стресу є великі навчальні навантаження та деяка нестабільність в особистому житті, то у курсантів ще й до цього додаються специфічні стресори: це життя далеко від батьків та близьких, нестача вільного часу, життя за певним розпорядком дня та інші. Також, було з'ясовано, що найбільш неприємними для молоді є ситуації, коли оточуючі втручаються в їх особистісне життя, ситуації очікування чи неможливості зробити негайно

щось важливе. Респонденти схильні відчувати напруження, занепокоєння, стурбованість в ситуаціях, в яких оцінюється їх особистісна адекватність та компетентність.

Отже, все наше життя так чи інакше пов'язане зі стресами. Стрес у студентській та курсантській діяльності являє собою повсякденні перевантаження, пов'язані з особливостями процесу навчання у ВНЗ воєнізованого типу і які надають безпосередні ефекти на самопочуття і психічні або соматичні функції. Уміння долати стресові ситуації допоможе уникнути багатьох захворювань, а також досягнути високого рівня в професійній діяльності. Зокрема, найбільший рівень стресу спостерігається у тих спеціалістів, які працюють з людьми, їхніми проблемами та потребами, тобто мають безпосередні контакти з клієнтами. Тому важливим етапом у роботі спеціаліста ризиконебезпечних професій є вміння формувати як власну стійкість до стресорів, так і надавати різні види допомоги особам, які потрапили у стресову ситуацію.

Такий підхід висуває особливі вимоги не лише до якості засвоєння знань, умінь, навичок майбутньої професії, а й до особистісного розвитку професіонала, його когнітивних, емоційно-вольових та комунікативних якостей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сидько Н.П., Сенягина Е.С., Ревуцкая О.Б., Гарбарчук Т.Н., Нечипоренко И.В., Борщ А.А.

Санаторий имени Н. Гоголя, г. Миргород

Ежегодно в санатории имени Н. Гоголя проходят реабилитацию около 6,5 тысяч человек, из которых 55—57% (3500—4000) — железнодорожники. Учитывая гастроэнтерологический профиль санатория, большая часть из них (52—55%) поступает на реабилитацию с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, около трети — с патологией опорно-двигательного аппарата, 4,5—5% — с заболеваниями эндокринной и 1,5% — сердечно-сосудистой системы. Только 8,5—9% отдыхающих поступают на оздоровление.

Следует отметить, что лишь у четверти пациентов при поступлении на реабилитацию диагностировано только одно заболевание, тогда как у трети больных их количество составляет не менее двух-трех, у всех остальных — до 4—6. Наши данные совпадают с результатами исследований М. Fortin М. (2005), согласно которым распространенность коморбидной патологии составляет от 69% у больных молодого возраста до 93% среди лиц средних лет и до 98% — у пациентов старшей возрастной группы. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 — у пожилых и старых больных.

Известно, что коморбидность в значительной мере ограничивает и затрудняет процесс лечения и реабилитации, а также способствует полипрагмазии при их проведении. Поэтому нашей задачей при реабилитации пациентов с коморбидной патологией является создание лечебных комплексов, которые включают методы, позволяющие одновременно воздействовать на патогенез различных заболеваний, а также существенно активизировать механизмы саногенеза. Так, диетическое питание в комплексе с внутренним приемом минеральной воды в бьюете санатория (хлоридно-натриевой, минерализацией 2,8—4,2 г/дм³) и кишечными процедурами не только нормализуют функциональное состояние и моторику желудочно-кишечного тракта, но и, особенно в сочетании с кинезотерапией, уменьшают метаболический синдром, способствуют снижению синтеза адипокинов и улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы, а также восстановлению функции суставов у больных с остео-

артрозом. Традиционное применение импульсных токов, ультразвука, микроволн или магнитного поля на воротниковую или пояснично-крестцовую зону при вертеброгенном болевом синдроме не только оказывает выраженное болеутоляющее действие, но и способствует снижению артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией.

Несомненно, наиболее эффективными являются комплексы с использованием современных методов реабилитации. Так, пассивное подводное вертикальное вытяжение позвоночника с аквапоясом «AIREX» (Швейцария), которое проводится «на глубокой воде» бассейна санатория с 2012 года, направлено прежде всего на разгрузку позвоночника и с успехом используется при неспецифических дорсалгиях, обусловленных как миофасциальными нарушениями, так и грыжами межпозвоночных дисков. Одновременно, по нашим данным, улучшается функциональное состояние мышц и суставов, снижается повышенное артериальное давление у больных с гипертензивной болезнью I-II стадии, нормализуется психоэмоциональное состояние пациентов. Применение пневмопрессинга не только вызывает лимфодренажный эффект и улучшает венозный отток, но и уменьшает боли в суставах нижних конечностей, оказывает стимулирующее влияние на тонус мышц кишечника, улучшает состояние кожи и подковожно-жировой клетчатки ног. Процедуры общего действия (лечебные ванны, подводный душ-массаж, кинезотерапия, лечебное плавание и др.) оказывают выраженное генерализованное влияние, реализуемое посредством различных органов и систем.

Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности санаторно-курортной реабилитации пациентов с коморбидной патологией. Дальнейшее ее повышение мы связываем с развитием новых технологий реабилитации, внедрением в курортную практику принципов физической и реабилитационной медицины, а также созданием регламентов, устанавливающих нормативы реабилитационных процедур в зависимости от срока пребывания пациента в санатории, а также с учетом количества и тяжести коморбидных заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ КАМОРБИДНОСТИ

Сокрут О. П., Синяченко О. В., Сокрут В. Н., Алексеева Л. А.
Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман)

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим системным аутоиммунным заболеванием соединительной ткани, с преимущественным поражением периферических суставов с развитием в них эрозивно-деструктивных изменений и анкилозирования. Эффективность лечения РА во многом зависит от сопутствующей патологии (коморбидности) и формы артрита. Мало используются физические факторы в лечении данной патологии в связи с недостаточным обоснованием их назначения.

Обследовано 173 больных РА в возрасте от 18 до 79 лет. Серопозитивный по RF (RF>14 МО/мл) вариант РА установлен в 74,6% случаев, серопозитивный по аССР (аССР>17 О/мл) — в 72,8%. Выявлена сопутствующая патология (коморбидность): остеопороз — 66,5%, микозы — 27,7%, синдром Рейно — 10,9%, варикозная болезнь — 21,4%, объемзависимая артериальная гипертензия — 25,4%, симпатoadренальная гипертензия — 18,4%, тревожно-депрессивные состояния — 34,7%, панико-фобические реакции — 36,4%.

Всем больным выполняли рентгенологическое исследование периферических суставов, крестцово-подвздошных и позвоночных сочленений, а также органов грудной клетки, двухэнергетическую рентгеновскую остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости. Устанавливали исходный вегетативный тонус — «вегетативный паспорт» у исследуемых больных, в рамках изучения выраженности вегетативной дисфункции определяли логарифм квадрата индекса Кердо (KVI), индекс тяжести вегетативных расстройств (VSI). Выполняли анализ показателей variability сердечного ритма, определяли мощности LF (LowFrequency — зоны низких частот: 0,05—0,15 Гц) и HF (HighFrequency — зоны высоких частот: 0,15—0,5 Гц), подсчитывали соотношение LF/HF как симпатовагальный индекс (SVI). Проводились психологические тесты. Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, непараметрического, корреляционного, регрессионного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (лицензионные программы «Microsoft Excel» и «Statistica-Stat-Soft», США).

На основании проведенных исследований и статистической обработки данных выявили две формы коморбидности при РА — кальцийдефицитную и кальцийзависимую. Кальций-дефицитная коморбидность чаще наблюдалась у ваготоников по вегетативному паспорту при серопозитивном варианте течения РА и включала сочетание остеопороза, микозов, объемзависимой гипертензии, тревожно-депрессивных состояний. Кальций-зависимая коморбидность чаще наблюдалась у симпатотоников по вегетативному паспорту и вклю-

чала сочетание РА с синдромом Рейно, симпатoadренальной гипертензией, наличием артрокальцинозов, панико-фобическими реакциями.

Хороший эффект патогенетической терапии больных РА с успехом дополняется использованием такого физического фактора как МПНЧ. Лечебные эффекты МП зависят от его формы и реализуются через влияние на ионы кальция, кластеры воды, свободные радикалы и др. Для магнитотерапии отбирали больных РА с нарушенным вегетативным тонусом (ваго- и симпатотоники). Использовалась комплексная схема реабилитации больных РА, включающая ежедневное применение МПНЧ на область затылка и/или заднюю поверхность шеи на уровне сегментов С2—D1 («вегетативная составляющая» процедуры) и суставы («артикулярный компонент»). Лечение проводилось на аппарате «Магнитер». Выявление двух типов коморбидности при РА потребовало применения различных форм магнитного поля в данной методике. Для больных с кальций дефицитной коморбидностью (ваготоников) использовался постоянный режим магнитного поля, обладающий в большей степени активизирующим действием на адренорецепторы, повышение внутриклеточного кальция, изменение структуры и проницаемости воды. При кальцийзависимой коморбидности (симпатотония по вегетативному паспорту) оптимальным считали применение переменного режима МП, который преимущественно активизирует ацетилхолиновые рецепторы и подавляет свободно-радикальные процессы.

В этой связи всех наблюдаемых больных методом случайной выборки мы распределили на группы — не получавших МТ — МТ0, МТ1 — применение МТ без вегетативной составляющей и учета коморбидности, МТ2 — с вегетативной составляющей и учетом коморбидности. Эффективность лечения отдельных групп была следующей: МТ2>МТ1>МТ0. Среди пациентов с рациональным использованием ПМП (комбинированный «вегетоартикулярный способ») не было случаев с отсутствием эффекта, а значительное улучшение констатировано у 21,4% от числа обследованных. В свою очередь при МТ1 и МТ0 без улучшения проходило лечение в 5,7% и 6,7% наблюдений, а значительное улучшение соответственно отмечено в 2,9% и 0% случаев. По данным непараметрического анализа Макнемара-Фишера, имели место достоверные отличия результатов лечения в группах МТ2—МТ1 ($\chi^2=732,55$, $p<0,001$), МТ2—МТ0 ($\chi^2=34,23$, $p<0,001$), МТ1—МТ0 ($\chi^2=9,65$, $p=0,022$).

Можно говорить о целесообразности использования комбинированной МТ с воздействием на опорно-двигательный аппарат и ВНС с учетом «вегетативного паспорта» и коморбидности у всех больных РА.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛИЧЕМ

Спасібухова В. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

В останні роки в Україні перше місце серед дітей-інвалідів займають хворі з ураженнями нервової системи, у яких переважає дитячий церебральний параліч (ДЦП). У складі саме цього контингенту міститься найбільший прошарок соціально дезадаптованих дітей-інвалідів.

Можливості відновлювального лікування дітей, в яких до 5—10 років життя сформувалися патологічні рухові, когнітивні та емоційно-поведінкові стереотипи значно менші, ніж у дітей раннього віку. Вирішити цю проблему можна із застосуванням реабілітаційної психології, яка за допомогою психологічних методів та методик відновлює чи корегує роботу тих чи інших патологічно сформованих стереотипів.

Разом з цим, потребує уточнення обсяг можливостей психокорекційного впливу на особистісні характеристики дитини з ДЦП та її батьків. Враховуючи з вищевикладеного метою нашого дослідження була розробка системи психотерапевтичної корекції неспсихотичних порушень психічної сфери у пацієнтів з різними формами ДЦП на основі вивчення когнітивних, емоційних та поведінкових розладів у них.

Було проведено комплексне обстеження 36 пацієнтів зі спастичними (спастична диплегія, спастична геміплегія) і дискінетичними (гіперкінетичний церебральний параліч, атетодний церебральний параліч) формами ДЦП в віці від 4 до 7 років.

Було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з використанням психодіагностичних методик: тест Векслера, Дембо — Рубінштейн, кольорового тесту відношень, тестів ставлення батьків до захворювання своєї дитини. В результаті дослідження встановлено, що у всіх пацієнтів формувалася антено-невротичний симптом-комплекс. У переважній більшості спостерігалися клінічно значущі субдепресивні і тривожні компоненти з елементами агресивної поведінки.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ У СТУДЕНТОВ

Истомин А.Г., Сушецкая А.С., Калюжка А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Нарушения осанки — это часто встречаемая группа заболеваний опорно-двигательного аппарата у студентов. Они являются предпосылкой для раннего развития дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Разработка и внедрение эффективных схем физической реабилитации является актуальной проблемой современной медицины.

Целью исследования было выявление частоты встречаемости различных нарушений осанки среди студентов и оценка влияния физической реабилитации на течение заболевания.

Материал и методы исследования: при медицинском осмотре 200 студентов, поступивших на один из факультетов, который был проведен на базе КЗОЗ «Харьковская городская студенческая больница» в течение 2—х лет было выявлено 38 (19%) человек с различными нарушениями осанки, что и составило основную группу наблюдения. Средний возраст пациентов — от 17 до 20 лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:9.

Контрольной служила группа студентов, не имеющих патологии со стороны опорно-двигательной системы. Основной жалобой были боли в спине разной локализации, которые отмечались у 15 человек (39,5%). При объективном осмотре была выявлена кифотическая осанка у 12 человек (32,5%),

За даними патопсихологічного дослідження встановлено, що стан когнітивної сфери оцінювався в межах граничної розумової відсталості і не доходив до меж олігофренії. У всіх пацієнтів виявлено підвищення рівнів особистісної тривоги і реактивної тривожності і депресії. Нами була розроблена система медико-психологічного супроводу хворих на ДЦП. Апробація системи показала її високу ефективність у 72% хворих, помірну — у 19%, досить низьку — у 9%.

сколиотическая осанка — у 17 человек (45%), а кифолордотическая у 1 человека (2,6%). Сколиотическая болезнь определялась у 8 человек (18%). Сколиоз I степени диагностирован у 6 пациентов (15%), а II степени — у 2—х (5%). Всем обследуемым проводили тест Адамса и рентгенографическое исследование позвоночника.

Был разработан лечебно-реабилитационный комплекс, состоявший из физических упражнений, лечебного плавания в бассейне, электростимуляции мышц спины и массажа, который проводили 3 раза в год. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

Реабилитация была эффективной, о чем свидетельствуют результаты повторного осмотра: кифотическая осанка — у 7 человек (18,4%), сколиотическая осанка — у 11 человек (28%). Кроме того болевой синдром отсутствовал у 9 человек, а у 15,7% сохранялись незначительные боли.

Таким образом, разработанный лечебно-реабилитационный комплекс обоснован и показан пациентам с различными нарушениями осанки. Его применение уменьшает болевой синдром, способствует укреплению мышечного каркаса спины и формированию правильной осанки, что улучшает качество жизни данной категории пациентов.

САНАТОРНО-КУРОРТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ (СЬОГОДНІ І ЗАВТРА)

Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В., Константинова І. М.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса

Ефективність санаторно-курортної медичної реабілітації хворих на різноманітну патологію доказано чисельними дослідженнями. Перш за все, це досягнення у відповідні строки стійкого адекватного саногенетичним можливостям організму відновлення порушених патологією або травмою функцій, запобігання прогресуванню захворювання, виникненню рецидивів та ускладнень, відновлення працездатності, покращення якості життя. Саме санаторний етап з величезним потенціалом природних лікувальних ресурсів, розвинутою системою санаторно-курортних закладів різних форм власності та відомчого підпорядкування, загальнооздоровчою дією курортних факторів має суттєве значення у справі медичної реабілітації.

На цей час перехід від централізованих (безкоштовних) медичних систем, які мають загальний бюджет на всі послуги, до страхової медицини, забезпечить появу плюралістичної конкурентної системи, яка сприятиме постійним інноваціям, що засновані на потребах пацієнтів. У зв'язку з цим виникає необхідність втілення нових методичних підходів до організації системи санаторно-курортної реабілітації, а саме — розробка єдиних механізмів щодо проведення медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах незалежно від форм власності та відомчого підпорядкування, необхідність розширення контингенту хворих, які потребують реабілітації — учасники АТО та особи, тимчасово переселені з зони бойових

дій, що зумовлює розвиток та впровадження в повсякденну практику методів медико-психологічної реабілітації, пацієнти працездатного віку з функціональними порушеннями різних органів та систем (стадія перед хвороби або початковий прояв хвороби, тобто профілактичний напрямок).

До об'єктивних факторів, які потребують удосконалення системи медичної реабілітації відносяться зростання кількості захворювань, які приводять до інвалідності, хронічних захворювань з тенденцією до інвалідизації, побутового виробничого травматизму, погіршення умов праці, мешканню у екологічно несприятливих зонах. Особливо гостро ці явища проявились на фоні соціально-економічного неблагополуччя, пов'язаного з проведенням бойових дій.

Рішення важливих завдань медичної реабілітації можливе на підставі реформування інфраструктури, а саме — організаційного об'єднання багаточисельних оздоровчих, реабілітаційних і санаторно-курортних закладів країни у сферу медичної реабілітації. До основних аспектів її формування відносяться: створення окремого центрального органу медичної реабілітації, удосконалення нормативно-правового забезпечення, підготовка реабілітологів, медичне забезпечення роботи на підставі досягнень науки інше. Удосконалення системи санаторно-курортної реабілітації сприятиме рішенню найважливіших завдань — відновленню, збереженню та укріпленню здоров'я населення України.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Устименко Т.П.

Харьковская железнодорожная больница на железнодорожном транспорте №1

Актуальность темы. Современные стандарты восстановления здоровья и социальной адаптации больных после перенесенного инсульта требуют длительных и координированных усилий большого числа людей, включающих самого пациента и близких ему людей, а также специалистов разного профиля — неврологов, физиотерапевтов, кинезотерапевтов, психологов, логопедов, социальных работников и др. Основные задачи ранней реабилитации заключаются в активизации больных, предупреждении развития патологических состояний и осложнений, связанных с гипокинезией, а также восстановлении активных движений и речи, нормализации когнитивных функций и психологического состояния больных. Существенное значение в эффективности ранней реабилитации имеет адекватная физиотерапия.

Цель исследования — анализ сравнительной эффективности ранней реабилитации, пациентов, перенесших инсульт, для восстановления неврологических функций и повышения уровня бытовой адаптации, а также нормализации психоэмоционального состояния и качества жизни при использовании разных комплексов физиотерапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в условиях неврологического стационара находились 80 больных в возрасте от 40 до 78 лет (41 мужчин и 39 женщин), перенесших ишемический инсульт преимущественно в бассейне средней мозговой артерии (39 в правой, 28 — в левой), подтвержденный результатами МРТ-исследования. 27 пациентов были госпитализированы в острой стадии инсульта, 53 — в раннем восстановительном периоде, при этом 16 больных проходили реабилитационные курсы двукратно.

Комплексная реабилитация проводилась на фоне медикаментозной терапии, включающей этиологическую (гипотензивные препараты, дезагреганты/антикоагулянты) и патогенетическую (метаболические и нейропротекторные средства) терапию, при этом в комплекс реабилитации половинки больных включался цераксон. Алгоритм реабилитации

включал раннюю активизацию и вертикализацию больных с учетом характера и течения инсульта, выраженности неврологических нарушений и сопутствующей соматической патологии, лечение положением (антиспастические уклады конечностей), пассивную и активную кинезотерапию, дифференцированный массаж паретичных конечностей, а также синглетно-кислородную терапию. Кроме того в комплекс реабилитации 43-х пациентов включалась электростимуляция мышц паретичных конечностей, антагонистов спастичным мышцам, 23 больных получали также криотерапию на спастичные мышцы.

Степень восстановления неврологических функций определялась с помощью шкал Бартела, Линдмарк и Скандинавской; уровень бытовой адаптации — шкалы самооценки бытовых возможностей в повседневной жизни Мертон и Саттон; психоэмоциональное состояние — опросника Бека и шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда; качество жизни — профиля влияния болезни.

Результаты и заключение. Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой эффективности ранней реабилитации у больных с легкой и умеренной степенью неврологических нарушений.

При этом достоверно более высокий уровень восстановления двигательных функций и состояния социально-бытовой адаптации больных отмечен при использовании полного комплекса физиотерапевтических процедур, особенно при повторном их применении. В то же время существенного влияния цераксона на динамику неврологических нарушений, включая депрессивные и психоэмоциональные проявления, мы не отметили. Несомненно, дальнейшее повышение эффективности ранней реабилитации, особенно у больных с выраженными неврологическими нарушениями, может быть достигнуто при использовании современных технологий реабилитации с четкой организацией мультидисциплинарных реабилитационных бригад.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИОСМИНА И МАГНИТОТЕРАПИИ В ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Флорикян В.А.¹, Слепак Е.Н.²*1. Доцент кафедры неврологии и детской неврологии ХМАПО, к.м.н. Флорикян Вардануш Аршавировна**2. Харьковская клиническая больница №1 на железнодорожном транспорте Слепак Елена Николаевна*

Среди различных форм хронического прогрессирующего нарушения мозгового кровообращения венозная дисциркуляторная энцефалопатия занимает особое место. В лечении больных с нарушениями венозной мозговой гемодинамики значительное место занимает медикаментозная терапия, а именно применение препаратов содержащие гранулированный диосмин. При этом, физиотерапевтическим методам лечения не уделяется должного внимания.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности применения комплексного метода лечения пациентов дисциркуляторной венозной энцефалопатией с использованием препарата диосминового ряда (диосмин) и низкочастотной магнитотерапии (зона воздействия на уровне С₄-Th₆ — воротниковая зона) в сравнении с лечением пациентов данной группы только препаратом диосмин.

Материалы и методы. Было проведено обследование 72 пациентов с церебральной дисциркуляторной венозной энцефалопатией. Пациенты были разделены на две группы. I контрольную группу составили 34 пациента (47,2%), которым из медикаментозных препаратов применяли только диосмин 600мг. Во II основную группу было включено 38 пациентов (52,8%), которым в комплексе лечения использовался диосмин и проводилась магнитотерапия низкочастотным ПСМП синусоидной формы, на уровне С₄-Th₆ от аппарата «Полюс-1»

двумя цилиндрическими индукторами, интенсивностью 35 мГ в непрерывном режиме, экспозиции 20 минут, ежедневно, на курс 10 процедур. Средний возраст больных в обеих группах был сопоставим. Все обследованные больные в группах были распределены на три подгруппы согласно стадий развития хронической мозговой венозной дисциркуляции по М.Я.Бердичевскому. Всем обследованным больным было проведено клиничко-неврологическое обследование, экстра и транскраниальная доплерография на аппарате Sigma cris 880 для верификации нарушений церебральной гемодинамики. Оценивались показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в верхней глазничной вене, прямом синусе (ПС), базальной вене Розенталя (БВР), по внутренним яремным венам (ВЯВ). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Фишера — Стьюдента.

Результаты исследования. Регресс неврологической симптоматики был больше выражен у пациентов II группы, по сравнению с пациентами I группы. Синдром неврологических нарушений в основной группе составил 34 из 38 больных (89,15%), а в контрольной группе — у 22 из 34 обследованных (26,8%), значительно уменьшились проявления синдрома вегетативной дистонии у больных основной группы выявлено у 76,4% больных, тогда как в контрольной группе — у 10,9%. При цефалгическом синдроме в основной группе уменьше-

ние головных болей выявлено у 23,4% обследованных, тогда как в контрольной группе у 6,1%, при вестибулярно-атактическом — у 71,4% и 56% соответственно, нарушения чувствительности — у 40,7% и 30,4%. Под влиянием проведенной комплексной терапии у 25 пациентов основной группы отмечена нормализация всех показателей церебрального венозного кровотока, у пациентов контрольной группы данные изменения наблюдались у 17 обследованных. При сравнении данных ЛСК по подгруппам в базальной вене Розенталя, мы выявили, что у пациентов с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии во II группе снижение ЛСК было на 1,2% больше, чем у пациентов аналогичной подгруппы I группы, и для пациентов с венозной дистонией на 2,7%. Для пациентов третьей подгруппы II группы наблюдалось повышение ЛСК в 9,8% случаев, по сравнению с пациентами первой подгруппы II группы, для I группы показатель составил 7,9%. Аналогичная ситуация наблюдалась при исследовании ЛСК по глазничной вене и прямому синусу.

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ

Фурса И.А.¹, Кас И.В.¹, Замятина Е.И.¹, Забрудская Т.А.¹, Тарасова О.И.¹, Васильева-Линецкая Л.Я.²

Харьковская железнодорожная больница на железнодорожном транспорте №1¹

Харьковская медицинская академия последипломного образования²

Актуальность. Впервые своеобразный «плечевой» синдром, сопровождающийся болью и значительным ограничением объема движений, но не связанный с поражением собственно плечевого сустава, в 1882 г. описал Duplay и обозначил его как «плече-лопаточный периартрит». В настоящее время чаще используется термин «плече-лопаточный периартроз» (ПЛП) как собирательное, обобщающее понятие, объединяющее различные патологические состояния, характеризующиеся болями и ограничением объема движений в плечевом суставе (миофасциальный болевой синдром).

Больные с ПЛП составляют 80—85% числа всех больных с ортопедическими заболеваниями области плечевого сустава, а в структуре инвалидности — 5,7%. Высокая частота патологии в комплексе с недостаточной эффективностью реабилитации больных определила цель нашего исследования.

Цель исследования — оптимизация реабилитации больных с плечелопаточным периартрозом путем совершенствования комплекса применения импульсных токов и кинезотерапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 2015—2016 гг. в ЦКБ-5 находились 87 больных с ПЛП с выраженным болевым синдромом. Возраст больных колебался от 39 до 65 лет (63% — 41—50 лет), 68% из них были мужчины, 32% — женщины. Длительность заболевания составляла до 5 лет — у 36% больных, 5—10 лет — у 33%, у остальных наблюдаемых — более 10 лет.

Оценка выраженности и динамики болевого синдрома проводилась методом анкетирования с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), при этом показатели ВАШ больных соответствовали 6—9 см, что свидетельствовало об интенсивном болевом синдроме. Амплитуду движений в плечевом суставе определяли с помощью угломера, мануальное мышеч-

Выводы. Комбинированное лечение больных с церебральной венозной патологией препаратом диосмин 600мг и низкочастотной магнитотерапией на уровне С₄–Т₆ улучшает венозные компоненты мозгового кровообращения, приводит к регрессу интракраниальной венозной дисциркуляции и неврологической симптоматики у 90,4% пациентов основной группы в сравнении с 26,5% обследованных в контрольной, получавших лечение только препаратом диосмин 600мг. Результаты лечения больных с церебральной венозной патологией предложенным комбинированным методом зависят от выраженности церебральной венозной патологии. Так же, как и для пациентов контрольной группы, данный метод лечения эффективен у пациентов с начальными проявлениями заболевания, в меньшей степени у больных с внутримозговой венозной дистонией и практически не эффективен у пациентов с выраженной венозной энцефалопатией.

ное тестирование (ММТ) проводили по классической методике. В качестве одного из наиболее эффективных способов изучения сложного взаимодействия мышц плечевого сустава использовали поверхностную электромиографию (ЭМГ).

По вариантам реабилитации все больные были разделены на две группы. Пациентам первой группы назначалась традиционная кинезотерапия, массаж, парафиновые аппликации и амплипульстерапия на область плечевого сустава по классической методике. В комплекс реабилитации больных второй группы включалась кинезотерапия по методике проприоцептивной нейромышечной фасилитации, массаж, парафиновые аппликации и применение СМТ по разработанной нами методике с использованием принципов прикладной кинезиологии. Учитывая интенсивный характер болей, всем пациентам назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВН), витамины группы В и миорелаксанты. Группы составлялись рандомизированно и не отличались по возрасту и полу больных, длительности и тяжести ПЛП (P > 0,05).

Результаты и заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о существенно более высокой эффективности реабилитации у пациентов второй группы, что проявлялось более ранним и значительным снижением интенсивности болей, улучшением функций мышц плечевого пояса и увеличением объема движений в плечевом суставе. Болевой синдром уменьшался уже с 3—4-го дня (в первой группе — с 5—7-го), что вызывало отмену приема НПВП и лучшее восстановление функциональной способности мышц. Клиническое улучшение после двухнедельной реабилитации было достигнуто у 78% больных первой группы и у 91% — второй. Полученные данные позволяют рекомендовать предлагаемый комплекс в алгоритм реабилитации больных с ПЛП.

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ В ХАРКІВСЬКІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ НА ЗАЛІЗНИЧНОМУ ТРАНСПОРТІ №1 ФІЛІЇ «ЦОЗ» ПАТ «УКРЗАЛІЗНИЦІ»

Фурса І.А., Кас І.В., Обухова О.С.

МОЗ України ставить перед собою та перед лікувальними закладами мету: «Забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги, динамічний розвиток системи охорони здоров'я з орієнтацією на запобігання захворювань, формування мотивації до здорового способу життя населення і покращення демографічної ситуації».

Сьогодні розвиток сучасного підходу до питання вирішення покращення стану здоров'я населення в Україні не відбува-

ється без участі новітніх технологій, нових методів діагностики, соціальної адаптації та фізичної реабілітації.

Головна мета діяльності ХКЛ ЗТ №1 Філії ЦОЗ ПАТ «Укрзалізниця» в умовах впровадження системи якості — покращення здоров'я та рівня якості життя пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою шляхом постійного підвищення професіоналізму співробітників, розширення функцій і покращення медичних послуг, засобів фізичної

реабілітації, задоволення потреби пацієнтів та постійне прагнення перевершити їх очікування, дотримання балансу медичної, соціальної і економічної ефективності своєї діяльності, а також виконання вимог законодавчих і нормативних документів, що відносяться до сфери надання медичних послуг.

Основним завданням у сфері якості є: постійне втілення в практику діяльності лікарні інноваційних медичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних технологій; медичних послуг, враховуючи інтереси пацієнтів та трудового колективу; створення умов для повного задоволення вимог та очікувань пацієнтів; підтримання умов, що сприяють фор-

муванню у пацієнтів відчуттів безпеки та впевненості; проведеного постійного моніторингу задоволеності пацієнтів; підвищення кваліфікації і компетенції персоналу на підставі його регулярної підготовки, перепідготовки та навчання.

Розвиток системи ефективної медичної реабілітації з урахуванням сьогоденного рівня суспільного здоров'я, без сумніву можна віднести до числа найважливіших медико-соціальних завдань сучасної охорони здоров'я.

Тому поступове впровадження новітніх методів реабілітації в практику допоможе підвищити ефективність і якість надання медичної допомоги, а зрештою — підвищити конкурентоспроможність закладу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПИТНОГО ПРИЙОМУ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Чайковська Т.В., Ляхова О.Б., Малиновська В.Г., Яковенко Н.А., Гіттер Л.М.

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Актуальність проблеми. Відомо, що курсовий прийом природних мінеральних вод (МВ) з олузнюючими властивостями є ефективним методом запобігання розвитку латентного метаболічного ацидозу і пов'язаних з ним метаболічних розладів, в т.ч. панкреатичної дисфункції та переддіабетичних станів.

Мета — дослідити клініко-лабораторну ефективність курсу питного прийому вуглекислої маломінералізованої гідрокарбонатної натрієвої МВ у пацієнтів з коморбідною патологією системи травлення на фоні підвищеного ризику цукрового діабету (ЦД).

Матеріал і методи дослідження. Проведений аналіз динаміки клініко-лабораторних показників під впливом 21—денного питного прийому природної вуглекислої маломінералізованої гідрокарбонатної натрієвої МВ Лужанська у 30 пацієнтів (віком від 49 до 74 років, 26 жінок, 4 чоловіки) з хронічною патологією органів травлення у фазі ремісії, з підвищеним ризиком розвитку ЦД (за даними опитувальника FINDRISK — FINnishDiabetesRiskScore). Функціональний стан органів травлення оцінювався за авторським беззондовим методом в міжтравний (МП) і постпрандіальний період (ПП) секреції.

Результати. Встановлено, що під впливом лікування на фоні покращення клінічного перебігу і зменшення явищ

шлунково-кишкової і панкреатичної диспепсії виявлені позитивні зміни досліджуваних лабораторних показників. Спостерігалось достовірне підвищення в межах нормальних величин показників панкреатичного ферментовиділення в 2,97 разів при явищах панкреатичної постпрандіальної гіпосекреції — з $168,8 \pm 25,9$ до $500,6 \pm 96,3$ г/год.л ($P < 0,05$), а також достовірне зниження на 43,0% підвищеної екскреції амонію сечі, тенденція до зниження на 55,0% сечової екскреції титрованих кислот, тенденція до зниження рівня цукру крові в міжтравний період (з $6,3 \pm 0,3$ до $5,5 \pm 0,3$ ммоль/л, $P < 0,1$). Виявлені закономірності свідчать про відновлення процесів оптимального співвідношення кислого і лужних травних секретів в період травлення, покращення функціонального стану підшлункової залози і зменшення лабораторних проявів латентного метаболічного ацидозу.

Висновок. Курс питного прийому гідрокарбонатної натрієвої МВ виявився ефективним способом корекції функціонально-метаболічних порушень системи травлення, що зумовлює доцільність застосування методу (в т.ч. фасованих МВ) в профілактиці розвитку ЦД у хворих з коморбідною гастроентерологічною патологією.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ У ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ЗНАХОДИЛИСЬ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ САНАТОРІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ У СУПРОВОДІ БАТЬКІВ

Шаповалова Г.А., Польщаківа Т.В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

Актуальність проблеми. Проблема лікування дітей з онкологічними захворюваннями (ОЗ) набуває з часом все більшої актуальності завдяки тому, що для хворих дитячого віку діагноз онкозахворювання не є вироком.

Більшість дітей можуть бути остаточно вилікованими при використанні, в першу чергу, сучасної інтенсивної хіміотерапії. Однак, після інтенсивного довготривалого лікування хворі можуть мати значно погіршену якість життя або навіть залишатись інвалідами. Тому клінічна оцінка супутніх захворювань після завершення специфічного лікування ОЗ є надзвичайно актуальною.

Мета. Клінічна характеристика супутніх захворювань дітей у періоді ремісії онкозахворювань, що знаходились на реабілітації в умовах санаторію для дітей у супроводі батьків

Матеріали і методи досліджень. На санаторно-курортному лікуванні (СКЛ) у санаторії для дітей у супроводі батьків ім. В.П. Чкалова м. Одеса знаходились 384 дитини, серед яких 207 дитини (53,9%) у стані ремісії онкологічних захворювань до 5 років, 177 дітей (46,1%) у стані ремісії більше 5 років. Серед них переважна більшість 232 хлопчика (60,4%) та 152 дівчинки (39,6%), серед яких більшість дітей була віком від 6 до 14 років.

Методи дослідження: загальне клінічне обстеження, оцінка стану нервової системи (неврологічний статус, спектральний аналіз варіабельності серцевого ритму, біоелектрична активність головного мозку, мозкового кровообігу (ультразвукова доплерографія — УЗДГ) та ліквородинаміки (ЕхоЕГ)), серцево-судинної системи, психологічне тестування, біохімічні, гормональні та імунологічні показники, опитувальник «якість життя».

Результати. Серед 384 дітей 101 дитина направлена на повторні курси СКЛ, серед яких 16 на третій курс та 8 на четвертий повторний курс. На СКЛ у ремісії гемобластозів до 5 років ремісії знаходились 133 дитини (64%), серед яких у ремісії гострого лімфобластного лейкозу 53,1% дітей (110), ЛГМ 4,3% дітей (9), гістіоцитоза 1,0% (2), лімфоми Беркіта 5,3% (11), мієлоїдного лейкозу 1. У ремісії гемобластозів більше 5 років знаходились 60,4% дітей, переважно у ремісії гострого лімфобластного лейкозу (42,9%).

При порівняльній характеристиці клінічного стану дітей, які надійшли на СКЛ у різні періоди ремісії ОЗ, виявляється значна частота супутніх захворювань провідних систем організму дітей.

Переважали захворювання органів травлення, при цьому зі збільшенням тривалості ремісії ОЗ частота виявлення наявності цих захворювань залишалась високою (до 53%) у дітей в ремісії ОЗ до 5 років та 60,3% у ремісії більше 5 років. 10,6% дітей в ремісії до 5 років ОЗ мали первинно-хронічні вірусні гепатити В, С, G та 8,7% дітей токсичну гепатопатію. У ремісії ОЗ більше 5 років залишалась значна частота первинно-хронічних вірусних гепатитів В, С (до 14,7% випадків).

Захворювання ендокринної системи констатовано у 9,3% дітей в ремісії ОЗ до 5 років.

Значна, до 30,5% випадків, частота захворювань та патологій розвитку опорно-рухового апарату, верхніх дихальних шляхів у 31% дітей. Захворювання кардіоваскулярної системи, частота яких переважає у дітей в ремісії ОЗ більше 5 років, виявлено у 31% дітей.

Захворювання шкіри виявляли у 6,3% випадків у дітей в ремісії ОЗ більше 5 років та у 7,9% дітей в ремісії ОЗ більше 5 років.

Серед захворювань центральної та периферичної нервової системи у дітей в різні періоди ремісії переважали антеро-невротичний, церебростенічний синдроми, венозна церебросудинна недостатність, вторинна нейропатія периферичних нервів, геміпарез або тетрапарез.

Найчастішими скаргами на функціональний стан дітей були слабкість, швидка стомлюваність, поганий апетит, порушення уваги, тривожність, тахікардія, холодні та вологі лодони, метеоризми, закрепи, біль у правому підребер'ї.

У дітей при неврологічному обстеженні виявляли скарги на головні болі локального та дифузного характеру, які виникали після перевтоми або зміни погоди, запаморочення, підвищену стомлюваність і дратівливість, порушення формули сну, пітливість кистей рук, боязнь темряви, заїкання, тики.

Висновок. Аналіз отриманих даних свідчить про необхідність диференційованого підходу до санаторно-курортної реабілітації з урахуванням наявності супутньої патології та ступеню обтяженості основного захворювання — онкогематологічної патології.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОВТОРНИХ КУРСІВ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ У ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ САНАТОРІЮ ДЛЯ ДІТЕЙ З БАТЬКАМИ

Шатовалова Г.А., Польщаківа Т.В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

Актуальність проблеми. Проблема відновлення здоров'я дітей України з онкологічними захворюваннями (ОЗ), частота виникнення яких за останні роки зросла на 20%, обумовлена важкістю їх перебігу, розвитком ускладнень, викликаних особливостями довготривалого спеціального лікування та наявністю хронічних супутніх захворювань, ускладнюючих реабілітацію.

Мета. Оцінка ефективності повторних курсів санаторно-курортної реабілітації дітей у періоді ремісії онкозахворювань в умовах санаторію для дітей з батьками

Матеріали і методи досліджень. У санаторії ім. В.П. Чакова на повторних курсах санаторно-курортного лікування (СКЛ) знаходилась 101 дитина, серед яких 77 на другому, 16 на третьому та 8 на четвертому.

Оцінку функціонального стану дітей проводили за алгоритмом обстежень, який застосовували при першому лікуванні у санаторії, в який входили оцінка клінічного стану дітей, загальні клінічні лабораторні аналізи крові з оцінкою неспецифічних адаптаційних реакцій організму (НАРО) та індексу лейкоцитарної інтоксикації (ЛІІ), біохімічні лабораторні дослідження крові, оцінка функціонального стану серцево-судинної системи, оцінка «якості життя».

Результати. При оцінці стану дітей зі супутньою патологією органів травлення, серцево-судинної та нервової системи, що надійшли на СКЛ у віддаленому періоді захворювання вдруге або втретє, встановлено наступне.

Перш за все, слід зазначити, що діти, які лікувались раніше, значно рідше (в 1,6 рази) хворіли у санаторії на гострий ринофарингіт (ГРФ) та гостру респіраторну вірусну інфекцію (ГРВІ). Це свідчить про загальну зміцнюючу дію СКЛ, яка зберігається до 2 років

Показники клінічного стану, їх динаміка, виразність больового, диспепсичного та, особливо, астеничного синдрому у дітей що надійшли у віддаленому періоді захворювання, при надходженні були виявлені значно менше. Відчуття слабкості у дітей за суб'єктивною оцінкою зменшилось від (0,74 ± 0,15) та (0,35 ± 0,14) балів. Діти, що вдруге або у 3—4 раз надійшли на повторні курси СКЛ, у віддаленому періоді захворювання не скаржились на головний біль, зменшились, прояви больового (суб'єктивні та об'єктивні дані) та диспепсичного синдрому були епізодичними або зникли.

У дітей у віддаленому періоді після СКЛ за даними клінічних досліджень зберігався ефект лікування. Зі збільшенням кількості курсів СКЛ встановлено вірогідне поліпшення по-

казників ліпідного обміну, а також дезінтоксикаційної функції печінки за даними середнього показника прямого білірубину, який знижувався від (8,7 ± 4,0) мкмоль/л при першому надходженні на СКЛ до (4,7 ± 2,5) мкмоль/л при другому надходженні на СКЛ, та до (1,8 ± 0,2) мкмоль/л при 3—4 надходженні на СКЛ.

Порівняльний аналіз даних загального аналізу крові дітей з ОЗ при першому надходженні на СКЛ та у віддаленому періоді СКЛ при другому та 3—4 надходженні на СКЛ свідчить про збереження показників крові на нормативному рівні з позитивною динамікою (НАРО) зі збільшенням числа курсів СКЛ.

Оцінка НАРО за показниками загального аналізу крові показала ознаки напруження високого III, IV ступеню на I курс СКЛ у (56,5 ± 5,9)% дітей, при надходженні на другий повторний курс СКЛ у (45,4 ± 6,7)%, при надходженні на третій повторний курс СКЛ у (35,7 ± 12,8)%. При цьому частота виявлення реакцій стресу та переактивації зі збільшенням частоти курсів, навпаки, збільшувалась від (17,0 ± 4,4)% до (35,7 ± 12,8)%.

У віддаленому періоді після першого курсу, при надходженні на 2 курс СКЛ, напруження III—IV ступеня НАРО у дітей у ремісії гемобластозів виявляли частіше (48,7 ± 8,0% випадків), ніж у дітей після лікування солідних пухлин (СП) (33,3 ± 12,2% випадків). Частіше у дітей в ремісії гемобластозів при надходженні на другий курс СКЛ виявлялись реакції стресу, у дітей після лікування СП при другому надходженні на СКЛ таких реакцій не відмічалось. Повторні курси СКЛ сприяли зменшенню вірусного навантаження організму дітей за даними зниження від (28,9 ± 6,7) до (20,5 ± 6,4)% частоти виявлення низьких показників ЛІІ (< 0,3 ум. од.), що виявлено у віддаленому періоді при повторному та 3—4 надходженні на СКЛ.

Висновок. Збільшення кількості повторних курсів СКЛ дітей у ремісії ОЗ за даними віддалених результатів сприяє зменшенню частоти високого ступеня напруження НАРО у дітей навіть при збільшенні частоти реакцій стресу та переактивації. Доцільність застосування повторних 3—го та 4—го курсів СКЛ дітей у порівнянні з 1—2 курсом у різні періоди ремісії ОЗ підтверджується статистичними даними: ростом від 1 до 3—4 курсів показників поліпшення функціонального стану дітей за проявами супутніх захворювань, загальних адаптаційних реакцій дітей, дезінтоксикаційної системи печінки, зменшенням вірусного навантаження організму дітей, «якості життя» за психологічною, фізичною та соціальною складовими на 41%.

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ В ПЕРІОД РЕМІСІЇ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА КОМПЛЕКСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИМ ПРИЗНАЧЕННЯМ ПИТНОГО ВОДОЛІКУВАННЯ З МІНЕРАЛЬНОЮ ВОДОЮ «МОРШИНЬСЬКА» В УМОВАХ САНАТОРІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З БАТЬКАМИ

Шаповалова Г.А., Польщаківа Т.В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

Актуальність проблеми. За останні 10 років рівень дитячої інвалідності в Україні зріс на 1/3, в тому числі в 2 рази у зв'язку із злоякісними новоутвореннями лімфатичної та кровотворної систем. У структурі загальної захворюваності дітей відзначається збільшення онкологічних захворювань на 20%. Причому, лише за останні 5 років на 26% зростає поширеність новоутворень серед підлітків. Визначено необхідність організації реабілітаційного етапу у зв'язку з наслідками радикального лікування і хіміопроменевої терапії, змінами у стані основних систем організму.

Мета. Оцінка динаміки психосоматичного стану дітей в період ремісії онкогематологічних захворювань за комплексом реабілітації з диференційованим призначенням питного водолікування з Мінеральною Водою «Моршинська» в умовах санаторію для дітей з батьками

Матеріали і методи досліджень. Серед 139 дітей, які надійшли на санаторно-курортне лікування (СКЛ) у санаторії для дітей з батьками ім. В. Чкалова розподіл за віком 6 — 8, 9 — 10, 11 — 12, 13 — 14 років приблизно однаковий. Маленьких дітей у віці до 5 років надійшло 11,5%, у віці 15 — 17 років 3,6%. У періоді ремісії до 2 років частіше (25%) поступали діти у ремісії онкогематологічних захворювань. Серед 68 дітей у ремісії онкогематологічних захворювань частіше були діти, які проліковані з приводу гострого лімфобластного лейкозу (82,3%).

Оцінюючи динаміку соматичного та психологічного стану дітей під впливом санаторно-курортного лікування за комплексом реабілітації з призначенням мінеральної води (МВ) «Моршинська» враховували динаміку регресії скарг дітей на самопочуття, проявів диспепсичного та больового синдромів, неспецифічних адаптаційних реакцій, імунологічної реактивності, метаболічні процеси, якість життя.

Результати. Наприкінці курсу реабілітації за даними оцінки функціонального стану 18 дітей у ремісії онкогематологічних захворювань у 50% дітей відмічали зменшення частоти скарг на швидку втомлюваність, у 30% — зменшення проявів дратівливості, у 27,7% поліпшення апетиту, зменшення метеоризмів у 22,2%. Больовий синдром у правому підбер'ї зник у 16,7% дітей, на біль у епігастрії перестали скаржитись 33,3% обстежених.

Виникнення за період перебування у санаторії майже у 14,7% дітей інфекційних гострих захворювань респіраторного характеру супроводжувалося незначним зрушенням влі-

во показників лейкоцитарної формули гемограми в загальній групі дітей у ремісії онкогематологічних захворювань. Встановлено збільшення числа нейтрофілів паличкоядерних від (3,9±0,6) до (5,7±1,5)%, еозинофілів від (2,4±0,8) до (3,7±0,8)%. Інші показники гемограми змінювались у межах нормальних значень. В даній групі дітей у ремісії онкогематологічних захворювань до СКЛ у 44,4% встановлено низькі рівні неспецифічних адаптаційних реакцій організму (НАРО) III — IV ступеню напруження, які у 33,3% дітей проявлялись реакцією стресу.

В групі дітей у ремісії онкогематологічних захворювань при надходженні на СКЛ виявлялись порушення імунологічної реактивності за інтегральними показниками: пригнічення у 33,3% дітей активності ефektorної та у 44,4% афektorної ланки імунітету (підвищений або знижений індекс співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів /ІСНЛ/); у 44,4% дітей пригнічення макрофагальної системи (підвищений індекс співвідношення нейтрофілів та моноцитів /ІСНМ/) з проявами гіперчутливості миттевого типу та у 55,5% гіперчутливості повільного типу (підвищений індекс співвідношення лімфоцитів та еозинофілів /ІСЛЕ/); переважання гуморальної ланки імунітету у 55,5% (знижений лейкоцитарний індекс /ЛІ/); у 44,4% дітей ознаки ендогенної інтоксикації бактеріальної (підвищений лейкоцитарний індекс інтоксикації /ЛІІ/) та у 22,2% вірусної природи (знижений ЛІ).

Застосування комплексу реабілітації з призначенням фасованої мінеральної природної столової води «Моршинська» дітям у ремісії онкогематологічних захворювань сприяло зниженню втричі частоти виявлення IV ступеню напруження неспецифічних адаптаційних реакцій низького рівня, зникненню вихідних реакцій стресу у 33,3% дітей, збільшенню вдвічі частоти реакцій тренування зі збереженням частоти реакцій спокійної активації та тенденцією до збільшення реакцій підвищеної активації. У 44,4% дітей даної групи поліпшився показник співвідношення активності гуморальної та клітинної ланок імунної відповіді. Встановлено тенденцію до урегулювання афektorної та ефektorної ланок імунної відповіді, нормалізації співвідношення специфічного та неспецифічного захисту у 33,3% дітей.

Висновок. Призначення фасованої мінеральної природної столової води «Моршинська» слід визнати ефективною ланкою комплексу реабілітації дітей у ремісії онкогематологічних захворювань.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСКА РЕАБІЛІТАЦІЯ БОЛЬНИХ С ПЕРВИЧНИМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Швец Ю. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

В последние десятилетия главным критерием эффективности лечебного процесса в психиатрии является восстановление уровня социального функционирования больных. От достаточности оценки эффективности терапевтического процесса в рамках медицинского критерия, как максимально возможной редукции патологической симптоматики мы перешли к концепции максимального восстановления уровня социального функционирования и качества жизни больного. В связи с этим рассмотрение психотерапии психозов возможно в саногенетической цепи «психогенез — патоперсоналогия — психотерапия», не исключая при этом периода манифеста.

По справедливому замечанию Б.Д. Карвасарского и соавт. (1998), представления о психотерапии психозов определяются концептуальной ориентацией специалиста.

Так, касаясь одной из наиболее значимых форм — шизофрении — следует констатировать, что признание генетической природы заболевания смещает акцент психотерапии в сторону профилактики; большинство же психиатров, признающих психогенетическую природу шизофрении, придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания; понимание психотерапии как исключительно органического процесса делает психотерапию синонимом реабилитации.

Клиническая психотерапия — в некотором противопоставлении реабилитационно-ресоциализационной и поддерживающей психотерапии — ориентируется на восполнение дефекта (активирующая психотерапия).

Широкому распространению индивидуальной [аналитической] психотерапии препятствовали ее трудоемкость,

длительность и высокая стоимость, поэтому гораздо чаще используются групповые формы психотерапии — групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая (в том числе когнитивная и «психообучающая» — «family psychoeducation»), рационально-эмоциональная психотерапия и другие (S.R. Slavson, 1947; F. Fromm-Reichmann, 1958; H. Enke, 1966; S.H. Foulkes, 1966; R. Schindler, 1967).

Нами разработана система ранней психотерапевтической интервенции для больных с первичным психотическим эпизодом на госпитальном этапе, построена на мультимодальном принципе. Апробация системы показала ее значительную эффективность в 75% случаев.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И СОТРУДНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

Шевченко Р. П.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра философии

В настоящее время проблема психологической устойчивости военнослужащих ВС Украины приобрела общегосударственное значение. Выявление особенностей личности, характера, эмоциональной сферы больного выделенной клинической категории позволит разработку психотерапевтических методов своевременной психологической коррекции, восстановления профессионального статуса, социальной реабилитации военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины. В настоящее время проблема повышения психологической устойчивости военнослужащих и работников Вооруженных сил Украины (ВСУ) имеет первостепенное значение. Вследствие эмоциональных, личностных особенностей человек с невротическими и психосоматическими расстройствами пациент часто теряет способность к адекватному пониманию тяжести собственного состояния здоровья, развиваются комплексы психосоциальной дезадаптации.

Выявление выделенного круга особенностей личности, влияющих на развитие, течение невротических и психосо-

матических расстройств послужит мотивом к проведению тактически важных изменений в работе медицинского персонала.

Комплексная характеристика больных с невротическими и психосоматическими расстройствами, проведения при помощи отмеченных методик, позволит нам выделить и изучить социально-психологические факторы predispositions развития невротических и психосоматических нарушений, особенности когнитивной сферы, патопсихологические механизмы формирования нарушений адаптации у военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины при невротических и психосоматических отклонениях.

Нами была разработана система медико-психологической коррекции невротических и психосоматических расстройств у военнослужащих ВС Украины. Апробация системы показала ее значительную эффективность в 69%, среднюю — в 19%, незначительную — в 12% случаев.

МЕХАНІЗМИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «СТИФІМОЛ» І ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Шмакова І.П., Лисенко Т.В.

Одеський національний медичний університет МОЗ України

Актуальність роботи — Ожиріння та надмірна маса тіла (НМТ) — масштабна проблема в теперішній час. Згідно показників 2016 року, близько 1,1 млрд людей у світі страждають від НМТ. Встановлено, що в європейських країнах 23% чоловіків і 28% жінок мають надмірну масу тіла (ІМТ-25кг/м). У літературі широко висвітлені дані багаточисельних досліджень про вплив НМТ на розвиток багатьох захворювань, серед яких: цукровий діабет 2-го типу, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, інсульт, метаболічний синдром та ін.

У терапії ожиріння різного ступеню застосовуються корекція стереотипів поведінки, фізичні вправи, низькокалорійні дієти, медикаментозні препарати й хірургічні методи. Не зважаючи на це, дуже часто пацієнти набирають втрачену вагу після закінчення курсу лікування. Це обумовлено тим, що після нормалізації маси тіла пацієнти рідко дотримуються відповідних програм підтримки та збереження одержаного результату.

Враховуючи все вищевикладене, проблема НМТ й ожиріння є актуальною та вимагає розробки ефективних адекватних підходів профілактики й лікування з використанням комплексу медикаментозних препаратів та не медикаментозних методів.

З цих позицій особливий інтерес представляють голкорексотерапія і вібровакуумтерапія, використовувани в комплексі з медикаментозною терапією, ЛФК, дієтотерапією. Останнім часом значну увагу привертають комплексні натуральні препарати для лікування НМТ та ожиріння, що містять рослинні компоненти, здатні ефективно знижувати масу тіла, не викликаючи побічних ефектів. До них відноситься

вітчизняний препарат «Стифімол» виробництва ПАТ «Київський вітамінний завод».

Разом з тим, до цього часу не вивчені особливості впливу зазначених фізичних факторів (аурикулярна голкорексотерапія і вібровакуумтерапія) в комплексі з медикаментозною терапією (препарат «Стифімол»), ЛФК та дієтотерапією на антропометричні, біохімічні показники (ліпіди, коагулограма), харчову поведінку та якість життя, відсутні чіткі рекомендації щодо їх комплексного застосування, а також диференційовані підходи до призначення у хворих з НМТ та ожирінням в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Мета роботи — підвищення ефективності лікування хворих з НМТ та ожирінням на амбулаторно-поліклінічному етапі шляхом застосування в комплексному лікуванні препарату «Стифімол», голкорексоти- і вібровакуумтерапії з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

На базі Центру «Сімейний лікар» поліклініки №29 м.Одеси проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження і курс лікування 125 пацієнтів з НМТ та ожирінням (40 хворих з НМТ, 85 хворих з ожирінням I, II і III ст.) з наступним спостереженням і оцінкою результатів лікування через 1, 3, 6 місяців.

Встановлено, що препарат «Стифімол» знижує апетит та потяг до солодощів, внаслідок цього супроводжується статистично достовірним зменшенням маси тіла та індексу маси тіла (ІМТ) через 3 місяці. Зменшення ваги відбувається за рахунок абдомінального жиру, про що свідчить зниження об'єму талії як у чоловіків так і у жінок. Під впливом препарату «Стифімол» зменшується рівень глюкози крові натще, а також покращуються показники ліпідного профілю крові

(зниження загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів, підвищення ліпопротеїдів високої щільності), знижується офісний систолічний артеріальний тиск (САТ), зменшується кількість осіб з розладами харчової поведінки (зменшується кількість пацієнтів з екстернальним, компульсивним та нічним розладом), покращується якість життя (фізична та соціальна активність). Досягнуті позитивні результати реєструються переважно у хворих з НМТ та ожирінням I ст., утримуються протягом 3 місяців.

Доведено, що додаткове застосування до базової медикаментозної терапії препаратом «Стифімол» фізичних факторів (голкорексфлексотерапії на аурикулярні та корпоральні точки, вібровакуумтерапії) у хворих з НМТ та ожирінням I, II, III ст. істотно підвищує ефективність лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі за рахунок нормалізуючої дії на клінічні, антропометричні, біохімічні, інструментальні показники і якість життя хворих. Лікувальна дія комплексу реалізується

за рахунок істотного регресу скарг, зменшення маси та ІМТ, об'єму талії, як у чоловіків так і жінок, рівня глюкози в плазмі крові натще, покращення ліпідного профілю крові, нормалізації офісного САТ, покращення харчової поведінки та якості життя. Цей лікувальний комплекс ефективний не тільки при НМТ але й при ожирінні I, II та III ст. Досягнуті результати при комплексному застосуванні препарату «Стифімол» та фізичних факторів утримуються більш ніж 6 місяців та достовірно перевищують отримані при роздільному застосуванні чинників, що вивчалися. Доведено диференційоване застосування лікувальних комплексів із залученням рефлексотерапії та вібровакуумтерапії в залежності від особливості перебігу захворювання. За даними віддалених результатів через 12 місяців показано, що комплексне лікування хворих супроводжується більш стійким зниженням маси тіла, ІМТ, об'єму талії, в більший мірі покращує харчову поведінку, має добре виражену естетичну і профілактичну дію, а також покращує якість життя.