

Міністерство охорони здоров'я України  
Полтавський державний медичний університет  
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

## **МАТЕРІАЛИ**

всеукраїнської науково-практичної  
конференції з міжнародною участю  
**«Медична реабілітація в Україні:  
сучасний стан та напрями розвитку,  
проблеми та перспективи»**

**8 вересня 2022 року**



**ПОЛТАВА  
2022**

**УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)**

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,  
Ляхова Н.О., Краснова О. І.**

**«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2022; Полтава).**

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2022 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2022. – 80 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії рф та в мирний час.

**УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)**

**©Полтавський державний медичний університет, 2022**

## **ВІТАЛЬНЕ СЛОВО**

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України  
ректора Полтавського державного медичного університету,  
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА**



### **Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!**

Маю честь привітати Вас на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» від імені чисельного колективу Полтавського державного медичного університету.

Основними задачами наукових та науково-практичних конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі. Нинішня конференція присвячені питанням реабілітації.

Під час повномасштабного військового вторгнення рф в Україну особливого значення набула реабілітації військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових дій. Військово-медична галузь і система медичної та психологічної реабілітації — не менш важливі царини

реформування оборонного сектора, ніж забезпечення армії сучасним озброєнням, налагодження системи органів військового управління, логістики та кадрового менеджменту за натовським взірцем. Досвід країн, які проводили активні воєнні кампанії, особливо США й інших учасників Альянсу, показує: оперативність та якість надання медичної допомоги на полі бою, у шпиталі, а потім і адекватність реабілітаційних програм впливає на боєздатність як окремих частин, так і війська в цілому.

Проблема реабілітації та збереження працездатності осіб, що брали участь у бойових діях, сьогодні є особливо актуальною, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, вкрай актуальними та важливими.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

**З повагою та найкращими побажаннями.**

**Ректор Полтавського державного медичного університету,  
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан**

## СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЗАХІДНИХ КРАЇНАХ ТА В УКРАЇНІ

*Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Проблема медичної реабілітації розглядалася в працях багатьох провідних вітчизняних та іноземних науковців, зокрема: А.Н. Белова, О.Н. Щепетова, В.П. Лисенюка, В.О. Малахова, Г.М. Кошелевої, О.В. Родіна, І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленка, Л.Л. Примачок, І. Сисоєнко та ін. Дослідження наукових праць вказує на те, що дана проблема завжди була і залишається ключовою в медицині. Однак, зважаючи на широкий спектр внеску зазначених вище науковців, слід сказати, що потребує більш ґрунтовного вивчення зарубіжний досвід у медичній реабілітації та впровадження його в Україні.

Медична реабілітація – це комплекс заходів медикаментозного та лікувального призначення, які спрямовані на відновлення здоров'я хворого та недопущення інвалідності.

Функціональне призначення медичної реабілітації в Україні – ЛФК, відновлене лікування, медикаментозні методи, бальнеологія, фізіотерапія.

Першою та вагомою причиною для започаткування медичної реабілітації стала Перша світова війна, що спричинила велику кількість втрат серед населення та поранених осіб, які потребували медичної реабілітації. У медицині до осіб із фізичними обмеженнями термін «реабілітація» почали вживати з 1918 р., коли в Нью-Йорку організували Інститут Червоного Хреста для інвалідів. Підходи й ідеологія реабілітації еволюціонували. Так, у 40-х роках ХХ ст. найбільшу увагу приділяли спостережанню за хворими та постраждалими, з 50-х років поглиблювалося розуміння щодо інтеграції інвалідів у суспільство, а в 70 – 80-ті роки цей напрямок було спрямовано на адаптацію зовнішнього середовища до осіб із фізичними обмеженнями та розробку проблеми професійної адаптації. Усі ці процеси сформували модель реабілітаційної медицини, що базується на показнику

якості життя, де хворий оцінює своє фізичне, психічне та соціальне благополуччя.

В країнах Євросоюзу медична реабілітація є окремою, незалежною медичною спеціальністю, яка сконцентована на просуванні фізичного та когнітивного функціонування, активностей (у т. ч. поведінка), участі (включаючи якість життя) та модифікації особистісних та оточуючих (середовище) чинників. Спеціалісти з медичної реабілітації у своїй роботі базуються на цілісному підході до осіб із гострими та хронічними станами, наприклад, із м'язово-скелетними та неврологічними проблемами, після ампутацій, із дисфункцією тазових органів, кардіо-респіраторною недостатністю та порушеннями внаслідок хронічного болю чи раку. Лікарі-реабілітологи працюють у різноманітних установах – від гострих блоків до суспільних закладів. Вони використовують спеціальні діагностичні інструменти та з реабілітаційною метою застосовують засоби, що включають фармакологічні, фізичні, технічні, освітні та професійні втручання.

Берлінець І. А. у статті «Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні» вказує, що українська медицина гостро потребує фахівців із медичної реабілітації. Він пояснює: саме через те, що впроваджена медична реабілітація в систему охорони здоров'я, медицина США та Європи значно ефективніша та розвинутіша ніж наша. Саме ці країни менше витрачають на сферу охорони здоров'я, оскільки заклавши хоча б 1 долар у реабілітацію, Європа та США отримують економію до 20 доларів за рахунок заощадження витрат системи охорони здоров'я. Це можна пояснити тим, що на Заході хворий після операції не лежить 7 – 14 днів у палаті і не займає ліжко, не витрачають кошти на його харчування, як це відбувається в Україні, а направляють в реабілітаційне відділення, де він займається з лікарем-реабілітологом лише 2 – 3 години на день. Крім того, науково доведено, що, якщо людина 3 тижні не займається реабілітацією, а просто лежить, вона втрачає близько 30 – 40 % своїх функціональних можливостей і реабілітологу на пізніших термінах важче

працювати. В Європі та США в кожній лікарні існують великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі-реабілітологи. Хворого на 3 – 4 день після операції направляють туди. Це значно спрощує лікування, економить час хворого і веде до швидшого одужання. В Україні хворий після довготривалого перебування в лікарні, сам повинен собі шукати реабілітолога. У Латвії дітей із церебральним паралічем лікували, однак не виліковували через відсутність високоспеціалізованих лікарів-реабілітологів. Реформа реабілітаційної системи розпочалася із освіти майбутніх фахівців. Адже, курси підвищення кваліфікації не можуть дати хороші результати. Тому, реабілітологи отримали можливість вчитись паралельно з іншими лікарями у вищих начальних закладах медичної спеціальності та на практиці підтверджувати свої знання. Професор Айварс Ветра розповів про досвід переходу реабілітаційної медицини на мультидисциплінарну модель у країнах Балтії. Він вказав, що держава виділяє кошти на впровадження нової методики медичної реабілітації, однак, якщо пацієнт хоче користуватись старими методами, це не забороняється, проте такі послуги хворий оплачує самостійно.

Що стосується реабілітаційної системи України, пише Берлінець І. А. у статті «Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні», вона функціонує з численними проблемами:

- недофінансування системи охорони здоров'я,
- неефективна та застаріла система управління,
- немає цілісної системи реабілітації населення,
- низько ефективне проведення реабілітаційних дій на санаторно-курортному етапі,
- недосконала нормативно-правова база, відсутні стандарти реабілітації населення,
- відсутність спеціальності медичної реабілітології у вищих навчальних закладах медичного спрямування,

- відсутність єдиного управлінського органу з питань медичної реабілітації, та інші.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДОСТУПНИХ ВПРАВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ЗСУ, ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ**

***Балаш О.П., лікар ЛФК, спортивної медицини, ФРМ***

Обласна клінічна лікарня ім.І.І.Мечникова, м.Дніпро, Україна

**Метою даної роботи** був пошук та створення простого, оптимального, невеликого за об'ємом, поєданого з правильним диханням, а головне – дієвого комплексу лікувальної фізкультури (ЛФ) для бійців збройних сил, які проходять консервативне лікування в нейрохірургічному, неврологічному та психосоматичному відділеннях лікарні.

### Основні завдання роботи:

- 1.Пошук вправ;
- 2.Групування вправ в послідовний комплекс;
- 3.Теоретична частина навчання комплексу;
- 4.Практичне навчання комплексу;
- 5.Регулярне виконання комплексу бійцями ЗСУ;
- 6.Контроль та корекція виконання вправ (на госпітальному етапі);
- 7.Оцінка ефективності виконуваного лікування – зменшення больового та м'язово-тонічного синдромів;
- 8.Подальші спостереження за станом опорно-рухового апарату і практичні рекомендації воїнам щодо виконання вправ в польових (бойових) умовах.

**Основна ціль роботи** – дієва профілактика остеохондрозу та швидка адаптація до специфіки фізичних і психічних навантажень у військових, як при консервативному, так і після оперативного лікування з різноманітними сучасними технічними варіантами стабілізації хребцево-рухового сегменту (транспедикулярні системи, штучні міжхребцеві диски-«кейджі») з можливими враженнями хребта (осколкові, кульові, ударною хвилею та ін.) і



супутньою поєднаною травмою (ЧМТ, торакоабдомінальним пораненням і т.д.), на фоні хронічного психо-емоційного перенавантаження.

**Виконання роботи.** За основу комплексу були взяті вправи авторського так званого лікувального «прес-комплексу». Для виконання необхідно мати рівну суху поверхню і каремат. Даний комплекс був апробований протягом 25 років роботи в відділеннях нейрохірургії хребта, вертеброневрології та пацієнтами травматологічного і терапевтичного профілю – як в лікарні, так і в умовах приватної практики. В роботі з 01.04.22р. по теперішній час брали участь бійці Збройних Сил України, близько 120 чоловік, що проходили лікування у зв'язку з остеохондрозом хребта та його ускладненнями. Вікова категорія – чоловіки від 20 до 58 років.

**Зміст комплексу.** В основі комплексу лежать п'ять вправ. Вони виконуються по п'ять повторів кожна з інтервалом в 1 хв. Сумарно 5-7 хв займає весь комплекс. Вихідне положення – лежачи на спині з зігнутими в колінах ногами.

Перша вправа: руки на животі, підйом тулуба з положення лежачи в положення напівсидячи до кута  $45^{\circ}$ .

Друга вправа: кисті тильною стороною підкладені в район підвздошно-куприкових суглобів, ступні складені одна до одної, кінцівки зігнуті в колінах, полегшений підйом нижніх кінцівок за допомогою сили кистей (передплічч) без лордизації попереку завдяки вкорочення важеля «нижні кінцівки-поперек».

Третя вправа: симетрична, виконується з вихідного положення лежачи на боці (правий – лівий) з зігнутими в колінах ногами, виконуються бокові згинання тулуба (шийний, грудний, поперековий відділи хребта).

Четверта вправа: лежачи на животі, руки вздовж тулуба, виконуються розгинання спини – підйоми тулуба та нижніх кінцівок, над поверхнею.

П'ята вправа: підйоми тулуба з вихідного положення лежачи на животі (з упору лежачи), згинання стегон з опусканням тазу на п'яти, ступні розташовані на пальцях (вертикально), руки прямі, кисті на підлозі в точці

вихідного контакту.

Окрема *важлива* роль належить рухам передньої черевної стінки та діафрагми (розглядається нижче).

**М'язи.** В роботу в даному комплексі включаються різні по функціональному призначенню м'язові групи та їх комбінації. Умовно їх можна розділити по анатомічній та функціональній ознаках:

- м'язи передньої та бокової стінок живота (прямі м'язи живота, поперечний м'яз, косі м'язи зовнішні та внутрішні);
- розгиначі та згиначі хребта (довгі розгиначі хребта, квадратні м'язи попереку, великі та малі поперекові м'язи і клубово-поперекові м'язи, міжхребцеві та ротаторні м'язи).

Фізіологічне положення тазу та поперекового відділів хребта (їх співвідношення) залежить від рівномірності тонусу даних м'язових груп навколо вертикальної осі хребта. А при нормальному положенні хребта вертикальне навантаження рівномірно розподіляється на всі структури хребта – міжхребцеві диски і суглоби, м'язово-зв'язковий апарат, при цьому нервові структури та судини не потерпають від хронічної компресії. Це, в свою чергу, запобігає їх перенавантаженням (компресії, підвивихам, як наслідок - появі захисного м'язового гіпертонусу), а також покращує лімфо-гемодинаміку в них, запобігає застійним явищам і хронічній гіпоксії, підвищує механічні можливості завдяки своєчасній регенерації тканин хребцево-рухальних сегментів, та швидкій ліквідації явищ запалення.

**Техніка дихання.** Так як від варіанту дихання під час виконання фізичних навантажень напряду залежить стан нервової системи (збудження/гальмування), в даному комплексі використовується так зване «повне дихання». Воно характеризується тим, що в акт дихання включаються м'язи передньої черевної стінки (бокові відділи живота, поперекова зона ділянки квадратних м'язів), діафрагма, міжреберні м'язи, та м'язи шиї і верхнього плечового поясу. Всі вони взаємодіють з м'язами і прискорюють лімфо-гемодинаміку всіх структур хребта (м'язово-зв'язкового та

суглобового апарату), покращуючи трофіку клітин цих структур.

Завдяки контролю частоти дихання, протяжності (співвідношення) фаз дихального циклу, пауз між ними, сили розтягнення та скорочення дихальних м'язів – змінюється внутрішньо-черепний тиск (ВЧТ) та тиск в черевній та грудній порожнинах. Зміни ВЧТ впливають на тонус і роботу симпатичної та парасимпатичної нервових систем.

В кожній вправі вдих виконується через ніс, повільно, протягом 5-ти секунд. При цьому необхідно повільно збільшити об'єм живота (максимально!) і витримати паузу 1-2 секунди. Руки розташовані на передній черевній стінці живота, пальці кистей розкинуті «веєром» і контролюють розтягнення живота (в 1-й вправі). Після паузи починається видих (7 секунд) і виконується м'язове скорочення синхронно з рухом відповідної частини тіла (тулуб з верхніми кінцівками, чи таз з нижніми кінцівками). З 2-ї по 5-ту вправи руки зайняті, тому рух передньої стінки живота виконується за рахунок її м'язів, вольовим посилом і контролем. *Обов'язково – видих довший за вдих на 2-3 секунди, максимально повний!*

В даному випадку такий тип дихання – активує парасимпатику і гальмує адренергічні структури. Клінічно викликаємо розслаблення перенапружених м'язів, в основному малих, коротких позних (міжхребцевих) м'язів. *Їх гіпертонус з'являється при стресорних реакціях та при хронічній втомі і є основним механічним фактором компресії міжхребцевих дисків, появи їх протрузій, розриву циркулярних волокон диска, міграції пульпозного ядра (структурних змін пульпозного комплексу) на периферію з секвестрацією.*

Тренуванням, навпаки, стимулюємо і включаємо в роботу м'язи, які не працювали, або працювали слабо. Мета – ці м'язи повинні взяти на себе навантаження, так як дисковий, кістковий (міжхребцеві суглоби) та м'язово-зв'язковий компоненти опорних комплексів перенавантажені, деякі пошкоджені, а деякі потерпають дегенеративної деструкції (явища спондилоартрозу). На рівні артерій, капілярів та вен виникають ефекти вазоділятації: механічний (зміна тиску рідин в судинах) і нервовий (завдяки

перевазі вагусного та зменшення симпатико-адреналово впливу). Завдяки даному підходу виникають умови розриву так званих «порочних кіл», створення системних компенсацій і адаптації до навантажень опорно-рухового апарату та організму вцілому.

**Лікувальний досвід та результат роботи.** В результаті проведеної терапії та виконаної роботи досягнуті наступні результати:

- зменшення больового синдрому у 85 пацієнтів;
- повністю відновили свій стан 26 пацієнтів;
- стан залишився без змін у 9 пацієнтів.

Паралельно з виконанням вправ комплексу проводились:

- психологічна підтримка;
- основи аутогенного тренування та точкового самомасажу;
- рекомендації щодо режимів харчування та водно-електролітного балансу
- рекомендації щодо раціонального розподілу часу «навантаження-відпочинок», здорових звичок.

З багатьма пацієнтами підтримується зворотній зв'язок в плані оцінки результатів, корекції методики.

**Висновок.** Даний комплекс вправ є дієвим лікувальним і профілактичним засобом, може бути застосованим для виконання бійцями ЗСУ в польових умовах.

В лікуванні, створенні робочого процесу і написанні тез використовувалась роботи і першоджерела:

- мого керівника по клінічній ординатурі з ЛФК і спортивній медицині (2001-2003 р.р.) доктора медичних наук, професора В.В.Клапчука (Україна);
- професорів медицини Р.Л.Геллі, Д.У.Спайта, Р.Р.Симон (США);
- доктора медичних наук, професора з ортопедичної неврології Я.Ю. Попеляньського;

- доктора пластичної та реконструктивної хірургії, анатомії, професора Роберта Д. Аккланда та багатьох інших.

# **ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ЗМІЦНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РЕГІОНУ**

*Брич В.В.*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Ініціатива ВООЗ «Реабілітація–2030» (2017) серед пріоритетних напрямків зміцнення реабілітації на рівні країн визначила також і збір актуальної інформації про реабілітацію, створення та зміцнення мереж та партнерств у сфері надання реабілітаційних послуг. Одним із шляхів досягнення цього науковці (Skempes D. та ін., 2022) вважають забезпечення збору та використання інформації про надання реабілітаційних послуг, що може сприяти налагодженню комунікації та співпраці між зацікавленими сторонами.

В Україні за останні сім років законодавчо врегульовано реабілітаційний напрямок у сфері охорони здоров'я відповідно до світових підходів і здійснено ряд активностей для його зміцнення: створено умови для навчання та працевлаштування в закладах охорони здоров'я фахівців за новими спеціальностями з реабілітації; розпочато впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я; надано можливість отримання послуг з реабілітації в рамках Програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Попри суттєві зміни в організації реабілітаційної допомоги населенню на державному рівні, реальна ситуація в регіонах потребує розробки нових підходів до зміцнення реабілітаційного компонента системи охорони здоров'я.

На основі результатів опрацювання літератури та регіональних досліджень було розроблено перспективну систему реабілітаційної допомоги дорослим особам з наслідками травм і хворобами кістково-м'язової системи на регіональному рівні, в якій до блоку наукового регулювання включено інформаційно-комунікаційне забезпечення з формуванням інформаційної мережі надавачів реабілітаційних послуг вказаним особам. Проте аналіз

попередніх досліджень та оцінка ситуації засвідчили, що створення такої регіональної мережі буде більш доцільним та ефективним за умови внесення у базу даних реабілітаційних послуг при різних порушеннях функціонування, а не тільки при наслідках травм і хворобах кістково-м'язової системи.

Отже, передумовами створення ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення стали необхідність інформаційної підтримки стейкхолдерів щодо доступних реабілітаційних послуг і потреба налагодження комунікації всіх елементів системи реабілітаційної допомоги регіону. Це передбачало такі напрямки реалізації: інформування про нормативно-правові та рекомендаційні документи в сфері реабілітації, інформування про наявні в регіоні заклади та фахівців, що надають реабілітаційні послуги; налагодження професійної комунікації між надавачами медичних і реабілітаційних послуг у всі реабілітаційні періоди; налагодження професійної комунікації фахівців з реабілітації між собою.

Для реалізації вище наведених напрямків в окремому регіоні пропонуються дві основні форми:

1. Створення доступної для всіх зацікавлених сторін регіональної інформаційно-комунікаційної мережі реабілітаційної допомоги з онлайн-засобом, що включатиме картування закладів реабілітаційних послуг та якісне наповнення їх інформаційних характеристик (перелік реабілітаційних послуг, наявні фахівці з реабілітації, ресурсне забезпечення, можливість отримання послуг за Програмою медичних гарантій, контактні дані);

2. Створення регіональних та міжрегіональних професійних спільнот фахівців з реабілітації, комунікаційна діяльність яких може здійснюватись формально в офіційних громадських об'єднаннях та неформально у вигляді віртуальних груп за допомогою сучасних інформаційно-комунікаційних каналів (соціальних мереж, месенджерів).

Безумовно, впровадження кожної з форм потребує детального планування, реалізації та постійної підтримки, але дозволить зміцнити реабілітаційний напрямок регіональної системи охорони здоров'я через

покращення якості реабілітаційних послуг та їх доступності особам, які їх потребують.

## **РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ**

*Грейда Н.Б.*

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Ерготерапія - це особлива область медицини, і деякою мірою, мистецтво про те, як допомогти людям, які мають деякі обмеження здоров'я, брати участь в діяльності, що має для них значення, через цілеспрямовану активність. Термін «ерготерапія» походить від латинського *ergon* – праця, заняття і грецького *therapia* – лікування, в англійській мові використовують термін «*occupational therapy*» у значенні «заняттєва терапія». Таким чином, ерготерапія - це зцілення через діяльність.

В Європі ерготерапія розвивається ще з тридцятих років ХХ століття, а в Україні вона з'явилася лише декілька років тому, коли її внесли до Державного класифікатора професій.

У світі нараховується понад 1 млрд. людей з інвалідністю, 19% із яких мають труднощі в переміщенні. Станом на 01 січня 2021 року, в Україні 2,7 млн осіб мають інвалідність, у тому числі 222,3 тис. осіб з інвалідністю I групи, 900,8 тис. осіб з інвалідністю II групи, 1416,0 тис. осіб інвалідністю III групи, які переважно можуть працювати. Ці особи потребують підтримки держави та допомоги фахівців фізичної терапії та ерготерапії.

В Конвенції про права людей з інвалідністю підкреслюється відповідальність держави у забезпеченні індивідуальної мобільності та розширення наявності та доступності таких засобів для переміщення, як інвалідні крісла, вертикалізатори, статичні ходунки, динамічні ходунки, інші допоміжні засоби для ходьби, ортези, протези.

Мета ерготерапії – не просто відновити втрачені рухові функції, а й заново адаптувати людину до нормального життя, допомогти їй досягти максимальної самостійності та незалежності в побуті.

Ерготерапевт або окупаційний терапевт розробляє підхід до кожного випадку, щоб допомогти людині стати більш незалежною та покращити якість її життя. Ерготерапевти працюють над відновленням великої та дрібної моторики після ортопедичної травми для відновлення функцій опорно-рухового апарату. Особа з множинними переломами кісток верхньої кінцівки та ураженнями нервів звертається із направленням лікаря до ерготерапевта. Ерготерапевт підбирає індивідуальну програму фізичних вправ для ураженої кінцівки, навчає пацієнта, як правильно контролювати набряк, за необхідності виготовляє ортези і складає реабілітаційну програму занять для відновлення втрачених функцій.

За відсутності необхідної функції організму, особа використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Прикладом адаптації осіб з інвалідністю може бути використання протезів людьми із ампутаціями, комп'ютерних систем людьми із паралічем усіх кінцівок, створення адаптованого столового приладдя для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, пристосування ванної кімнати до потреб людини, яка користується інвалідним візком тощо. Ерготерапевт проводить значну частину часу, щоб навчити близьке оточення заохочувати самостійність особи з інвалідністю.

Також ерготерапевт підбирає технічні засоби реабілітації та інвалідну техніку, налаштовує й адаптовує їх під конкретного хворого і навчає нею користуватися. Асистивні засоби та технології, такі як інвалідні коляски, протези, допоміжні засоби переміщення, слухові апарати, пристосування для виправлення зору, спеціальне комп'ютерне обладнання та програмне забезпечення покращують мобільність, слух, зір і можливості для спілкування та повноцінного життя. За допомогою цих технологій люди з



обмеженими функціями можуть покращити свої можливості, щоб жити самотійно та приймати участь у суспільному житті.

Перед державою постала нагальна потреба у сприянні забезпечення доступу до асистивних засобів та технологій за помірною ціною для осіб з обмеженими можливостями та навчання фахівців галузі «охорона здоров'я» навичкам ерготерапевта.

Окупаційний терапевт розробляє підхід до кожного випадку, щоб допомогти людині стати більш незалежною та оптимізувати її побут. Основне призначення ерготерапії (окупаційної терапії) – покращити якість життя людини. Ерготерапевти повинні працювати з різного роду перешкодами, які заважають повноцінному життю осіб з обмеженими можливостями, такими як захворювання, інвалідність чи навіть похилий вік. Існує багато методів ерготерапії, таких як функціональні ігри, мобілізація суглобів, захист суглобів (консультації та навчання), тренування функції м'язів, регулювання тону м'язів, тренування координації, навчання малим правильним рухам, тренування чутливості, тренування сприйняття власного тіла, тренування написання текстів та інші навички, що необхідні в повсякденному житті.

**Висновок.** Окупаційна терапія, яка є клієнт-центрованою, враховує, чого насправді хоче пацієнт та його найближче оточення. Вона спрямована на роботу з пацієнтом, щоб допомогти йому краще виконувати повсякденні дії по догляду та самообслуговуванню; навчити використовувати допоміжні засоби для переміщення; навчити копінговим стратегіям в подолання стресових ситуацій; адаптувати оточення пацієнта з урахуванням особливостей його хвороби чи травми.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕСУРСУ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ДОГЛЯДАЧІВ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ

*Животовська Л.В., Орлова О.В., Боднар Л.А.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Середня тривалість життя за останні роки в світі стрімко зростає. За даними Alzheimer's Disease International, деменція є найпоширенішим психічним розладом у групі літнього населення, і очікується, що кількість випадків у всьому світі зросте на 68% до 2050 року. Що стосується різних типів деменції та їх частоти, хвороба Альцгеймера є найпоширенішим підтипом, на який припадає приблизно 70% усіх випадків. Другою за поширеністю причиною деменції є судинна деменція, що становить 10-20% випадків, за нею йдуть лобно-скронева деменція та деменція з тільцями Леві.

У зв'язку зі старінням населення, яке продовжує зростати та кількості людей, які живуть з хронічними захворюваннями, медична допомога все частіше переходить від лікарні до сім'ї. Велика кількість пацієнтів з деменцією перебувають вдома, де функцію догляду за ними виконують рідні.

Члени сім'ї є ключовими для надання довготривалої допомоги пацієнтам, що значно збільшує ризик фізичного та емоційного навантаження. Щоденна опіка вимагає максимального залучення особистісних адаптаційних процесів доглядачів і активізації психосоціального ресурсу в цілому, адже від допомоги доглядачів залежить ефективність лікування і якість життя хворих з деменцією.

Метою дослідження було визначення особливості ресурсу соціальної адаптації осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.

Із дотриманням принципів біоетики та за умови інформованої згоди обстежено 104 пацієнти з деменцією та їх 104 доглядачі за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного обстеження. У 37 (35,6%) пацієнтів було діагностовано судинну деменцію, у 43 (41,3%) – атрофічну, у 24 (23,1%) – змішану.

Обстеження доглядачів проводилося за допомогою шкали психологічного стресу PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009), шкали самооцінки соціальної адаптації – SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale, 1997). Для пацієнтів з деменцією використовувався нейропсихіатричний опитувальник Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Доглядачі були розподілені на 3 групи в залежності від рівня психологічного стресу, який визначали за опитувальником PSM-25. В першу групу (Гр. I) було включено 33 (31,7%) особи з низьким рівнем (до 100 балів) показника психічної напруженості (ППН), в другу групу (Гр. II) – 38 (36,5%) з середнім рівнем ППН (100–154 балів), в третю групу (Гр. III) – 33 (31,7%) з високим рівнем ППН (більше 155 балів). В результаті опитування доглядальники описували симптоми дратівливості, втоми, психологічної тривожності, зниження уваги.

Однією з найпоширеніших шкал для оцінки наявності та тяжкості нейропсихіатричних симптомів при деменції є опитувальник Neuropsychiatric Inventory–Questionnaire (NPI-Q розроблений, як анкета для самостійного заповнення доглядачами про пацієнтів за якими вони піклуються. Дані для NPI отримують від людини, яка здійснює догляд за пацієнтом. Поширеність та виразність порушень у пацієнтів з деменцією вимірювалася в балах (1 бал – легкий ступінь, 2 бали – помірний, 3 – виражений). За результатами опитувальника NPI встановлено, що у пацієнтів за якими здійснюють догляд особи III групи в порівнянні з I групою, частіше відмічалися симптоми: депресії ( $\chi^2=4,125$ ,  $p=0,004$ ), тривоги ( $\chi^2=8,800$ ,  $p=0,005$ ), ейфорії ( $\chi^2=6,988$ ,  $p=0,003$ ), апатії ( $\chi^2=7,791$ ,  $p=0,005$ ), розгальмованості ( $\chi^2=5,802$ ,  $p=0,017$ ), дратівливості ( $\chi^2=7,791$ ,  $p=0,005$ ), неадекватної рухової поведінки ( $\chi^2=9,818$ ,  $p=0,002$ ), порушення сну та нічної поведінки ( $\chi^2=6,111$ ,  $p=0,014$ ), порушення апетиту і харчової поведінки ( $\chi^2=7,333$ ,  $p=0,007$ ).

Аналіз результатів за шкалою шкали SASS показав, що у 33 (31,7%) доглядачів відмічалась соціальна дезадаптація, у 29 (27,9%) – ускладнена адаптація, у 29 (27,9%) – достатній рівень адаптації та у 13 (12,5%) – дуже

добрий рівень адаптації. За такої умови в Гр. I 1 (3%) особа мала соціальну дезадаптацію, 3 (9,1%) – утруднену, 19 (57,6%) – достатній рівень, 10 (30,3%) – високий рівень соціальної адаптації. В Гр. II 7 (18,4%) осіб мали дезадаптацію, 18 (47,4%) – утруднену адаптацію, 10 (26,3%) – достатній рівень, 3 (7,9%) – високий рівень. В Гр. III дезадаптація була у 25 (75,8%) доглядачів, утруднена адаптація – у 8 (24,2%).

При статистичному аналізі виявлено збільшення частоти проявів соціальної дезадаптації в Гр. III порівняно із Гр. II ( $\chi^2=23,453$ ,  $p=0,001$ ) та Гр. I ( $\chi^2=36,554$ ,  $p<0,001$ ). Утруднена адаптація частіше спостерігалася в Гр. II у порівнянні із Гр. I ( $\chi^2=12,424$ ,  $p<0,001$ ), та в Гр. III у порівнянні із Гр. II ( $\chi^2=4,070$ ,  $p=0,044$ ). Доглядачі описували порушення адаптації у вигляді негативно забарвлених переживань, іноді відмічалися клінічно виражені психопатологічні синдроми.

Згідно результатів отриманих під час дослідження констатовано, що ступінь нейропсихіатричних порушень у пацієнтів з деменцією має суттєвий вплив на рівень соціальної адаптації їх доглядачів. Встановлено, що у доглядачів із низьким рівнем показника психічної напруженості рідше відмічалися прояви соціальної дезадаптації ( $p<0,001$ ). Отримані результати можуть слугувати підставою для розробки та удосконалення програм психологічної корекції для членів сімей, де проживає хворий на деменцію.

## **ВПЛИВ СТРЕСОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ**

*Ісаков Р.І., Животовська А.І., Бойко Д.І.*

Полтавський державний медичний університет

Тривога є поширеним корелятом різних стресорів. Зазнаючи сильного або постійного стресу, люди часто відмовляються від соціальних взаємодій, стають дратівливими, переживають страх, тривогу, напруження. Загальна картина, що впливає з сучасних досліджень, полягає в тому, що тривожні розлади – це захворювання, які погіршують якість життя та соціальне

функціонування у низці життєвих областей. Якість життя хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне його залучення до співпраці є важливим фактором ефективної взаємодії з лікарем, оскільки тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними безпосередньо з симптомами захворювання та його психологічними, соціальними та іншими наслідками.

Метою роботи було дослідження якості життя у пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу в залежності від рівня стресового навантаження.

Дослідження проводилось на базі КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» і базувалось на обстеженні 40 пацієнтів (23 жінки, 17 чоловіків) з тривожними розладами віком від 21 до 59 років. За МКХ-10 у 16 осіб діагностовано розлади адаптації (F43.22, F43.23), у 2 – панічний розлад (F41.0), у 4 – генералізований тривожний розлад (F41.1), у 14 – змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), у 4 – інші змішані тривожні розлади (F41.3, F41.8). Тривалість захворювання становила від 2 місяців до 2 років. Обстеження проводилось із використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження. Психодіагностичний метод включав у себе визначення рівня тривоги та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS, 1983), рівня стресового навантаження за опитувальником PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009), оцінку якості життя за шкалою «SF-36 Health Status Survey» (1992). Всі обстежені в залежності від показника психічної напруженості (ППН) за опитувальником PSM-25 були розподілені на 3 клінічні групи, репрезентативні за віком та статтю: в 1 групу включено 12 осіб з низьким рівнем сприйняття стресового навантаження (ППН <100

балів), в 2 групу – 17 осіб з середнім рівнем (ППН 100-154 бали), в 3 групу – 11 осіб з високим рівнем стресу (ППН >155 балів).

Аналізуючи рівень тривоги за шкалою HADS, констатовано, що у 41,7±14,2% осіб 1 групи був виявлений клінічний (більше 11 балів) рівень тривоги, у 58,3±14,2% – субклінічний (8-10 балів), в 2 групі – у 94,1±5,7% та 5,9±5,7% відповідно, тоді як в 3 групі у всіх пацієнтів виявлялася клінічно виражена тривога. Клінічно виражена депресія була в 41,2±11,9% осіб 2 групи та 54,5±15,0% – 3 групи, субклінічна депресія відмічалася в 25,0±12,5% пацієнтів 1 групи, 17,6±9,2% – 2 групи та 45,5±15,0% – 3 групи.

Середній показник рівня тривоги в 1 групі становив 10,7 балів, в 2 групі – 13,8, в 3 групі – 15,1. Отримані результати були перевірені на значущість за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. За статистичними даними, U-критерій Манна-Уїтні в порівнянні між 1 та 3 групою дорівнює 19. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 33;  $19 \leq 33$ , отже відмінності рівня ознаки в порівнюваних групах статистично значущі ( $p < 0,05$ ). При порівнянні 1 та 2 групи U-критерій Манна-Уїтні дорівнює 43,5. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 57;  $43,5 \leq 57$ , отже відмінності статистично значущі ( $p < 0,05$ ). Середній рівень депресії в 1 групі склав 6,4 балів, в 2 групі – 8,1, в 3 групі – 10,5. Встановлено, що U-критерій Манна-Уїтні в порівнянні між 1 та 3 групою дорівнює 11,5. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 33;  $11,5 \leq 33$ , отже рівень статистичної значущості  $p < 0,05$ . Це означає, що рівень стресового навантаження суттєво впливає на клінічні прояви тривоги та депресії.

В результаті проведеного дослідження за опитувальником SF-36 виявлено, що найнижчі показники якості життя були в групі з високим рівнем стресового навантаження, а найвищі – в групі з низьким рівнем. В 1 та 2 групі найнижчий бал відмічався за шкалами «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – 19,4±5,2 та 23,5±6,7 балів відповідно та

«психологічний компонент здоров'я» –  $30,8 \pm 2,0$  та  $27,3 \pm 1,6$ , в 3 групі – за шкалами «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» –  $3,0 \pm 3,2$  та «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» –  $20,4 \pm 6,9$ .

Встановлено значущу різницю при порівнянні 1 та 3 групи за наступними показниками: «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» –  $47,9 \pm 10,4$  та  $20,4 \pm 6,9$  балів відповідно ( $p=0,039$ ), «інтенсивність болю» –  $67,5 \pm 7,5$  та  $36,2 \pm 4,0$  ( $p=0,0014$ ), «загальний стан здоров'я» –  $60,6 \pm 5,4$  та  $44,5 \pm 2,5$  ( $p=0,013$ ), «життєва активність» –  $49,6 \pm 3,9$  та  $34,1 \pm 1,7$  ( $p=0,0015$ ), «соціальне функціонування» –  $52,1 \pm 5,9$  та  $34,1 \pm 3,1$  ( $p=0,014$ ), «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» –  $19,4 \pm 5,2$  та  $3,0 \pm 3,2$  ( $p=0,013$ ), «фізичний компонент здоров'я» –  $49,6 \pm 2,4$  та  $41,6 \pm 1,9$  ( $p=0,014$ ). Констатовано значущі відмінності між 1 та 2 групою за показниками «інтенсивність болю» –  $67,5 \pm 7,5$  та  $50,7 \pm 3,7$  балів відповідно ( $p=0,027$ ) та «життєва активність» –  $49,6 \pm 3,9$  та  $37,6 \pm 2,9$  ( $p=0,021$ ), між 2 та 3 групою – за показниками «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» –  $44,1 \pm 8,4$  та  $20,4 \pm 6,9$  ( $p=0,039$ ) та «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» –  $23,5 \pm 7,8$  та  $3,0 \pm 3,2$  балів ( $p=0,02$ ).

Таким чином, у пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу з високим рівнем психологічного стресу переважали клінічно виражена тривога і депресія ( $p < 0,05$ ). Встановлена тенденція до погіршення якості життя у всіх сферах функціонування по мірі наростання показника психічної напруженості. Значуще нижчі показники якості життя були притаманні пацієнтам з тривожними розладами з високим стресовим навантаженням порівняно з особами з низьким або помірним рівнем. Отримані дані слід враховувати при проведенні диференційованого підходу до терапії даної когорти пацієнтів.

# **ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2, ЯКИМ ВПЕРШЕ БУЛО ПРИЗНАЧЕНО ІНСУЛІНОТЕРАПІЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ**

*Віталій І. Катеренчук*

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Військовий конфлікт в Україні призвів до посилення впливу факторів, які погіршують контроль глікемії та обумовив появу ряду нових. Перебування в умовах хронічного стресу з епізодами загострень, порушення режиму дня та харчування, перехід на вживання напівфабрикатів та висококалорійних недієтичних продуктів прогнозовано призвели до погіршення компенсації діабету. До цього додалися обмеження в доступі до засобів діагностики (лабораторної та тест-смужок для самоконтролю), медикаментів та своєчасної медичної допомоги. Як наслідок протягом перших трьох місяців війни суттєво зросла кількість декомпенсованих форм діабету. Виразна симптоматична гіперглікемія з ознаками декомпенсації (втрата маси тіла, поліурія, виразна гіперглікемія) та асимптоматичні форми з перевищенням рівня глікованого гемоглобіну 9,0% на фоні застосування цукрознижувальних препаратів визначають потребу в терміновій інтенсифікації терапії, основним засобом якої є призначення інсулінотерапії.

У той же час початок ін'єкційної терапії, зокрема інсулінотерапії, супроводжується психологічними проблемами, до основних з яких відносяться: боязнь діабету та його ускладнень, страх виконання ін'єкцій, страх гіпоглікемій. Під час війни ці побоювання доповнюються страхом відсутності доступу до медикаментів, неможливість забезпечення коректних умов зберігання інсуліну, невпевненість в можливості отримання невідкладної допомоги. Як наслідок, емоційний стан пацієнтів, яким призначають інсулінотерапію є пригніченим, депресивним, з відсутністю віри в успішність терапії та свого майбутнього. Нами проаналізовані дані 32 пацієнтів з діабетом типу 2, яким вперше було призначено інсулінотерапію під час війни. При оцінці за шкалою EQ-5D 5-Level понад половина пацієнтів



(17 осіб, 53%) вказувала що відчуває надзвичайно сильну тривогу чи депресію, у 25% пацієнтів вона була сильною та у 22% помірною. При цьому виразність депресії не залежала від оцінки пацієнтом свого стану здоров'я, який варіював від 25% до 90%.

Для подолання проблем, пов'язаних з початком інсулінотерапії, вкрай важливим є вирішення ряду питань: створення повноцінного контакту між лікарем і пацієнтом, довіра до лікаря, максимально повне висвітлення потреби у початку інсулінотерапії, подолання страхів, справжніх та мнимих заперечень. Дуже важливими моментами, які дозволяють підвищити схильність хворого до терапії є також простота режиму терапії та простота алгоритму титрування інсуліну. Призначення режиму багаторазових ін'єкцій суттєво знижує схильність пацієнтів до проведення інсулінотерапії та посилює депресивні розлади. З усіма пацієнтами проводилося навчання, обґрунтовувалася потреба в призначенні інсулінотерапії, яка не обов'язково має бути постійною, надавалися контакти лікарів для можливості комунікації.

На сучасному етапі в лікувальному арсеналі доступні інсулінові аналоги довготривалої дії (гларгін-100, гларгін-300 та деглюдек) та комбінації їх з агоністами глюкагоноподібного пептиду 1 типу (гларгін-100 + ліксисенатид, деглюдек + ліраглутид), які дозволяють спростити режим терапії до виконання однієї ін'єкції на добу. Застосування даних препаратів при високій ефективності супроводжується мінімальним ризиком гіпоглікемій.

Слід зазначити, що навіть режим з однією ін'єкцією інсуліну на добу на початку лікування не сприймався позитивно пацієнтами. Рівень задоволення від призначення лікування інсуліном за шкалою DTSQs варіював від нейтральних трьох балів (7 хворих) до різко негативного нуля (9 хворих). Задоволеність продовженням інсулінотерапії також оцінювалася від нуля (17 хворих) до 2 балів (7 хворих).

Для поліпшення адаптації хворих до початку інсулінотерапії та титрування дози з досягненням цільових показників ми надавали перевагу препаратом на основі інсуліну гларгін. Для цих препаратів успішно може застосовуватися так званий «канадський» алгоритм титрування, який полягає у щоденній корекції дози інсуліну на 1 Од до досягнення цільових показників. Вказаний алгоритм титрування є найпростішим, збільшення дози на 1 Од не викликає страху у хворого на відміну від інших алгоритмів, де доза може змінюватися на 2-8 Од 1-2 рази на тиждень. Даний алгоритм є доступним для розуміння пацієнтом і не потребує активного залучення лікаря, тому, навіть за відсутності можливості комунікації, пацієнт має змогу успішно слідувати йому.

Застосовуючи вказаний алгоритм титрування нам вдалося досягнути успіхів як у контролі глікемії, так і поліпшити психологічний стан хворого, зменшити прояви дезадаптації та депресії. При проміжній оцінці через три місяці жоден з пацієнтів самовільно не припинив застосування інсуліну. Переважна більшість пацієнтів (27 осіб, 84,3%) чітко слідувала запропонованому алгоритму титрування дози, 5 пацієнтів призупинили слідування алгоритму або після досягнення показників глікемії, які вони самі вважали прийнятними для себе, або/та внаслідок відсутності чи обмеженості засобів для самоконтролю. При оцінці глікемії за результатами наданими пацієнтами та/або проведеними в клініці індивідуального цільового діапазону досягнули 25 пацієнтів. При оцінці лабораторних показників через три місяці рівню глікозильованого гемоглобіну  $\leq 7,0\%$  досягли 23 (71,8%) пацієнти,  $\leq 7,5\%$  - 28 (87,5%) пацієнтів,  $\leq 8,0\%$  - усі пацієнти. Суттєво поліпшилися результати за шкалами EQ-5D 5-level та DTSGs. Через трьох-місячний термін не відзначалося пацієнтів з надзвичайно сильною тривогою та депресією, з сильною було 2 пацієнта, у решти пацієнтів вона була помірною (16 осіб, 50%) або легкою (14 осіб, 43,7%). Пацієнти також відзначали покращення загального стану здоров'я за стобальною шкалою в анкеті EQ-5D 5-level. Виразними були зміни в ставленні пацієнтів до

інсулінотерапії. У переважної більшості пацієнтів оцінка задоволення терапією через три місяці від її початку перебувала в діапазоні від нейтральних трьох до позитивних п'яти балів. Лише 2 пацієнти виражали незадоволення терапією (1 та 2 бали). За шкалою DTSQs більшість пацієнтів вважали своє лікування зручним та гнучким – середня оцінка 4,82 та 4,76 балів відповідно за шестибальною шкалою. Усі пацієнти вказували на відсутність надмірно низького рівня глікемії, рідкі (1-2 бали) епізоди надмірно високої глікемії відзначали 2 пацієнта, які не слідували чітко алгоритму титрування дози. Незадоволення від застосування інсулінотерапії (1-2 бали) виразили 4 пацієнти (12,5%), у 13 пацієнтів (40,6%) оцінка була нейтральною, 15 пацієнтів були (46,9%) були задоволеними та схильними продовжувати поточну терапію (4-5 балів).

**Висновки:** Своєчасна та адекватна інсулінотерапія дозволяє компенсувати перебіг цукрового діабету та запобігти розвитку ускладнень. Вкрай важливо під час війни знайти оптимальний варіант інсулінотерапії та застосовувати доступний алгоритм титрування дози для досягнення цільових показників глікемії. В поєднанні з навчанням та можливістю комунікації з лікарем це дозволяє поліпшити якість та схильність хворого до лікування, зменшити прояви депресії та дезадаптації.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ, ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

*Кундій Ж.П., Дворнік В.М., Скрипніков А.М.,*

*Васильєва Г.Ю., Куценко Н.П.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава

24 лютого 2022 року Росія розпочала повномасштабне воєнне вторгнення в Україну. Війна внесла серйозні корективи до життя українців, суттєво вплинула на їх емоційний стан. Стрес, викликаний війною, відрізняється від повсякденного, оскільки, перевищує нашу здатність

адаптуватися та змінюватися. Війна – процес тривалий та напружений. Як стресовий фактор, який не може бути усунений в короткі терміни, він продовжує впливати фізично, морально, психологічно і психічно, тобто мова йде про хронічний стрес. Війна належить до надзвичайно важких стресових факторів, що може призводити до тривожно-депресивних розладів, когнітивних, поведінкових, емоційних дисфункцій.

Успішне оволодіння знаннями та опанування медичної професії у воєнний час ставить перед сучасним студентством нові завдання та виклики, тому надзвичайно актуальним стає дослідження впливу багатокомпонентного стресу на здобувачів медичної освіти, а також вивчення особистісних особливостей та психологічних факторів й механізмів, які сприятимуть успішному подоланню цього складного за своєю природою стресу.

В дослідженні прийняли участь 106 студентів I-III курсів Полтавського державного медичного університету, з них 49 здобувачів освіти першого бакалаврського рівня Навчально-наукового медичного інституту та 57 здобувачів передвищої освіти Фахового медико-фармацевтичного коледжу.

З метою вивчення особливостей особистісно-динамічного паттерну адаптації студентів в умовах війни нами були використані методика діагностики стресостійкості і соціальної адаптації за Холмсом і Раге (The Holmes and Rahe Stress Inventory, або Social Readjustment Rating Scale, SRRS) (Thomas Holmes, Richard Rahe, 1967), багатофакторний опитувальник Міні-Мульт, з метою дослідження особливостей подолання стресу використовувався копінг-тест Р. Лазаруса. Для статистичної обробки отриманих результатів використана програма SPSS версії 22.0.

На підставі отриманих результатів за методикою Холмса і Раге виявлено низький рівень опірності стресу у  $36,7 \pm 0,3\%$  студентів, граничний рівень опірності стресу – у  $47,2 \pm 0,3\%$  здобувачів освіти. Найбільш значимими стресогенними факторами пов'язаними з навчальним процесом, які впливали на студентів у процесі здобуття освіти у дистанційному

форматі, студенти відмітили пристосування до нових форм викладання у форматі онлайн ( $83,9 \pm 1,6\%$ ), складності при роботі з більшим обсягом інформації для самостійного вивчення ( $78,3 \pm 1,3\%$ ); зміни в соціальному житті ( $77,1 \pm 1,1\%$ ); адаптація до майбутньої професії засвоєння професійних знань, умінь і навичок, якостей ( $65,8 \pm 1,7\%$ ). Крім того, практично всі студенти відмітили значний вплив стресу воєнного часу ( $99,0 \pm 0,9\%$ ). Молоді люди акцентували увагу, що відчували страх, тривогу, хвилювання як за себе, так і за своїх близьких та рідних, обумовлене нав'язливим перегляданням новин у режимі нон-стоп, інформації з окупованих місць та районів, де проходять активні бойові дії та/або місць, які підверглись артилерійським обстрілам, невизначеністю ситуації з постійною загрозою артобстрілів, перебуванням в укриттях під час повітряної тривоги. Більшість студентів повідомляли саме про психологічні труднощі під час війни, а не про фізичну небезпеку, характеризуючи їх як «виснажливі» і такі, що значно утруднюють зосереджуваність під час навчання.

Аналізуючи усереднений особистісний профіль (за Міні-Мульт) студентів з низьким рівнем опірності стресу, виявлені високі показники за шкалами Психастенії ( $76 \pm 0,6$  Т балів) та Депресії ( $71 \pm 0,6$  Т-балів) і низькі показники за шкалою Гіпоманії ( $38 \pm 0,6$  Т-балів) на фоні показників за іншими основними шкалами, що не виходять за межі нормативних значень (не перевищують 70 Т-балів). Усереднений профіль особистості студентів із граничним рівнем стресостійкості вірогідно відрізняється від такого ж за шкалами Депресії ( $50 \pm 0,3$  Т-балів,  $p < 0,001$ ), Психастенії ( $51 \pm 0,3$  Т-балів,  $p < 0,001$ ) і Гіпоманії ( $49 \pm 0,2$  Т-балів,  $p < 0,001$ ).

Мінімізація негативного впливу стресу та вміння успішно його долати, формування стійких способів захисної поведінки та подолання виступають як ресурси психологічного здолання труднощів. При дослідженні студентів за допомогою опитувальника «Способи поведінки подолання» нами оцінювався ступінь використання студентами таких стратегій подолання стресових ситуацій, як конфронтаційний копінг, дистанціювання, стратегія

самоконтролю, пошук соціальної підтримки й прийняття відповідальності, уникання, стратегія планування вирішення проблеми, самоактуалізація.

У групі студентів з низьким рівнем стресостійкості виявилось поєднання неконструктивних дезадаптивних копінг-стратегій з домінуванням: «Дистанціювання» ( $82,4 \pm 1,2\%$ ), «Конфронтативного копінгу» ( $67,5 \pm 1,6\%$ ), а також «Втеча» ( $57,9 \pm 1,4\%$ ), що відображає схильність до уявних прагнень і поведінкових зусиль, спрямованих на уникнення або втечу від вирішення проблем, а також показує прагнення до когнітивних зусиль по відділенню від ситуації за рахунок суб'єктивного зниження її значимості і ступеню емоційної залученості до неї з використанням інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, а також знецінювання. У групі студентів з граничним рівнем стресостійкості серед переважних стратегій подолання стресу визначалося поєднання конструктивних копінг-стратегій з домінуванням: «Взяття відповідальності» ( $78,1 \pm 1,6\%$ ), яка відображає певний ступінь зрілості й самостійності особистості, що проявлялася у вигляді визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення; «Позитивної переоцінки» ( $75,2 \pm 1,3\%$ ), що відображає здатність особистості шляхом когнітивної переробки актуальної стресової (негативної) ситуації побачити в ній позитивні сторони, знайти прийнятні способи існування в неприємних життєвих обставинах та «Планування рішення проблеми» ( $63,7 \pm 1,5\%$ ), що реалізується в подоланні проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду й наявних ресурсів. Проведене дослідження механізмів подолання стресу підтверджує гіпотезу про те, що при існуванні досить широкого їх репертуару, студенти з низьким рівнем стресостійкості вкрай рідко використовували адаптивну копінг-стратегію «Планування вирішення проблеми» і відносно адаптивний копінг «Позитивна переоцінка», що обумовлено: низькою здатністю цих осіб до позитивної переоцінки ситуації з

фокусуванням на рості власної особистості; неспроможністю до планування вирішення проблеми; низькою здатністю до мобілізації проблемно-орієнтованих зусиль по зміні ситуації. Перевага в репертуарі цієї групи студентів дезадаптивних копінг-стратегій призвела не до вирішення проблем, а до нагромадження і поступової синхронізації внутрішнього напруження, що сприяло загальному зниженню толерантності до стресу.

З метою уточнення впливу особистісних особливостей студентів на рівень їх опірності стресу та вибір стратегії подолання нами був проведений кореляційний аналіз, що дозволив виявити вірогідно значимі зв'язки між виразністю деяких шкал за Міні-Мульт і рівнем стресостійкості за Холмсом й Раге, а також деякими стратегіями копінг-поведінки. Так, виявлений значущий позитивний кореляційний зв'язок в групі студентів з низьким рівнем опірності стресу між високими показниками за шкалами Депресії і Психастенії і рівнем стресостійкості ( $r=0,324$  при  $p=0,002$  і  $r=-0,183$  при  $p=0,003$  відповідно); шкалами іпохондрії, депресії та істерії і формуванням стратегії копінг-поведінки «Дистанціювання» ( $r=0,331$  при  $p=0,0004$ ,  $r=0,183$  при  $p=0,036$  і  $p=0,229$  при  $p=0,0001$  відповідно); шкалами депресії та істерії і формуванням стратегії «Конфронтаційний копінг» ( $r=0,212$  при  $p=0,001$  і  $p=0,201$  при  $p=0,002$  відповідно); шкалами депресії, істерії і психастенії і формуванням стратегії копінг-поведінки «Втеча» ( $r=0,348$  при  $p=0,045$ ;  $r=0,263$  при  $p=0,036$  і  $r=0,324$  при  $p=0,002$  відповідно).

В групі студентів з граничним рівнем стресостійкості виявлений значущий позитивний кореляційний зв'язок між підвищеними показниками за шкалами Депресії і Психастенії і рівнем стресостійкості ( $r=0,412$  при  $p=0,003$  і  $r=0,123$  при  $p=0,003$  відповідно); формуванням стратегій копінг-поведінки «Прийняття відповідальності», «Самоконтроль», «Планування вирішення проблеми» ( $r=0,384$  при  $p=0,0032$ ;  $r=0,173$  при  $p=0,03$ ; й  $r=0,348$  при  $p=0,045$  відповідно). Аналізуючи результати, отримані в групі студентів з граничним рівнем опору стресу студенти виявлено, що вони переважно використовують адаптивні форми копінг-стратегії («Прийняття

відповідальності», «Самоконтроль», «Планування вирішення проблеми»), які були успішними і спрямовувалися на аналіз проблем, що виникли, і шляхів виходу з них, на підвищення самоконтролю та самооцінки, що підсилюють упевненість у можливості подолання ситуації загрози і психологічне благополуччя індивіда. Крім того, студенти цієї групи найбільш часто використовували проблемно-вирішальну поведінку в стресових ситуаціях, що віддзеркалювалося в більш успішній адаптації.

В результаті проведеного дослідження виявлено низький та граничний рівень опірності стресу у переважної більшості здобувачів передвищої медичної освіти, який відбивав вкрай негативний вплив багатоконпонентного стресу на успішність навчання в цілому, фізичне і психологічне самопочуття студентів. Студенти з низьким ступенем опору стресу демонстрували високу ступінь стресового навантаження на тлі переважання формування неадаптивних стратегій копінг-поведінки, отже відносяться до групи ризику розвитку психосоматичних розладів та розладів адаптації, потребують психологічного супроводу задля оптимізації психологічних ресурсів особистості успішно справлятися зі станом стресу, мінімізації його негативного впливу, формування стійких способів захисної поведінки та подолання, що в свою чергу буде запорукою збереження здоров'я майбутніх працівників системи охорони здоров'я. Уміння ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, використовуючи ресурси стресостійкості, допомагатиме студентам не тільки бути соціально-адаптованими особистостями, що приймають відповідальні рішення в професійній діяльності та ефективно взаємодіють з людьми, але й зберегти здоров'я, відмовившись від деструктивних способів подолання стресу.



## ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Корчан Н.О., Свінцицька Н.Л., Підлужна С.А,*

*Федорченко І.Л., Каценко А.Л.*

Полтавський державний медичний університет

*Фізична і психологічна травми пов'язані між собою.*

*Дуже невеликий відсоток піде до психолога чи психіатра.*

*Вони вважають, що самі собі найкращі психологи...*

*Андрій Посікіра*

«Фізична і психологічна травми пов'язані між собою. Дуже невеликий відсоток піде до психолога чи психіатра. Вони вважають, що самі собі найкращі психологи і в них все добре. Але чомусь не сплять, чомусь їм сняться погані сни, чомусь поганий настрій, чомусь непорозуміння із сім'єю, чомусь не можуть працювати, чомусь замикаються? І їм дуже важливо довести, що це справді є проблема. Бо не завжди ми самі можемо з цим впоратися і треба звернутися до спеціалістів», - так пояснює проблему психотравм після перебування людей в умовах війни засновник центру, лікар-невролог, завідувач відділенням психогенної травми Андрій Посікіра. Андрій Романович був медком на Майдані, потім допомагав у госпіталі, а після перших кривавих боїв на Донбасі, коли почали поступати бійці на лікування до психіатричної лікарні, він створив на території Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні центр допомоги ветеранам АТО «Фенікс».

Як свідчить міжнародний досвід, учасники бойових дій після повернення до мирного життя, впродовж наступних 10 - 20 років можуть стати загрозою як для власних сімей, так і для всього суспільства. За статистикою, 98 % з них потребують кваліфікованої допомоги внаслідок впливу бойових стрес-факторів. Розлади у бійців характеризуються високим рівнем конфліктності, підвищеною агресією, апатією, низькою працездатністю, загостренням та розвитком хронічних захворювань,

інсультами, інфарктами, зростанням алкоголізму, наркоманії, асоціальною поведінкою, підвищенням ймовірності суїцидів, скороченням тривалості життя тощо.

У даній сфері правового регулювання діють закони України: "Про військовий обов'язок та військову службу", "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей", "Про Державну прикордонну службу України", "Про Державну спеціальну службу транспорту", "Про Державну службу спеціального зв'язку та захисту інформації України", "Про Національну гвардію України".

Кабінет Міністрів України додав зміни до порядків, що стосуються надання психологічної реабілітації ветеранам та членам їхніх родин, постраждалим учасникам Революції Гідності та сім'ям загиблих захисників України. Умови виконання службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах значно відрізняються від звичайних повсякденних умов мирного часу, військовослужбовці зазнають впливу бойових стрес-факторів - "невидимі поранення", унаслідок чого зростає потреба щодо надання їм кваліфікованої психологічної допомоги, підтримки з подолання посттравматичних стресових розладів та проходження комплексної реабілітації: медико-психологічної, соціальної. На нашу думку, дуже важливим етапом повинна бути організація психологічного супроводження військовослужбовців до та під час виконання завдань за призначенням. У місцях тимчасової дислокації та виконання завдань за призначенням військовими частинами Збройних Сил України (далі – ЗС України) психолог має використовувати прості (без додаткового устаткування) і ефективні методи психологічної допомоги.

Реабілітація військовослужбовців — система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної

діяльності. Виділяють наступні види реабілітації військовослужбовців: медичну, психологічну, професійну та екстрену.

Реабілітація (від лат. *Rehabilitatio*) це термін який складається із латинських префікса «re» - відновлення і прикметника «*habilitas*» - сприяти, корисність і дослівно означає відновлення корисності, здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення для чогось.

Медична реабілітація з позицій системного підходу передбачає деякі компоненти і характер їхньої взаємодії. Входом в систему медичної реабілітації є пацієнти, що потребують реабілітації, їхня кількість залежить від демографічних процесів, доступності медичної допомоги, прийнятих показів до реабілітації тощо. Методи, засоби і методики медичної реабілітації, складаючи процес системи, інтегруються в багатьох варіантах у залежності від захворювання, віку, індивідуального сприйняття засобів реабілітації та багатьох чинників внутрішнього і зовнішнього середовища.

У системі медичної служби Збройних Сил України під реабілітацією розуміють сукупність медичних, військово-професійних, соціально-економічних і педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, боєздатності (працездатності), порушення або втрачених військовослужбовцем у зв'язку з хворобою або травмою.

Згідно Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України визначаються терміни - психологічна корекція та психологічна реабілітація. Психологічна корекція - цілеспрямований психологічний вплив на військовослужбовця для приведення його психічного стану до норми після виявлення в нього будь-яких психологічних відхилень (неклінічних порушень) та відновлення його здатності до виконання службових обов'язків.

Психологічна реабілітація - комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння

психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті.

Військово-професійна реабілітація передбачає прийняття заходів із відновлення в найкоротші терміни після травмування психіки військовослужбовців їхніх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості професійної реабілітації військовослужбовців здійснюється їх перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація).

Екстрена реабілітація військовослужбовців — комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань.

Відповідальність психолога за правильність застосування прийомів надання екстреної психологічної допомоги під час виконання завдань за призначенням подвоюється. Він повинен вміти оцінювати та знати наслідки психотравмуючих ситуацій, проводити психологічну просвіту військовослужбовців з вчасного визначення несприятливих психологічних станів у співслужбовців та надання першої психологічної допомоги. Він має бути доступний для спілкування, ініціювати спілкування (створювати привід для спілкування). При актуальності у військовослужбовців переживання негативних станів, вступивши за будь-якого приводу у спілкування, вони самі вийдуть на обговорення з психологом теми своїх переживань (дія домінанти). Підтримуючи таке спілкування, психолог має забезпечити відчуття прийняття, демонструвати емпатію. Психолог може допомагати формулювати переживання, а для цього йому потрібно знати, як може проявляти себе стрес, як вербалізувати його, як при необхідності контролювати переживання стресу.

На сучасному етапі розвитку нашого суспільства розширюється коло

ситуацій, в яких усвідомлюється необхідність і доцільність реабілітаційної допомоги з залученням психологічних знань та методів. До цієї сфери належить багато професійних галузей, які покликані допомогти людям, думки, почуття та поведінка яких є проблемою для них самих і для оточення (медична, клінічна, консультативна психології, нейропсихологія, військова та інші). Реабілітаційна психологія посідає одне з основних місць серед названих галузей і їй належить провідна роль у реалізації психологічної допомоги населенню.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ЗБЕРЕЖЕННЯ Й ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ТА ПІДРОЗДІЛІВ СИСТЕМИ МВС УКРАЇНИ**

*Лигун Н. В.<sup>1</sup>, Охріменко І. М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Відділ психологічного забезпечення

Департаменту персоналу МВС України, Київ

<sup>2</sup>Національна академія внутрішніх справ, Київ, Україна

Психотравмуюча ситуація нерідко зумовлена впливом природних, військових (бойових), соціальних, інформаційних, індивідуальних й інших чинників; супроводжується зростанням психологічної напруженості, порушенням механізмів адаптації, руйнуванням психічного світу особистості. Разом із тим, ступінь розвитку психічних змін має залежність від рівня участі індивіда в стресовій ситуації. Також на розвиток особистісних змін та розладів можуть здійснювати вплив соціальні та соціально-побутові умови, в яких індивід перебуває після пережитої травми. Зазвичай розладам піддаються люди зі слабким психічним здоров'ям, а також підвищеною реактивністю на зовнішні подразники. Натомість ризик виникнення розладів знижується, якщо навколо перебувають люди, які пережили подібну ситуацію, або такі, що здатні надавати кваліфіковану медико-психологічну допомогу.

До категорій осіб, що потребують даної допомоги, поза усяким сумнівом слід віднести працівників правоохоронних органів, військовослужбовців та інших фахівців, діяльність яких пов'язана з багатоваріантністю вирішуваних професійних завдань та їх інтелектуальною і емоційною насиченістю, високою ймовірністю небезпеки, системою зовнішніх впливів тощо. З огляду на це звернемо увагу на організацію процесу реабілітації осіб, що перебувають (перебували) в кризових умовах та мають відношення до системи МВС України.

Так, зокрема, охорону психічного здоров'я осіб, які відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я сфери управління Міністерства внутрішніх справ України, забезпечує єдина система, до якої входять Державна установа «Центр психіатричної допомоги та професійного психологічного відбору МВС України», а також центри психіатричної допомоги та професійного психологічного відбору, які входять до складу державних установ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України в областях та місті Києві».

Фахівці таких центрів (практичні психологи, лікарі-психологи, лікарі-психіатри, лікарі-психотерапевти) надають певним категоріям осіб, що мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС, у тому числі постраждалим в екстремальних ситуаціях, після перебування в зоні АТО/ООС, ведення бойових дій, унаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України, психолого-психіатричну, психотерапевтичну, психокорекційну амбулаторну допомогу (під час обстеження та лікування в закладах охорони здоров'я МВС або під час самостійного звернення до фахівців Центрів), а в разі необхідності направляють цих осіб до спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів МОЗ України на стаціонарне обстеження та лікування.

На даний час заклади охорони здоров'я МВС здійснюють медичну та медико-психологічну реабілітацію постраждалих військовослужбовців та

ветеранів війни. Поліцейські ж мають право на медичну та медико-психологічну реабілітацію відповідно до Порядку пільгового реабілітаційного, санаторно-курортного лікування, оздоровлення та відпочинку в медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України, деяких інших категорій осіб та членів їх сімей, затвердженого наказом МВС України від 14 грудня 2015 року № 1568 та наказу МВС України від 18 червня 2018 року № 516 (із змінами) «Про організацію обов'язкового проходження медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Національної гвардії України та поліцейських». Крім того, Національна поліція організовує систему психологічного забезпечення поліцейських та координує її функціонування відповідно до пункту 51 Положення про Національну поліцію, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 2015 року № 877. Щодо військовослужбовців Національної гвардії України, то такі послуги їм надаються відповідно до закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Реабілітаційне лікування проходять лише діючі поліцейські та військовослужбовці Національної гвардії України. Тривалість реабілітаційних заходів становить від 14 до 21 дня.

Діагностика та лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) визначається уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2016 року № 121.

Варто зауважити, що представники Національної поліції України у складі мультидисциплінарної робочої групи брали участь у розробленні зазначеного уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Протокол розроблено з урахуванням сучасних вимог доказової медицини,

розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Це обумовлене насамперед тим, що ПТСР доволі часто є відставленою або затяжною реакцією на стресову подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини. У протоколі зосереджено увагу на організації медичної допомоги пацієнтам в Україні відповідно до міжнародних клінічних настанов. Положення протоколу, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають можливість залучення інших прийнятних методів досягнення кінцевого результату.

З урахуванням положень уніфікованого протоколу розроблено та надалі активно впроваджуються:

- алгоритм організації в Національній поліції України заходів психологічної та медико-психологічної реабілітації поліцейських – учасників АТО/ООС;

- методичні рекомендації щодо організації психологічного супроводження поліцейських, державних службовців та інших працівників Національної поліції України, які потребують психологічної підтримки та допомоги;

- методичні поради щодо профілактики суїцидів серед працівників поліції (спільно з ДУ «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору МВС України» для медичних працівників, практичних психологів, лікарів-психологів закладів охорони здоров'я МВС України та психологів кадрових апаратів органів Національної поліції).

У той час, військовослужбовці Національної гвардії України, які мають діагностований посттравматичний стресовий розлад, у встановленому порядку направляються на лікування до спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Після проходження відповідного курсу лікування військовослужбовці відповідно до Інструкції про організацію медичної



реабілітації та санітарно-курортного лікування в Міністерстві внутрішніх справ України, затвердженої наказом Міністерства юстиції України 13 травня 2004 року № 601/9200, направляються до відомчих медично-реабілітаційних центрів системи Міністерства внутрішніх справ України для проходження медичної реабілітації.

Разом із тим, надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям Державної прикордонної служби України з посттравматичним стресовим розладом регламентується Порядком психологічного забезпечення в Державній прикордонній службі України, затвердженим наказом Міністерства внутрішніх справ України від 09 березня 2021 року № 179, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20 квітня 2021 року за № 533/36155, та наказом Адміністрації Державної прикордонної служби України від 10 березня 2015 року № 101-АГ «Про організацію медичної реабілітації в Державній прикордонній службі України».

У Державній службі України з надзвичайних ситуацій відповідно до Кодексу цивільного захисту України, наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 14 травня 2001 року № 180/115 «Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації», наказу МВС України від 31 серпня 2017 року № 747 «Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних ситуацій» особи, які безпосередньо брали участь у проведенні аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт або залучалися до цілодобового чергування, пов'язаного з ліквідацією наслідків надзвичайної ситуації, мають право один раз на рік пройти безоплатний курс медико-психологічної реабілітації строком не менше ніж 14 діб, а ті з них, які отримали травми або брали участь у проведенні аварійно-рятувальних робіт,

пов'язаних із загибеллю людей, зобов'язані пройти відповідне лікування та реабілітацію в центрах медико-психологічної реабілітації.

Висновки про необхідність направлення на медико-психологічну реабілітацію фахівців служби цивільного захисту надають лікарсько-експертні комісії ДСНС, а основних працівників професійних аварійно-рятувальних служб, а також органів та підрозділів цивільного захисту – лікарсько-експертні комісії ДСНС за місцем роботи або медико-соціальні експертні комісії закладів охорони здоров'я. Для проведення медико-психологічної реабілітації в системі ДСНС функціонує Медичний реабілітаційний центр «Одеський» (м. Одеса), у складі якого діє Центр медико-психологічної реабілітації.

Отже, виходячи з наведеного, можна стверджувати, що в системі МВС України є цілком самодостатній методологічний інструментарій та необхідний ресурс, що спрямований на надання кваліфікованої психологічної допомоги й проведення медико-психологічної реабілітації різних категорій фахівців.

## **РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА ПРИ СТРЕСОВИХ СТАНАХ**

*Підлужна С.А., Корчан Н.О., Шерстюк О.О.*

Полтавський державний медичний університет

Вже понад шість місяців триває військова агресія росії та масштабні бойові дії на території України. За таких умов кожна людина може відчувати стрес та глибокі переживання, страх, тривогу, як за себе, так і за близьких та рідних. Стрес є захисною реакцією на зовнішні подразники. Вона проявляється фізично, психічно, емоційно та дає змогу адаптуватися до цих змін. Зовнішні чинники сприймаються як загроза організму. Стрес тоді реагує на ці загрози. Відбувається низка стресових реакцій. Мозок сприймає загрозу, сигналізує наднирникам, а вони виділяють гормони стресу – адреналін і кортизол. Активується внутрішній резерв, збільшується м'язова сила, швидкість реакцій, витривалість та больовий поріг. Коли людина

тривалий час перебуває в стресі, то стресова "сигналізація" не вимикається, і згодом людина виснажується. Виникає гострий стресовий розлад. Організм перебуває не в стабільному стані, а в постійному гіперактивному. Хронічні захворювання, які є у людини, загострюються. Порушується робота серцево-судинної системи, обмін речовин. Виникають захворювання кишково-шлункового тракту, ендокринної системи, зокрема порушення роботи щитоподібної залози, цукровий діабет. 50% після карантинних захворювань, інфекційних, того ж ковіду, зумовлюють збій у системі захисту легень, бронхів та гортані, розвиваються інфекційні бронхо-легеневі захворювання. І тому в стресовий період слід звернути увагу й на бронхо-легеневу систему.

Якщо людина знаходиться у бомбосховищі, в укритті, не треба дихати на повні груди, бажано перебувати на відстані від людей. Якщо там сиро, слід одягати марлеву пов'язку, дихання має бути поверхневим. Щоб тримати свій організм у тонусі застосовують антидепресивну активність, зокрема, спортивну, та правильне харчування: стрес дуже любить голодування, тоді він переходить у панічну атаку. Тому слід робити навпаки – харчуватися. Навіть зважаючи на свій економічний стан, це слід робити правильно, виходити з того, що є в запасах. Має бути чиста питна або фільтрована вода. Якщо води обмаль, то можна хоча б змочувати губи. Вода розбавляє кров, зміцнює імунну систему і підтримує шлунково-кишковий тракт. Обов'язково мають бути в раціоні білки, жири та вуглеводи. У воєнний час бажано, по можливості, мати горіхи. Навіть якщо людина питиме воду і з'їсть п'ять горіхів, кілька сухарів, то це можлива добова порція для підтримання організму в кілокалоріях. Не можемо ми мати менше, ніж 800 кілокалорій. Якщо для дітей немає молочних продуктів, то можна робити закваски, вони дають біфідобактерії, які нормалізують мікрофлору кишківника. По можливості частіше бувати на свіжому повітрі, але зважати на сигнали повітряної тривоги, займатися фізкультурою та думати про хороше. Навіть якщо уникнути стресу цілком не вдасться, то цими діями можна мінімізувати його наслідки на організм людини у період війни.

Особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці – як ті, хто бере участь у бойових діях, так і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працює з потерпілими. Цим людям важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові. У важких ситуаціях людина піддається впливу різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної і/або психофізичної складності; необхідності поєднання кількох видів діяльності й виконання декількох завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових умов; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей, що призводить до суттєвих енергетичних навантажень. Якщо важкі ситуації є масштабними – місцевого, регіонального чи загальнодержавного рівня – їх називають надзвичайними чи екстремальними, такими, що виходять за межі звичайного, нормального людського досвіду.

Справитися із стресом при перших його симптомах можна за допомогою автотренінгу, тобто людина може допомогти собі сама. Якщо людина справляється, тоді не є обов'язковою лікувальна консультація лікаря, а тільки психологічна розмова. Коли людина гіперактивна і мало себе контролює, то в такому разі потрібна психотерапевтична допомога.

Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмівних ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної ситуації, так і після повернення із зони ризику. Психологічна допомога і психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення). Проте багато із постраждалих і пізніше можуть потребувати психологічної допомоги, яка має надаватися в межах системи психологічної реабілітації.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Метою психологічної реабілітації є:

- 1) збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг;
- 2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;
- 3) зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;
- 4) запобігання інвалідності;
- 5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації є:

- 1) діагностика та нормалізація психічних функцій отримувача послуг;
- 2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їхньої вираженості;
- 3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;
- 4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних взаємин у сім'ї та суспільстві;
- 5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;
- 6) опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння);
- 7) запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;
- 8) проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;
- 9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність.

Психологічна реабілітація передбачає надання таких послуг:

1) психологічна діагностика – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреб та оптимальних методів психологічної реабілітації;

2) психологічна просвіта та інформування – інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;

3) психологічне консультування – комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом, і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;

4) психологічна підтримка і супроводження – система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникнення психологічних кризових станів;

5) психотерапія – використання методів психологічного впливу для розв'язання особистісних та міжособистісних проблем із застосуванням стандартизованих процедур в індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг з метою відновлення або компенсації його психічних функцій,

особистісних якостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя;

б) групова робота – проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, занять із психологічної просвіти та інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій.

## **МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПАРАМЕДИКІВ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМАХ.**

*Полторанавлов В.А.*

Полтавський державний медичний університет

Зараз в Україні стратегічно важливим і пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я стало забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги задля врятування і збереження життя і здоров'я громадян. Тому в процесі медичної реформи необхідна підготовка фахівців за освітньо-професійною програмою «Парамедик», що спеціалізуються на наданні екстреної медичної допомоги при невідкладних станах на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах. На кафедрі медицини катастроф та військової медицини при підготовці здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, які навчаються за спеціальністю «Парамедик», застосовується комплексний підхід, який поєднує використання сучасного міжнародного й національного досвіду і практичну спрямованість навчання. Основний акцент припадає на формування якісних практичних навичок і вмінь у сфері екстреної медичної допомоги. Парамедик – медичний працівник, освітньо-кваліфікаційного рівня – бакалавр, котрий надає пацієнту повний спектр екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі. Бакалавр – це вища освіта, а не

професійно-технічна, тож освітній рівень нинішніх фельдшерів нижчий за очікуваний рівень парамедиків, що не може не свідчити на їхню користь. Навчальна програма для підготовки парамедиків враховує особливості роботи в екстремальних ситуаціях, вивчення алгоритмів екстреної допомоги, а також вдосконалення навичок роботи в команді і можливість застосування практичних навичок індивідуально. Після впровадження змін у системі ЕМД (очікуваний термін реформи – 5 років), мінімальним загальнопрофільним стандартом стане бригада з двох парамедиків та одного медичного техніка (водія, кваліфікованого для надання догоспітальної допомоги на рівні BLS). Фактично, такі бригади мають повністю замінити існуючі шляхом перекваліфікації фельдшерських бригад, до складу яких входять фельдшер, водій та іноді медсестра. А лікарські бригади залишаються для складніших випадків, запрошуючи окремих спеціалістів, виходячи зі специфіки ситуацій. Протягом перехідного періоду зможуть існувати змішані бригади – рішення щодо їх кількості та складу будуть приймати на регіональному рівні.

У світі існують дві основні моделі організації ЕМД. Перша з них - англо-американська - використовується у США, Канаді, Австралії тощо. Не вдаючись до дрібниць, основними аспектами цієї моделі є надання лише найнеобхіднішої допомоги на місці події, якомога швидке транспортування майже всіх хворих до відділень екстреної допомоги лікарень.

Її протилежністю є франко-німецька система, де стандартом є лікарська бригада. На відміну від першої системи, тут надається вся можлива допомога на місці події, і лише якщо залишається необхідність у лікуванні в умовах певного відділення лікарні, хворого туди транспортують напряму, оминаючи відділення екстреної допомоги.

Багато науковців намагалися порівняти моделі організації ЕМД аби виявити більш рентабельну та ефективну. Та фактично це виявилось неможливою задачею через різні потреби, які задовольняє кожна із систем. І до сьогодні немає обґрунтованих доказів на користь жодної з них, тож ніяка не краща.



Але суттєвим недоліком кожної з цих систем є те, що парамедики не вирішують питання транспортабельності хворого (слід згадати приклад з експрем'єр-міністром Ізраїлю Аріелем Шароном, коли транспортування хворого призвело до трагічних наслідків).

Також це стосується багатьох розділів медицини, де лікування хворих супроводжується їх реабілітацією (наприклад в неврології реабілітація починається з першої доби перебування хворого в стаціонарі).

Отже, з усього вищенаписаного можна зробити лише один висновок – дуже важливо оцінювати переваги та недоліки кожного з рівнів медичної допомоги, та, враховуючи обставини кожного окремого випадку, використовувати той, який підходить найкраще. Наразі не існує жодної з цих моделей у чистому вигляді, всі країни створюють комбінації обох систем, аби задовольнити свої вимоги та цілі.

Так само і Міністерство охорони здоров'я України планує запровадження змішаної моделі, адже, з одного боку, парамедик зможе надавати повний комплекс екстреної медичної допомоги (у тому числі, на місці події), а з іншого – передбачається створення відділень екстреної допомоги у лікарнях. Враховуючи стан доріг і інфраструктури, неможливо робити ставку виключно на швидкість. Також неможливо одномоментно підвищити якість надання допомоги на місці події – для цього потрібен цілий комплекс заходів. Зважаючи на це змішана модель є оптимальною для запровадження в Україні.

Як вже зазначалося, ідеальної, єдиної для всіх країн системи немає, але те, що в Україні звернули увагу на необхідність змін у системі екстреної медичної допомоги та планують їх з урахуванням світового досвіду, є явним плюсом.

Сучасні реалії, зокрема пандемія COVID-19 і військовий стан, внесли корективи в навчання здобувачів освіти обумовивши їх використання не за прямим призначенням. Нині Міністерство охорони здоров'я України вирішує дуже складні питання пов'язані з великою нестачею кваліфікованих кадрів

первинної ланки – міграція спеціалістів за кордон, призов до лав ЗСУ, перший випуск парамедиків тільки в цьому році. Особливе занепокоєння викликає проблема реабілітології, незважаючи на те, що перші випускники вже працюють, але «травматологічна епідемія» пов'язана з військовими діями, ставить на перше місце величезну кількість випадків посттравматичної реабілітації. Зрозуміло, що зараз є нестача кваліфікованих кадрів. Тому на часі є використання парамедиків для реабілітації військовослужбовців і не тільки. Парамедики мають відповідну медичну освіту, в разі необхідності можуть надати кваліфіковану екстрену медичну допомогу. Для їх технічного використання в якості реабілітологів необхідно провести відповідний інструктаж, одне практичне заняття з відпрацювання практичних навичок. За великим рахунком потрібно внести відповідні зміни до робочих програм та навчальних планів передбачивши можливість використання парамедиків в якості техніків-реабітологів. Вивчення кожної окремої медичної дисципліни доповнити розділом транспортабельності хворого.

## **ПОКРОКОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЙНИЙ МІОКАРДИТ**

*Полторанавлов В.А.*

Полтавський державний медичний університет

Дифтерійна інфекція залишається однією з актуальних проблем інфектології. Завдяки проведенню низки різноманітних заходів, спрямованих на ліквідацію епідемії, в останні роки захворюваність на дифтерію значно зменшилася, але на цьому фоні значно збільшилася питома вага важких та ускладнених форм, зросли показники смертності. Значною мірою особливості сучасного перебігу дифтерії обумовлені зниженням захисних сил населення до інфекцій в умовах соціально-економічних негараздів та погіршенням екологічної ситуації.

Дифтерія – це гостре антропонозне інфекційне захворювання з повітряно-крапельним механізмом передачі, яке характеризується ураженням

ротоглотки та дихальних шляхів з розвитком фіброзного запалення в місці попадання збудника, а також токсичним ураження серцево-судинної, нервової системи і нирок.

Збудник *Corynebacterium diphtheria* відноситься до роду *Corynebacterium*, сімейства *Corynebacteriaceae*, є аеробом, не утворює спор і капсул. За своїми біологічними властивостями коринебактерії дифтерії поділяють на три біовари: *mitis*, *gravis* і близьких до нього *intermedius*. Кожний із цих варіантів має токсигенні і нетоксигенні штами; останні не викликають захворювання, але можуть трансформуватися в токсигенні (синтез токсина детермінований геном *tox\**).

Основний фактор патогенності збудника-екзотоксин. Дифтерійний токсин має всі властивості екзотоксинів: виражена тропність до клітин-мішеней (до слизових оболонок, міокарду, нервової системи, дещо менше до нирок), термолабільність; здібність стимулювати специфічну імунну відповідь і нейтралізуватися антитоксичною сироваткою; це один із найбільш сильніших токсинів у природі, він поступається лише ботулінічному та правцевому.

Джерелом інфекції є пацієнт з будь-якою клінічною формою дифтерії, а тож бактеріоносії. Бактеріовиділення у хворого починається в кінці інкубаційного періоду і триває до повної санації ротоглотки, в деяких випадках може формуватися вторинне носійство. При спалахах дифтерії первинним носіями можуть бути до 10% здорових осіб.

Основний механізм передачі – повітряно-крапельний, рідше – контактний (при дифтерії шкіри). Сприятливість до дифтерійної інфекції залежить від напруженості антитоксичного імунітету, індекс контагіозності варіює від 10 до 15%.

Бактеріологічне дослідження є найвірогіднішим підтвердженням діагнозу дифтерії. Його виконують амбулаторно і/або в стаціонарі з метою виділити культуру *C. diphtheria* і вивчити її токсигенні властивості. При обстеженні контактних осіб бактеріологічне дослідження проводять

одноразово, за підозри на дифтерію – триразово до початку лікування. Уже через 24 год. лабораторія може надати попередній висновок про наявність або відсутність у культурі *C. diphtheria*. У разі вивчення токсигенних властивостей терміни отримання остаточного результату подовжують до 72 год.

Інкубаційний період хвороби триває 2-10 днів. Головним критерієм тяжкості перебігу є ступінь токсикозу. Критерії його визначення однакові при дифтерії мигдаликів та глотки, але дещо відрізняються при інших формах – дифтерії переднього відділу носа, дифтерійному ларинготрахеїті та дифтерії іншої локалізації.

В останні роки відзначено зростання захворюваності міокардитом, що обумовлено, з одного боку, впровадженням у клінічну практику нових діагностичних методів. З іншого боку, збільшення числа хворих міокардитом зв'язують зі зміною реактивності організму, неправильним і несвоєчасним застосуванням медикаментозних препаратів, невиправданою імунізацією й частою реімунізацією населення, що приводить до його алергізації, глобальною зміною навколишнього середовища, недоброякісним харчуванням, психоемоційними перенапруженням.

За останні роки в Україні спостерігається тенденція до зниження захворюваності на дифтерію. Не дивлячись на тенденцію до зниження даного захворювання, на жаль, за керованими інфекціями зменшився обсяг профілактичних щеплень в останні роки і особливо в останні місяці.

Ускладнення дифтерії можуть виникнути в будь-який період хвороби, але частіше для кожного періоду характерні певні ускладнення. Терміни їх появи мають прогностичне значення.

Міокардит – найчастіше ускладнення дифтерії (більш ніж 60%). Він розвивається як у ранні терміни (з перших діб хвороби до середини 2-го тижня – ранній міокардит), так і пізні (із середини 2-го до 6-го тижня – пізній міокардит). Що вищий ступінь токсикозу, то ймовірність виникнення дифтерійного міокардиту більша. Окрім того, що раніше розвивається

міокардит, то тяжче його перебіг і гірші наслідки; він є головною причиною летальних наслідків у хворих на дифтерію

Патогенетична терапія спрямована на зменшення загально інтоксикаційних проявів, нормалізацію гомеостазу і діяльності серцево-судинної системи, а також профілактику ускладнень. Жорстких схем патогенетичного лікування не існує.

Для стабілізації електролітного стану і кислотно-лужного стану внутрішньовенно призначають переважно фізіологічний розчин, 5 % розчин глюкози та інші розчини під контролем концентрації електролітів крові. Гідратацію необхідно підтримувати на достатньому рівні – до 2500 мл на добу. У разі розвитку міокардиту і/або ураження нирок кількість рідини слід зменшити до 1000-1500 мл на добу.

Інше обмеження при дифтерії – це обмеження об'єму внутрішньовенних інфузій, якщо у хворого є ознаки міокардиту зі зниженням скоротливої здатності - не більше 400 мл на добу. Якщо ж необхідно вводити більший об'єм, то темп інфузій не повинен бути вищим ніж 10 крапель на хвилину.

При тяжкому перебігу дифтерії патогенетично обгрунтованим є застосування інгібіторів протеаз у загальнотерапевтичних дозах. Також призначають препарати, що покращують реологічні властивості крові і мікроциркуляцію.

Метою терапії дифтерійних міокардитів є забезпечення адекватної гемодинаміки. Показані НПЗП, ГКС. Недоцільним є призначення у найближчі терміни серцевих глікозидів. При тяжкому міокардиті окрім метаболічної терапії обгрунтованим є використання симпатоміметичних амінів і бета-блокаторів. Лікування гострої серцевої недостатності здійснюється шляхом призначення сечогінних препаратів, які зменшують навантаження на міокард. Краще лікування міокардиту проводити спільно з кардіологом.

Для зменшення і нівелювання негативних проявів дифтерійного міокардиту ми пропонуємо покрокову реабілітацію хворих на дифтерійний міокардит.

Після встановлення діагнозу «дифтерійний міокардит» хворий відразу переводиться на I-й руховий режим (повне знерухомлення - тривалість кілька годин). Після кількох годин знерухомлення хворий переводиться на II-й руховий режим (дозволяються рухи в малих і середніх сугавах рук і ніг, повороти в ліжку самостійно або за чиєїсь допомоги). Перевід на III-й руховий режим і подальше розширення фізичних навантажень проводиться виключно в стаціонарних умовах під контролем ЕКГ, АТ, пульсу і ЧД. На таблиці №1 вказані орієнтовні дні проведення фізичної реабілітації хворих.

Таблиця №1.

Орієнтовні дні проведення фізичної реабілітації хворих на дифтерійний міокардит

Тяжкість перебігу міокардиту	Присаджування в ліжку	Вставання з ліжка 3 хв.	Вставання з ліжка 10 хв.	Ходьба по палаті 3 хв.	Ходьба по палаті 5 хв.	Ходьба по палаті 10 хв.	Ходьба по коридорі 10 хв.
Легкий ступінь перебігу	3	4	5	6	7	8	9
Середній ступінь перебігу	4	5	6	7	8	9	10
Тяжкий ступінь перебігу	5	6	7	8	9	10	12

При проведенні фізичної реабілітації хворого потрібно вести протокол фізичного навантаження який фіксує загальний стан хворого, ЕКГ, АТ,

пульсу і ЧД до і після навантаження. У таблиці №2-3 представлені абсолютні та відносні показники негативної фізичної проби.

Таблиця №2.

Абсолютні та відносні показники негативної фізичної проби.

Показник	Запаморочення	Пульс	АТ сист.	АТ діаст.	ЧД
Абсолютний	+	Збільшення або зменшення на 20%	Збільшення або зменшення на 30%	Збільшення або зменшення на 10%	Збільшення на 20%
Відносний	Легке запаморочення	Збільшення або зменшення до 20%	Збільшення або зменшення до 30%	Збільшення або зменшення до 10%	Збільшення до 20%

Таблиця №3.

Абсолютні та відносні показники ЕКГ негативної фізичної проби.

Показник	Прийом миготлив ої аритмії	Прийом суправентрикулярн ої тахікардії	Підйом або зниженн я сегмента ST більше ніж 2 мм	Підйом або зниженн я сегмента ST менше ніж 2 мм	Поява шлункови х екстра сistol	Поява перед сердни х екстра сistol
Абсолютни й	+	+	+		+	
Відносний				+		+

Задля уникнення зайвої роботи з медичною документацією протокол фізичного навантаження слід вважати щоденником ведення хворого.

Слушним є питання харчування-перший день голод, але пити давати обов'язково, на другий день призначити діету №10 (за Певзнером) аби уникнути небажаних гастро-колонокардіальних рефлексів у майбутньому. Не слід турбуватися якщо у лежачого хворого 2-3 доби не буде випорожнень кишечника, для уникнення небажаного фізичного навантаження слід призначити очисну клізму.

Висновки:

1. зниженню летальності від дифтерії лежить в площині заходів по ранньому виявленню і вчасній госпіталізації хворих;
2. чим раніше діагностований міокардит тим більше відсоток сприятливих результатів;
3. покрокова реабілітація хворих на дифтерійний міокардит дозволяє максимально швидко і без ускладнень повернути хворого до звичайного життя;
4. покрокова фізична реабілітація хворих на дифтерійний міокардит потребує подальшого обміркування та деталізації фізичного навантаження для уникнення небажаних побічних ефектів.

## **ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЯК СКЛАДНИК КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ ВПО ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ, РОЗВ'ЯЗАНОЇ російською федерацією**

*Похилько В.І., Климач Т.М.*

Полтавський державний медичний університет

З 2014 року проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) для України стала актуальною, нині вона набула особливого значення. Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну зумовило мирне населення покидати рідні землі, шукаючи порятунку на більш спокійних, економічно стабільних територіях країни. Вимушене переселення викликає в людей тривогу, стрес та постійний страх за майбутнє.



Метою нашої роботи було забезпечення психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб шляхом індивідуальних психологічних консультацій та групової діяльності, а саме психологічних тренінгів.

Під час воєнного стану м. Полтава та Полтавська область стала хабом для ВПО, допомогу організували як адміністрація міста й регіону, так і різні волонтерські організації, такі як благодійні фонди "Ми з України", "Карітас Полтава"; Республіканський (Громадянський) штаб солідарності та інші. Здобувачі освіти, співробітники, психологічна служба, волонтерські загони, студентський парламент Полтавського державного медичного університету (ПДМУ) брали активну участь у підтримці ВПО, які перебували в нашому місті та активно допомагали їм.

З метою розвитку стресостійкості особистості під час воєнного стану, формування ефективних комунікативних умінь у процесі спілкування в нових умовах проживання, отримання навичок самоконтролю, зняття втоми, напруги, агресії психологічна служба ПДМУ провела цикл психологічних тренінгів для ВПО: "Як зберегти психічне, емоційне здоров'я в умовах війни". Усього було проведено понад 20 тренінгів, участь у яких взяли 332 особи. Під час тренінгів використовувався комплекс відновлювальних заходів (зняття нервово-м'язової напруги, через психологічні методи, засоби та прийоми, фізичні вправи; відновлення комунікативних навичок шляхом використання різних групових та індивідуальних вправ аутогенного тренування, дихальних і фізичних вправ).

Ураховуючи екстремальність характеру пережитих подій ВПО, основним завданням фахівців при наданні психологічної підтримки як при індивідуальній, так і при груповій роботі була підготовка постраждалих до адаптації, до нових життєвих умов, усвідомлення того, що життєві проблеми потрібно вирішувати самостійно, бути відповідальним за своє життя і життя родини й мотивувати їх досягати поставлені цілі в подальшому житті. Оскільки психологічна підтримка забезпечує збереження емоційного здоров'я, уміння концентруватися; зменшення тривоги, панічних нападів,

відчуття відчаю, тому психолог і є тим, з ким можна почувати себе в безпеці, хто допомагає регулювати стрес, "гасити" емоційні бурі, може бути поруч.

На психологічних тренінгах та при індивідуальних консультаціях психолог акцентував слухачів на збереженні емоційного здоров'я, рекомендував знаходити час на рухові активності (пробіжка, плавання тощо); частіше спілкуватися з близькими й рідними; займатися справами, які приносять задоволення (хобі); проводити час на свіжому повітрі та слідкувати за збалансованим харчуванням.

Після проведеного вихідного анкетування було встановлено, що 242 респонденти (73%) мали позитивне покращення в емоційній сфері, підвищили рівень адаптації до нових умов сьогодення, 83 особи (25%) відкрили в собі нові можливості та на шляху до змін на краще, у 6 осіб (2%) ситуація не змінилася.

Для волонтерів, що надавали підтримку ВПО була проведена низка психологічних тренінгів "Перша психологічна допомога для тимчасово переміщених осіб" щодо першої психологічної допомоги евакуйованим особам. Психолог зауважував, що під час переселення, від тяжкості пережитих подій у ВПО може проявлятися цілий спектр психологічних та психічних проблем. На тренінгах волонтерам були надані психологічні поради щодо спілкування з ВПО, розглядався алгоритм встановлення контакту, надавалась інформація про особливості дитячої психіки під час війни. Акцентувалося на фразах, які не можна говорити, щоб не збільшити стресове емоційне збудження, яке досить суттєво впливає на психічне здоров'я постраждалих. Учасники тренінгів навчилися практичних вправ задля зниження втоми, напруги, агресії. Загальна кількість слухачів склала 62 особи.

**Висновок.** Здійснення психологічної підтримки за допомогою індивідуальних психологічних консультацій та психологічних тренінгів, використовуючи комплекс відновлювальних заходів: зняття нервово-м'язової напруги шляхом використання психологічних методів, засобів і прийомів;

фізичних вправ; відновлення комунікативних навичок через використання різних групових та індивідуальних вправ, аутогенного тренування, дихальних вправ дозволяють суттєво зменшити показники переживання, стресу, покращення емоційного здоров'я, що свідчить про ефективність психологічної підтримки.

## **ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ УРАНОСТАФІЛОПЛАСТИКИ**

*Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Лохматова Н.М., Попело Ю.В., Білоконь С.О., Коротич Н.М.*

Полтавський державний медичний університет. Україна

Вроджені вади розвитку обличчя, особливо це стосується щілинних дефектів верхньої губи та піднебіння, представляють досить значний інтерес для клініцистів як в плані поетапного лікування, так і послідовності проведення реабілітаційних заходів. Цьому напрямку присвячено ряд фундаментальних і періодичних наукових напрацювань, які переважно стосуються розробки та реалізації ефективних профілактичних заходів по запобіганню, саме у віддалені терміни післяопераційного періоду, деформацій верхньої щелепи.

Задля вирішення цього актуального питання на сьогодні виникає нагальна потреба в комплексному супроводі цих пацієнтів на всіх етапах як медичного, так і соціального спрямування. Не є виключенням і хірургічна складова, адже навіть до теперішнього часу не існує єдиного погляду на способи та методи, які можуть з успіхами застосовуватися в якості запобіжних заходів спрямованих на усунення, або пом'якшення впливу несприятливих факторів, що можуть відігравати провідну роль в загоєнні рани після оперативного втручання на піднебінні.

**Метою роботи** стало удосконалення заходів спрямованих на попередження розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у дітей після радикальної ураностафілопластики.

В розробку було включено 29 дітей з вродженими однобічними незрощеннями піднебіння віком від 3 до 5 років, що були розділені на 2 групи. В першу групу увійшли 15 осіб, які проходили всі етапи лікування за традиційною схемою і 14, котрі за 7 днів до та 14 в післяопераційному періодах додатково отримували внутрішньом'язово поліпептидний препарат в розрахунку на кг / маси тіла. У зв'язку з тим, що після операції на піднебінні знаходився підшитий захисний йодоформний тампон, ми наводимо клінічні дані та результати додаткових методів дослідження починаючи з 5-6 доби.

На цей час в групі дітей, які отримували комплекс лікувальних заходів, що найчастіше застосовуються на післяопераційному етапі, відкрита ранова поверхня у всіх відділах піднебіння мала білісувато-сірий відтінок за рахунок нашарування фіброзної плівки. Краї рани мали оточуючий вінчик гіперемії від шириною 1 до 3 мм. Сама ранова поверхня западала по відношенню до оточуючих тканин і її глибина була досить різною в окремих анатомічних ділянках. Місцями кісткова тканина на піднебінні не була закрита грануляціями.

На 11-12 добу після операції вінець гіперемії по краю ранової поверхні був помітно виражений в межах твердого піднебіння, а в ділянці м'якого та крилоподібно-щелепних складок він був від 1 до 2 мм, а кістка на всій протяжності прикрита соковитими грануляціями, які мали в окремих місцях нашарування фібринозної плівки.

На даний час спостереження у 2 дітей даної групи спостерігалось повне розходження швів на увулі і у 1 дитини на межі твердого та м'якого піднебіння. У 2 хворих мало місце їх часткове розходження в поверхневому епітеліальному шарі на рівні м'якого піднебіння та язичка і у однієї дитини виник залишковий дефект на межі твердого та м'якого піднебіння. Отже

ускладнений перебіг ранового процесу, в цій групі склав 1,5%, а кількість ускладнень становив 2,7%.

В іншій групі, що складалася з 14 хворих і додатково отримала поліпептидний препарат на 5-6 добу шви на рані були фіксовані добре, а сама ранова поверхня була вкрита щільним шаром фібрину. Вінець гіперемії навколо рани сягав 1,0 до 1,5 мм на піднебінні і до 2 мм в ділянці крилоподібно-щелепних складок. Сама ранова поверхня западала над проекцією кістки твердого піднебіння і повністю була прикрита на всьому протязі соковитими грануляціями.

На 11-12 добу після оперативного втручання гіперемія спостерігалась по краях рани осередково і в деяких місцях досягала лише 1 мм. Ранова поверхня була повністю, але нерівномірно виповнена соковитими грануляціями, що залягали на рівні оточуючих тканин та були ознаки крайової епітелізації, за винятком крилоподібно-щелепних складок.

На даний час була встановлена наявність повного розходження швів на увулі і у 2 випадках часткового на межі твердого та м'якого піднебіння. За таких умов кількість хворих з незадовільним перебігом ранового процесу після проведення радикальної ураностафілопластики також становила 1,3 %, зате пацієнти з ускладненням склали лише 0,7%.

Таким чином, додаткове залучення до складу комплексу лікувальних заходів поліпептидного препарату в до – і післяопераційному періодах після проведення радикальної ураностафілопластики дозволило досягти на час клінічного одужання повного закриття ранових поверхонь на кістці твердого піднебіння у всіх ділянках за рахунок повноцінної репаративної регенерації оточуючих їх м'яких тканин. Це дозволило зменшити кількість хворих з незадовільним перебігом ранового процесу після оперативного втручання з приводу наявності вродженого незрощення піднебіння, що призвело до зменшення випадків виникнення залишкових дефектів в 3,8 рази.

## МІЖНАРОДНІ, РЕГІОНАЛЬНІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ РОЗРОБКИ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Харченко Н.В., Костріков А.В.*

Полтавський державний медичний університет

У лютому 2017 року ВООЗ запустила ініціативу «Реабілітація 2030» і закликала до дій (1); це визначає 10 сфер об'єднаних і узгоджених дій для зменшення незадоволених потреб у реабілітації та посилення ролі реабілітації в охороні здоров'я. ВООЗ також опублікувала рекомендації щодо реабілітації в системах охорони здоров'я (2), які містять основні рекомендації щодо посилення реабілітації в секторі охорони здоров'я та її кращої інтеграції в програми охорони здоров'я. Ця сукупність робіт також підтримала розробку посібника з реабілітації в системах охорони здоров'я, опублікованого в 2019 році (3). Основним положенням ВООЗ є те, що реабілітація є послугою охорони здоров'я для всього населення. Вона має бути доступною на всіх рівнях системи охорони здоров'я, а міністерства охорони здоров'я мають забезпечити сильне керівництво для зміцнення системи охорони здоров'я для забезпечення реабілітації та розробки стратегічних планів реабілітації.

Європейське регіональне бюро ВООЗ має чотирирічну програму (2018–2022) для покращення доступу до реабілітаційних послуг і допоміжних товарів у Регіоні та визначило Східну Європу, Центральну Азію та Кавказ як геополітичний пріоритет – регіони, до яких входить Україна.

В Україні увага до реабілітації історично пов'язана з інвалідністю:

– Закон України № 2961-IV (06.10.2005) «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»;

– ратифікація Україною у 2009 році Конвенції ООН про права людей з інвалідністю (КПІЛ); Стаття 26 Конвенції посилається на абілітацію та реабілітацію;

– технічні консультації для підтримки розробки Національного плану інвалідності, здоров'я та реабілітації (NDHRP) в Україні (7–11 грудня 2015 р.).

В останні роки (з 2015 р. по теперішній час) дедалі більше визнають, що реабілітація призначена для всіх людей, як частина безперервної медичної допомоги та в рамках систем охорони здоров'я. Докази цього в Україні:

– назви професій «лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «фізичний терапевт», «ерготерапевт», «асистент лікаря-фізіотерапевта», «асистент лікаря-ерготерапевта» включено до Національного класифікатора професій (серпень 2016 р. та жовтень 2017 р.);

– код класифікатора професій освіти «фізична терапія/ерготерапія» визнано «кодом 227» у складі класифікатора освітньої сфери охорони здоров'я «код 22» (лютий 2017 р.);

– окремі кадри реабілітаційного персоналу мають дозвіл на роботу в лікарнях та закладах охорони здоров'я (березень 2019 р.);

– НСЗУ запускає Програму медичних гарантій, яка включає реабілітацію в багато пакетів і включає три пакети допомоги, специфічні для реабілітації (квітень 2020 р.); і

– створення Управління якості життя МОЗ, де діє експертна група з питань реабілітації та санаторно-курортного лікування (запрацювала у серпні 2020 року).

У липні 2019 року ВООЗ уточнила визначення реабілітації на основі відгуків і досвіду реабілітологів з усього світу. Визначення 2019 року визнає реабілітацію високоінтегрованою формою охорони здоров'я для будь-кого зі станом здоров'я, який обмежує функціонування. Він описує реабілітацію як: «набір втручань, необхідних, коли людина відчуває або може відчувати обмеження в повсякденному функціонуванні через старіння або стан здоров'я, включаючи хронічні захворювання або розлади, поранення або

травми» (4). Визначення 2019 року відображає суть реабілітації та спрощує визначення для комунікаційних цілей.

Технічне та найбільш широко визнане визначення реабілітації від ВООЗ – це «набір втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності в осіб із проблемами здоров'я у взаємодії з їхнім оточенням».

## **КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АОРТОКОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ З ШТУЧНИМ КРОВООБІГОМ**

*Черній Т.В., Черній В.І, Куриленко Я.В.*

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (Київ)

*Актуальність.* На серцево-судинні захворювання припадає одна третина смертей у всьому світі. У Європі ішемічна хвороба серця ІХС є найпоширенішою причиною смерті. Незважаючи на успіхи у фармакологічному лікуванні ІХС, операція АКШ залишається найефективнішим методом лікування коронарної патології. За останні кілька десятиліть відзначається вдосконалення техніки виконання операції та зниження кількості ускладнень, проте пацієнт після такої операції, як і раніше, потребує реабілітації. Зазвичай під кардіореабілітацією розуміють таке поняття: «Скоординована сума дій, необхідних для сприятливого впливу на основну причину серцево-судинних захворювань, а також для забезпечення найкращих можливих фізичних, психічних та соціальних умов, щоб пацієнти могли їх власними зусиллями зберегти або відновити оптимальне функціонування у своєму співтоваристві та за рахунок покращення поведінки щодо здоров'я уповільнити або звернути назад прогресування захворювання» (ВАСРР 2014). Якщо розібрати більш детально, то в реабілітації можна виділити три основні компоненти:



психологічний, фізичний та медикаментозний. Психологічний компонент реабілітації включає комплекс немедикаментозних впливів, спрямований на боротьбу з такими станами, як сприйняття больових відчуттів, страх, тривога, депресія, гнів, занижена самооцінка і недолік соціальної підтримки.

Фізичний компонент реабілітації спрямований на відновлення здатності пацієнта переносити навантаження, підвищення м'язового тону, профілактику бронхолегеневих ускладнень. Зазвичай цей компонент поділяють на аеробні тренування та дихальну фізіотерапію. Не менш вагомим компонентом є медикаментозна реабілітація. Вона включає комплекс фармакологічних впливів, що сприяє скороченню термінів післяопераційних гемодинамічних розладів. Що, у свою чергу, сприяє ранній активізації та якнайшвидшому переведенню пацієнта з відділення інтенсивної терапії.

*дослідження.* Вивчити ефективність застосування поєднання L-карнітину та аргініну як компонента медикаментозної реабілітації лікування кардіохірургічних хворих з гострою лівошлуночковою недостатністю (ГЛШН), які перенесли оперативне втручання – аорто-коронарне шунтування (АКШ) зі штучним кровообігом (ШК).

*Матеріали та методи.* У ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС за період із 2016р. по 2021 р. було прооперовано 500 пацієнтів. Усім виконувалася операція аорто-коронарного шунтування зі штучним кровообігом. Відібрано 60 пацієнтів, які вимагали інотропної підтримки у післяопераційному періоді. Пацієнти були поділені на дві групи по 30 осіб. В обох групах методи психологічної та фізичної реабілітації були ідентичні. Вирізнялися лише методи медикаментозної реабілітації.

В основну групу увійшли 22 чоловіки та 8 жінок віком від 37 до 78 років, середня кількість шунтів склала  $3.17 \pm 0.65$ . Для стабілізації гемодинаміки застосовувалася інотропна підтримка добутамином та метаболічна підтримка поєднанням левокарнітину та аргініну.

До контрольної групи також увійшли 22 чоловіки та 8 жінок віком від 37 до 81 року, середня кількість шунтів склала  $3.3 \pm 0.54$ . Стабілізація проводилася лише добутаміном.

Проводилося вивчення термінів стабілізації гемодинаміки (у годинах) та доза використаних інотропних препаратів (добутаміну, мкг/кг) в обох групах пацієнтів. Для аналізу результатів використано програму MedStat.

*Результати та їх обговорення.* Психологічна реабілітація пацієнта з ІХС починається з передопераційного огляду анестезіолога. Після збору анамнезу та фізикального огляду, він докладно описує, що відбуватиметься з пацієнтом від моменту транспортування з палати до початку дії наркотичних засобів. А це найстресорніший відрізок часу для пацієнта в періопераційному періоді. Страхі та переживання, як правило, народжуються від недостатньої поінформованості про подальші події. Отримавши докладний опис майбутніх подій, пацієнт, зазвичай, відчуває зниження рівня емоційного напруження. Під час преопераційної бесіди анестезіолог максимально «заряджає» пацієнта позитивною енергією. Такий алгоритм застосовується у кожному «емоційному» для пацієнта моменті. Не менш важливим етапом є переведення пацієнта з відділення інтенсивної терапії (ВІТ) до палати. Максимальна поінформованість пацієнта дозволяє пацієнтові спокійніше перенести переклад.

Фізична реабілітація пацієнта складається з аеробних тренувань та дихальної фізіотерапії. Дихальна фізіотерапія починається безпосередньо після закінчення операції та екстубації пацієнта. Першим етапом пацієнту призначається СРАР-терапія. Вона спрямована не тільки на дозвіл ателектазів, що сформувалися в періопераційному періоді, але і на профілактику подальшого ателектазування. СРАР-терапія проводиться 3-4 рази на добу по 30-60 хвилин весь термін перебування пацієнта в ВІТ. Другим етапом запроваджуються заняття на дихальному тренажері. Суть методу полягає у створенні опору видиху пацієнта водяним стовпом. Фізіологічна спрямованість аналогічна СРАР-терапії. Заняття на дихальному

тренажері починаються з 20-40 видихів на добу з поступовим збільшенням до 100 видихів на добу.

Фізичні тренування розпочинаються наступного дня після операції. У цей період навантаження мінімальні: підняття головного кінця ліжка до  $90^\circ$ , переведення пацієнта в положення сидячи. Наступної доби, коли, як правило, дренажі вже вилучені, навантаження збільшується. У цей період пацієнт може бути переведений у положення «стоячи». Далі, безпосередньо настає період аеробних тренувань.

Відмінність у медикаментозної реабілітації груп полягала у методах корекції ГЛШН після АКШ з ШК. Основна група отримувала метаболічну підтримку поєднанням левокарнітину та аргініну на додаток до традиційного лікування ГЛШН інтропами, зокрема добутаміном.

Дозування добутаміну проводилося (відповідно до інструкції виробника) в діапазоні від 2 мкг/кг/хв до 15 мкг/кг/хв, під контролем гемодинаміки та показників газів крові; дозування левокарнітину та аргініну – препарат Тіворель (також відповідно до інструкції) – по 2000/4200 мг на 24 години лікування.

В основній групі час відновлення гемодинаміки становив 25 [17:38] годин, а в контрольній – 32.5 [28:48] години. Було проведено порівняння центральних тенденцій двох незалежних вибірок; розрахунок виконаний за допомогою W-критерій Вілкоксону;  $W = 693.5$ ; центральні тенденції відрізняються лише на рівні значимості  $p = 0.001$ . Були розраховані численні порівняння для двох вибірок - ранговий однофакторний аналіз Крускала-Уолліса;  $H = 10.7$ , число ступенів свободи  $k = 1$ ; виявлено різницю лише на рівні значимості  $p = 0.001$ .

У основній групі загальна доза інотропного препарату становила 40 [22:65] мкг/кг, а контрольній - 53 [42:72] мкг/кг. Порівняння центральних тенденцій для двох незалежних вибірок, W-критерій Вілкоксону;  $W = 748.0$ ; центральні тенденції відрізняються лише на рівні значимості  $p = 0.013$ . Численні порівняння для 2 вибірок, ранговий однофакторний аналіз

Крускала-Уолліса;  $N = 6.1$ , число ступенів свободи  $k = 1$ . Виявлено різницю лише на рівні значимості  $p = 0.013$ . Критерій Данна;  $Q = 2.47$ ; відмінність статистично значимої лише на рівні значимості  $p < 0.05$ .

Методи обробки даних також підтвердили статистично значущу відмінність загальної дози інотропного препарату в основній та контрольній групах ( $p < 0.05$ ). Таким чином, введення метаболічної підтримки поєднанням левокарнітину та аргініну суттєво скорочує терміни стабілізації гемодинаміки, знижує медикаментозне навантаження інотропами у пацієнтів з ГЛШН, які перенесли АКШ з ШК. Що, у свою чергу, позитивно позначається на термінах активізації пацієнтів та сприяє якнайшвидшому переведенню з відділення інтенсивної терапії.

*Висновки.* 1. Всебічне та повноцінне інформування пацієнта – потужний інструмент психологічної реабілітації.

2. Аеробні тренування та дихальна фізіотерапія – обов'язкові елементи фізичної реабілітації.

3. Введення поєднання левокарнітину та аргініну у схему лікування ГЛШН після АКШ з ШК, як елемента медикаментозної реабілітації, скорочує терміни стабілізації гемодинаміки, знижує медикаментозне навантаження інотропами. Це сприятливо позначається термінах активізації пацієнтів, скорочує перебування у відділенні інтенсивної терапії.

## **ДО АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ**

*Белікова І.В., Голованова І. А., Ляхова Н. О., Хорош М. В.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Як правило, питання реабілітації набувають своєї актуальності під час війн та після їх закінчення. Так було і після Першої та Другої світових війн. Кожна держава обирає свій шлях. Але, слід розуміти, що система реабілітації має злагоджено працювати в будь які часи за будь яких умов.

У 2009 році Верховна Рада України ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю та Факультативний протокол до неї. З 6 березня

2010 року відповідні договори набрали чинності на території України. Конвенція встановлює міжнародні обов'язки держав-учасниць у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, які передбачають здійснення заходів щодо надання особам з інвалідністю можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного залучення до усіх аспектів життя суспільства шляхом зміцнення та розширення комплексних реабілітаційних послуг та програм. Отже, Україна офіційно взяла на себе усі зобов'язання щодо виконання положень Конвенції.

За Даними ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» показник первинної інвалідності на 10 тисяч усього населення по Україні має тенденції до зниження, так у 2020 році він зменшився та склав 30,9, у попередньому році він складав 35,6. Така тенденція спостерігається у більшості регіонів України. Щодо причин інвалідності у 2020 році, то в Україні спостерігаються такі тенденції: питома вага осіб з інвалідністю внаслідок загального захворювання залишається майже на попередньому рівні та складає 84,5 % (у 2019 році –85,2%. На 10 тисяч населення цей показник у звітному році склав 26,1 проти 30,3 у попередньому році.

Люди, які мають статус особа з інвалідністю, які мають стійкі обмеження життєдіяльності потребують всебічних заходів реабілітації.

В Україні реабілітація в сфері охорони здоров'я ґрунтується на низці нормативних актів таких як Конституція України, Закон України «Основ законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

Під реабілітацією слід розуміти комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем. Тобто, це багатогранний процес відновлення здоров'я людини та реінтеграції його у трудове та соціальне життя.

До осіб, яким має надаватися реабілітаційна допомога, належать: особи з обмеженнями повсякденного функціонування та особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності.

Згідно чинного законодавства, загальними принципами реабілітації є:

- пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;
- цілеспрямованість - організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань;
- своєчасність - реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;
- послідовність - кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;
- безперервність - процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;
- функціональна спрямованість - реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

Реабілітацію слід розглядати як складну, соціально – медичну проблему, яку можна поділити на кілька видів, або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) та соціально – економічну.

Головним завданням медичної реабілітації є повноцінне відновлення функціональних можливостей різних систем організму та опорно-рухового апарату, а також розвиток компенсаторних пристосувань до умов повсякденного життя та праці. До спеціальних завдань реабілітації належать:

- відновлення побутових можливостей хворого, тобто здатності до пересування, самообслуговування та виконання нескладної домашньої роботи;
- відновлення працездатності, тобто втрачених інвалідом професійних навичок шляхом використання та розвитку функціональних можливостей рухового апарату;
- попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, т. е. здійснення заходів вторинної профілактики.

В процесі реабілітації особливого значення набувають складання індивідуального реабілітаційного плану та індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Під індивідуальним реабілітаційним планом розуміємо документ, що розробляється мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі результатів реабілітаційного обстеження особи з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування), що визначає мету та завдання реабілітації та комплекс заходів, необхідних для їх досягнення. Саме план та програма реабілітації складений належним чином є підґрунтям для швидкого відновлення функцій організму та повернення людини до звичайного життя.

У квітні 2022 року ухвалено Національний класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Відтак процес встановлення інвалідності буде відбуватися на основі принципів МКФ, адаптацією якої є національний класифікатор. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я має на меті визначити уніфіковану і стандартизовану мову та схеми опису станів

здоров'я та станів, пов'язаних із здоров'ям. МКФ відійшла від класифікації "наслідків захворювання" та стала класифікацією "компонентів здоров'я". "Компоненти здоров'я" визначають складові здоров'я, в той час як "наслідки" зосереджуються на впливі захворювань або інших станів здоров'я на кінцевий результат.

В останні роки в Україні склалася критична ситуація з низкою медичних спеціальностей, що в першу чергу стосуються медичної реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, мануальної терапії, рефлексотерапії, відновлювальної медицини. На виклик відповіли заклади вищої та передвищої освіти та запропонували ряд освітньо-професійних програм, які мають на меті забезпечити спеціальними та фаховими компетенціями здобувачів освіти. Також, підготовка фахівців відбувається за рахунок участі у міжнародних проектах.

Таким чином, система реабілітації в Україні побудована із врахуванням ратифікованої Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю. Проблема реабілітації загострюється під час війни. В Україні є якісні та кількісні кадрові проблеми, але проблеми вирішуються за рахунок впровадження нових освітньо-професійних програм.

## **REHABILITATION ACTIVITIES FOR TB PATIENTS**

*Krasnova O.I., Pluzhnikova T.V., Kulik A.O., Halaburda A.V.*

Poltava State Medical University, Poltava

Tuberculosis is one of the oldest infectious diseases that affects people of any age and gender, and occupies one of the first places in the world in terms of mortality and disability among the population. According to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, 2021 the number of newly registered TB diseases, including its relapses, was 18,241, which is 4.3% more than in 2020.



In order to avoid tuberculosis, the health system has developed preventive measures, namely the BCG vaccine, which is administered to children as early as the first five days. However, it does not protect against all forms of tuberculosis.

Treatment of patients with pulmonary tuberculosis should be comprehensive, individualized, timely and gradual. Effective treatment ensures the restoration of the health of the patient; maintaining or restoring performance; improvement of the epidemiological situation as a result of the elimination of the source of bacterial excretion and interruption of the infection transmission route. Today, TV is considered as one of the most serious threats to human health on a global scale, as a problem of an emergency nature.

An important problem is that TV suffers from a large number of the able-bodied population, which leads to its disability. Therefore, special rehabilitation programs have been developed for people that help a person at the medical and social level. These are individual programs of medical, social and labor rehabilitation and adaptation at the expense of the state budget, including the Fund for the Social Protection of the Disabled, and local budgets. Medical rehabilitation includes: specific therapy; surgery; hygienically guard mode; psychotherapeutic impact; balanced diet; physiotherapy; sanatorium treatment.

Social rehabilitation includes: occupational therapy and employment.

## **THE ROLE OF THE DENTIST IN THE TREATMENT OF EMERGENCY CONDITIONS IN TREATING YOUNG PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS**

**Kuz I.O., Sheshukova O.V., Maksymenko A.I., Lyakhova N.O.**

Poltava State Medical University (Poltava, Ukraine)

Diabetes mellitus is a disease based on the absolute insulin deficiency in the body, causing metabolic disorders, mainly carbohydrate.

Resistance to infection is sharply weakened in children with poorly controlled or decompensated diabetes mellitus, and slurred healing of wounds. There is a tendency in children with diabetes mellitus to the formation of erosions

and ulcers due to gross microcirculation disorders, gum bleeding. Thus, even outside emergency states, diabetes mellitus is a dental problem worthy of stubborn attention.

Symptoms:

- thirst, polyuria, dry mouth, general weakness, dryness and itching of the skin, decrease in its turgor, pyoderma, periodontal diseases, ulcerative-necrotic processes in the oral cavity (gingivitis, stomatitis);
- hyperglycemia, glucoseuria;
- other symptoms are due to secondary disorders of the function of organs (diseases of the nervous system, nephropathy, angioretinopathy).

Possible complications:

- the development of a diabetic coma because of stress increase the secretion of catecholamines or the purpose of adrenaline as part of solutions of local anesthetics;
- hypoglycemia caused by a reduced amount of carbohydrates during insulin therapy;
- a slow process of wound healing and the development of local infection because of decrease in the phagocytic activity of granulocytes;
- additional risk of related diseases.

Prevention of above-mentioned complications:

- to avoid creating stressful situations in children during treatment (a short time of waiting for admission, the use of adequate pain relief methods);
- to recommend taking the usually used antidiabetic drugs on the day of treatment;
- to recommend the patient not to refrain from eating before dental treatment;
- to conduct dental interventions in children in the morning, 1-2 hours after eating and introducing insulin, it is advisable to prescribe insulin after surgery in order to prevent hyperglycemia;
- it is recommended to use anaesthetic solutions without vasoconstrictor;

- to carry out antibiotic prophylaxis of infections (macrolides of the II generation, II generation penicillin) after dental operations.

Hyperglycemic coma is a complication of diabetes mellitus and may be the result of inadequate insulin therapy or increasing the need for insulin (injury, surgery, intercurrent infectious diseases).

The development of symptoms occurs slowly (from several hours to several days). The child is concerned about the general weakness, increased fatigue, lethargy, drowsiness, noise in the ears, a decrease in appetite, nausea, vague abdominal pain, thirst, and rapid urination. Then, shortness of breath, indomitable thirst. The child is indifferent to what is happening, answers the questions monosyllabic, sluggishly. The skin is dry, rough, dry lips, cracked, sometimes cyanotic. The tongue is raspberry, lined with brownish by plaque, along the edges of tongue there are tooth prints. Gradually, the child flows into a coma, in which consciousness is completely absent. There is noisy deep breathing, which is characterized by a deep breath and a short exhalation, and each breath is preceded by a certain pause (Kussmaul breathing). The pungent smell of acetone is determined in exhausted air. Body temperature is reduced, tendon reflexes disappear, the skin turgor is reduced.

Urgent care:

1. Call the ambulance.
2. Provide venous access, 0.9% sodium chloride solution of 500 ml (at least 1 litre per 1-2 hours). The substituting solutions of dextrane (reopoliglyukin) should not be used for this.

Hypoglycemic coma. It can develop with an overdose insulin, inadequate meal, increased physical activity, other pathological conditions (insulinoma, hypothyroidism, chronic adrenal failure).

The beginning of the attack is rapid, headache, hunger, sweating, pallor of the skin, increased tendon reflexes, tachycardia, trembling, visual impairment (diplopia), aggressive behaviour.

Urgent care:

1. To stop the attack of hypoglycemia, you need to give the patient sweet tea and a bun. Call the ambulance.

2. In the case of loss of consciousness, introduce a 40% solution of glucose (not more than 80–100 ml).

The establishment of an updated diagnosis and, moreover, the choice of methods of diabetes treatment is not the task of a dentist, but monitoring the adequacy of antidiabetic therapy, preventing the decompensation of diabetes mellitus are necessary for the successful treatment of dental diseases.

The final excretion of the child from coma and compensation of diabetes mellitus should be carried out in the conditions of a specialized endocrinological hospital, therefore, in parallel with the beginning of emergency measures in the dental office, it is necessary to call the ambulance.

## **THE ROLE OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN THE CONDITIONS OF A HUMANITARIAN DISASTER**

*Pluzhnikova T.V., Martynenko N.V.*

Poltava State Medical University

For the third month in a row, Ukraine has been resisting Russia's full-scale armed aggression. Throughout the martial law, citizens of all over the world focus their efforts on helping Ukrainians, cooperating with volunteer organizations, supporting the Armed Forces and Ukraine's defense capabilities. However, the importation of humanitarian aid into Ukraine raises many procedural issues, especially for military and/or dual-use item.

The humanitarian catastrophe during the war causes mass human suffering, aggression, social disruption, high mortality and destruction. An effective solution to this problem requires the use of a wide range of emergency resources. Humanitarian disasters are responded to in accordance with the International Committee of the Red Cross (ICRC)/Red Crescent Code, which aims to prevent or alleviate human suffering from disaster or conflict, and the Sphere Humanitarian Charter, which defines the rights of people affected by armed conflict. Territorial

units of the Ukrainian Red Cross have been active since the first days of Russia's full-scale invasion of Ukraine. The Red Cross of Ukraine has become a powerful public organization that provides medical, social, humanitarian and psychological assistance to victims. The International Committee of the Red Cross and Red Cross of Denmark, Italy, Poland, Romania, Germany, Spain, China, Luxembourg, Bulgaria, Andorra, and the Turkish Red Crescent also joined in providing humanitarian assistance to the people of Ukraine.

The Red Cross of Ukraine closely cooperates with state medical bodies. Oleksandr Babenko, Head of the Department of Health and Guardianship of the Red Cross Society of Ukraine, speaking at a press briefing on "Activities of the Red Cross of Ukraine during the war" on April 6, 2022, stressed that the Red Cross of Ukraine synchronizes the activities of its mobile medical teams with public medical authorities and is their partner. In particular, the Red Cross:

- provides strong support to primary health care centers, outpatient clinics;
- family physicians of general therapeutic profile in remote areas with limited access, which are located directly on the front line;
- deploys mobile medical teams, which include professional doctors who have their own transport and everything necessary for primary care. One team can provide on-site care to 20-25 patients. These crews work in remote and most dangerous locations. The mobile medical team of the Red Cross can be called only through the Center of Primary Health Care;
- mobile medical centers in places where there are a large number of evacuees and health workers can not cope alone.

The Rapid Response Units of the Ukrainian Red Cross operate in the most dangerous locations. They are the last to leave the occupied territories. The press briefing said that 367 volunteers work in rapid response teams. In the Kyiv region alone, these units accompanied the evacuation of 66,454 people. The Red Cross of Ukraine is developing mechanisms for the distribution and distribution of humanitarian aid to the population and has already provided 3,000 tons of humanitarian aid.

WHO also works closely with Ukraine's health care system and provides strong support to health professionals and patients. Humanitarian convoys deliver medical supplies for the treatment of injuries, surgical and primary health care, namely: oxygen, insulin, surgical materials, anesthetics and blood transfusion kits (for its collection, testing and safe transfusion), oxygen generators, defibrillators, monitors, rehydration salts, gauze and bandages.

Undoubtedly, all these changes caused by the war have a negative impact on the medical system of Ukraine. However, the Ukrainian health care system is beginning to adapt to new working conditions and provide medical services to the population around the clock, it is effective, operational. Thus, the primary task of the health care system in wartime is to maintain the physical and psychological health of people, although it is not always possible to receive professional medical care.

## ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету	
<b>Вячеслава Ждана</b> .....	3
<b>Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я.</b> Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні.....	5
<b>Балаш О.П.</b> Досвід застосування доступних вправ лікувальної гімнастики в реабілітації військових ЗСУ, хворих на остеохондроз хребта та його ускладнень.....	8
<b>Брич В.В.</b> Інформаційно-комунікаційне забезпечення як елемент зміцнення реабілітаційного компоненту системи охорони здоров'я регіону.....	13
<b>Грейда Н.Б.</b> Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії.....	15
<b>Животовська Л.В., Орлова О.В., Боднар Л.А.</b> Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією .....	18
<b>Ісаков Р.І., Животовська А.І., Бойко Д.І.</b> Вплив стресового навантаження на якість життя пацієнтів з тривожними розладами.....	20
<b>Катеренчук В. І.</b> Шляхи зменшення дезадаптації хворих з цукровим діабетом типу 2, яким вперше було призначено інсулінотерапію під час війни в Україні..	24
<b>Кундій Ж.П., Дворнік В.М., Скрипніков А.М., Васильєва Г.Ю., Куценко Н.П.</b> Особливості взаємозв'язку стресостійкості, особистісних властивостей та особливостей подолання стресу у студентів медичного профілю.....	27
<b>Корчан Н.О., Свінцицька Н.Л., Підлужна С.А, Федорченко І.Л., Каценко А.Л.</b> Застосування комплексу реабілітаційних заходів на різних етапах відновлення військовослужбовців.....	33
<b>Лигун Н. В.; Охріменко І. М.</b> Організаційні засади збереження й відновлення психічного здоров'я працівників органів та підрозділів системи МВС України.....	37
<b>Підлужна С.А., Корчан Н.О., Шерстюк О.О.</b> Реабілітаційна допомога при	

стресових станах.....	42
<b>Полторапавлов В.А.</b> Можливість використання парамедиків в реабілітаційних програмах.....	47
<b>Полторапавлов В.А.</b> Покрокова реабілітація хворих на дифтерійний міокардит.....	50
<b>Похилько В.І., Климач Т.М.</b> Психологічна підтримка як складник комплексної допомоги ВПО під час повномасштабної війни в Україні, розв'язаної російською федерацією.....	56
<b>Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Лохматова Н.М., Попело Ю.В., Білоконь С.О., Коротич Н.М.</b> Запобігання розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у дітей після радикальної ураностафілопластики ...	59
<b>Харченко Н.В., Костріков А.В.</b> Міжнародні, регіональні та національні розробки розвитку реабілітації.....	60
<b>Черній Т.В., Черній В.І, Куриленко Я.В.</b> Комплексна реабілітація кардіохірургічних хворих з гострою лівошлуночковою недостатністю, які перенесли аортокоронарне шунтування з штучним кровообігом.....	64
<b>Белікова І.В., Голованова І. А., Ляхова Н. О., Хорош М. В.</b> До актуальних питань медичної реабілітації в Україні.....	68
<b>Krasnova O.I., Pluzhnikova T.V., Kulik A.O., Halaburda A.V.</b> Rehabilitation activities for tb patients.....	72
<b>Kuz I.O., Sheshukova O.V., Maksymenko A.I., Lyakhova N.A.</b> The role of the dentist in the treatment of emergency conditions in treating young patients with Type 1 diabetes mellitus.....	73
<b>Pluzhnikova T.V., Martynenko N.V.</b> The role of the public health system in the conditions of a humanitarian disaster.....	76
Зміст.....	79