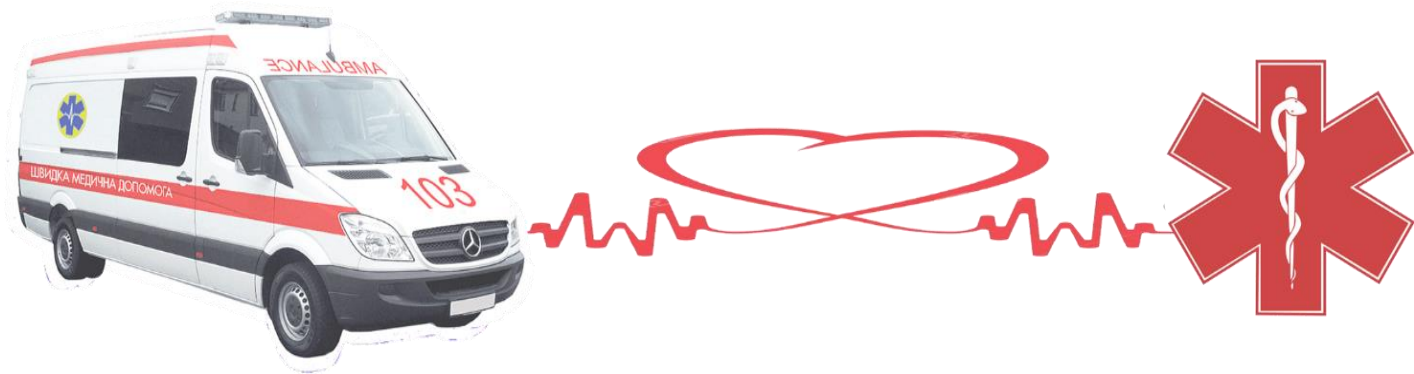


**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
23 лютого 2024 року**



**ПОЛТАВА
2024**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

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

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2024; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 186 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2024

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



Вельмишановні гості, учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» від імені колективу Полтавського державного медичного університету.

Виклики сьогодення, пов'язані з воєнною агресією російської федерації проти України, багато в чому визначають тематику заходу. Численні виступи та публікації науковців і практичних лікарів присвячені питанням тактичної медицини, екстреної допомоги в умовах бойових дій, діяльності системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні під час ліквідації наслідків обстрілів тощо. Трагічні події в нашій країні дають нові виклики системі охорони здоров'я, в тому числі і системі екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, яка є невід'ємною її складовою, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, особливо актуальними та важливими.

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі.

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**

**Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора
Ірини Голованової**



Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Проведення науково-практичної конференції дає можливість обговорити актуальні питання організації та управління системи охорони здоров'я, розглянути шляхи оптимізації та ознайомитися з досвідом інших країн. Незаперечним є необхідність наукового супроводу у вирішенні питань організації охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

**З повагою та найкращими побажаннями.
Завідувач кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою,
д.мед.н. професор Ірина Голованова**

**Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща),
видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service»,
док. н. гум. Анни Лучинської**



Dear Colleagues!

The importance of a continuous exchange of information, experiences, research and observations in the field of public health is nowadays crucial for solving the problems resulting from population ageing resulting in higher systemic costs, health hazards due to environmental changes and the increasing demand for new diagnostic and therapeutic tools.

Against this background, scientists face important research challenges in providing medical care to the population, so I want to thank the organizers of the conference for the opportunity to cover such scientific works in the journal *Wiadomości Lekarskie*.

**With the hope for further fruitful cooperation,
Director of the publishing house ALUNA (Poland)
Publishing Director of the Scientific
Journal *Wiadomości Lekarskie* Anna Łuczyńska**

**ДІАГНОСТИКА ЖИТТЄНЕБЕЗПЕЧНИХ
КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ СИНДРОМІВ
ЯК ПРИЧИНИ РАПТОВОЇ СМЕРТІ**

(лекція)

*Катеренчук І.П., доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри внутрішньої медицини №2*

Полтавського державного медичного університету, Полтава, Україна

Раптова смерть (РС) - це смерть, що настала на тлі повного здоров'я за відсутності попередніх проявів будь-яких захворювань у людей, які були до цього моменту у фізіологічно та психологічно стабільному стані (виключають випадки отруєння, насильницької смерті, самогубства, екологічні та техногенні катастрофи). За даними ВООЗ (2009) 13% летальних наслідків відноситься до рубрики РС.

У понад 80% випадків причиною РС є зупинка серцевої діяльності або кровообігу (раптова серцева смерть (РСС)).

Механізмами РСС є:

- у 65-85% випадків – фібриляція шлуночків;
- у 7-10% – шлуночкова тахікардія;
- у 20-30% – електромеханічна дисоціація.

Етіологічними факторами РСС визначені наступні захворювання і стани :

- ІХС;
- емболія коронарних артерій;
- гіпертрофія міокарда лівого шлуночка та гіпертрофічна кардіоміопатія;
- первинна або вторинна легенева гіпертензія;
- серцева недостатність;
- міокардити;
- клапанні набуті та вроджені вади серця;
- електрофізіологічні порушення у серці;

- електрична нестабільність серця у зв'язку з нейрогормональними та центральними нервовими факторами;
- гостра тампонада серця;
- гострий внутрішньосерцевий тромбоз;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- токсичні та метаболічні порушення.

До **чинників ризику** раптової смерті віднесені:

- вік;
- чоловіча стать;
- значні фізичні навантаження;
- морфологічні зміни в серці (атеросклероз коронарних артерій з тромбозом та/або розривом бляшок, гіпертрофія міокарда ЛШ);
- інші фактори ризику – артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, порушена толерантність до вуглеводів, куріння, надмірна маса тіла, серцева недостатність, шлуночкова тахікардія;
- наявність в анамнезі інфаркту міокарда та його тяжкість.

Однак, одночасно з значною кількістю різноманітних причин, наявні менш відомі життєнебезпечні клініко-електрокардіографічні синдроми, які можуть бути причиною раптової смерті значного числа пацієнтів. А розуміння особливостей діагностики може допомогти уникнути негативних наслідків, призначити своєчасну допомогу та забезпечити життя і благополуччя пацієнтів. Нижче ми наводимо особливості таких синдромів.

Синдром Бругада (СБ) - або синдром раптової смерті, що виникає внаслідок поліморфної шлуночкової тахікардії або фібриляції.

Вперше цей клініко-електрокардіографічний синдром у 1992 році описали іспанські кардіологи, брати Педро та Дджозеф Бругада, як такий, що поєднує часті сімейні випадки синкопальних станів або раптової смерті внаслідок поліморфної шлуночкової тахікардії з наявною реєстрацією специфічного електрокардіографічного патерну.



Синдром переважно маніфестує у віці 30-40 років, хоча вперше цей синдром був описаний у трирічної дівчинки, яка мала часті епізоди втрати свідомості і згодом раптово загинула, незважаючи на активну антиаритмічну терапію та імплантацію кардіостимулятора.

Клінічна картина захворювання характеризується частим виникненням синкопе на фоні нападів шлуночкової тахікардії та раптовою смертю, переважно уві сні, а також відсутністю ознак органічного ураження міокарда при аутопсії.

Головними симптомами захворювання визнаються синкопальні стани, тобто, короткочасна втрата свідомості та знижений тонус м'язів; та раптова серцева смерть. Більшість хворих, які перенесли раптову серцеву смерть з успішною реанімацією були схильні до нападів синкопального характеру.

Пристипи при синкопальному стані не обов'язково супроводжуються непритомністю. Поширені випадки різкого виникнення слабкості, запаморочення, серцебиття та помітних перебоїв у роботі серця.

Клінічна картина синдрому Бругада передбачає наявність шлуночкової тахікардії, яка частіше спостерігається у чоловіків віком до 38 років.

Поява і прояви захворювання в основному розвиваються у період відпочинку або сну, коли частота скорочень серця значно знижується. Спровокувати появу синдрому Бругада може також вживання алкоголю.

Типовими електрокардіографічними критеріями синдрому Бругада вважаються:

- елевація сегмента ST у правих грудних відведеннях (V1–V3), що часто завершується негативним зубцем T, що супроводжується або не супроводжується блокадою правої ніжки пучка Гіса (БПНПГ);
- періодичне подовження інтервалу PR;
- пароксизми поліморфної ШТ.

Основними електрокардіографічними проявами СБ є «склепчаста» та «сідлоподібна» форми елевації сегмента ST (рис.1):

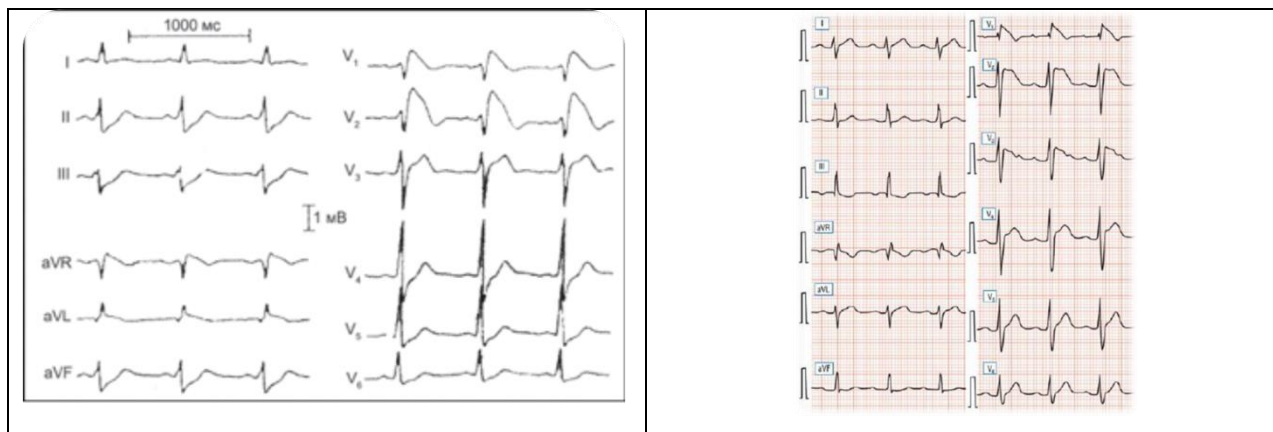


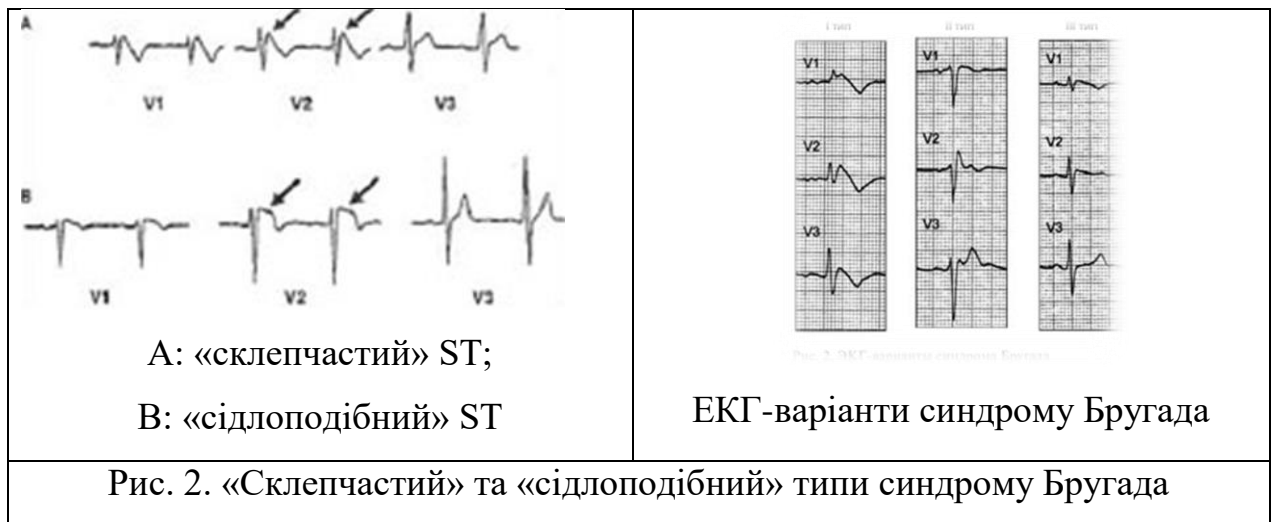
Рис 1. Класичні ознаки синдрому Бругада: Блокада правої ніжки і підйом сегмента ST типу «склеп» у відведенняхі V1-V2

Залежно від зазначених форм елевації сегмента ST виділяють 3 типи СБ, ЕКГ- характеристики яких представлені в таблиці 1.

Табл.1 Електрокардіографічна характеристика різних типів синдрому Бругада

ЕКГ-зміни	Тип 1	Тип 2	Тип 3
Точка (хвиля) J	>2 мм	>2 мм	>2 мм
Зубець T	Негативний (-)	+ або +/-	+
Тип ST-T сегмента	склепчастий	сідлоподібний	Сідлоподібний
Кінцева частина ST	Постійно негативна	+>1 мм	Підйом <1 мм

«Склепчастий» та «сідлоподібний» тип ЕКГ відображені на рисунку 2.



Діагностика. Важливу роль у діагностиці СБ відіграє фармакологічна проба з блокаторами натрієвих каналів (антиаритмічними препаратами 1-го класу), яка показана, насамперед, безсимптомним пацієнтам з 2-м та 3-м типом ЕКГ («сідлоподібними» змінами), а також членам сім'ї пацієнта із СБ.

Синдром ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) - це ідіопатичний електрокардіографічний феномен, що характеризується наявністю J-хвилі на низхідній частині комплексу QRS та псевдокоронарним підйомом сегмента ST вище ізоелектричної лінії переважно у лівих серцевих відведеннях.

Причини розвитку. Точні причини СРРШ на сьогоднішній день не встановлені. Однак виділено низку факторів, які сприяють виникненню синдрому реполяризації:

- прийом деяких медикаментів, наприклад, α_2 -адреноміметиків (клонідин);
- сімейна гіперліпідемія (підвищений вміст жирів у крові);
- дисплазія сполучної тканини (у осіб із СРРШ найчастіше виявляють її симптоми: гіперрухливість суглобів, «павучі» пальці, пролапс мітрального клапана);
- гіпертрофічні кардіоміопатії;

Вважається, що цей синдром є проявом аномалії передсердно-шлуночкового проведення з функціонуванням додаткових атріовентрикулярних антеградних або паранодальних шляхів.

Дослідники вважають, що зазубрина на низхідному коліні комплексу QRS є відстроченою дельта-хвилею. Як доказ наявності додаткового шляху

проведення як причини СРРШ наводяться дані про одночасне скорочення інтервалу P-Q у таких пацієнтів.

Класифікація. СРРШ поділяють за ступенем його виразності, за основу брали загальну кількість відведень, у яких виявляються ознаки СРРШ. За цією класифікацією всі особи з СРРШ поділяються на три класи. Виразність синдрому визначається загальною кількістю відведень, у яких виявляють ці ознаки:

- I клас - з мінімальними ЕКГ-проявами синдрому (зміни, характерні для СРРШ, виявляють у 2-3 ЕКГ-відведеннях);
- II клас – з помірними проявами (у 4-5 відведеннях);
- III – з максимальними проявами (у 6 та більше відведеннях).

ЕКГ ознаки:

- поширена опукла елевація сегмента ST, найбільш виражена у середніх та лівих грудних відведеннях (V2-V5);
- зазубреність чи змазаність точки J;
- злегка асиметричні зубці T, які є конкордантними з комплексами QRS.
- ступінь елевації сегмента ST не виразний порівняно з амплітудою зубців T (менше 25 % від T висота хвиль у V6);
- підйом сегмента ST, як правило, < 2 мм у грудних відведеннях та < 0,5 мм у відведеннях від кінцівок, хоча в деяких випадках підйом у грудних відведеннях може досягати 5 мм.
- відсутня реципрокна депресія ST, яка передбачає наявність інфаркта міокарда з підйомом сегмента ST; (Рисунок 3)

Морфологія сегмента ST/зубця T

Сегмент ST-T має характерний вигляд:

- підйом точки J;
- зубці T загострені та злегка асиметричні;
- сегмент ST і висхідна гілка зубця T мають увігнуту форму;
- нисхідна гілка зубця T більш пряма і крутіша, ніж висхідне коліно;
- увігнутість сегмента ST описується як "смайлик".

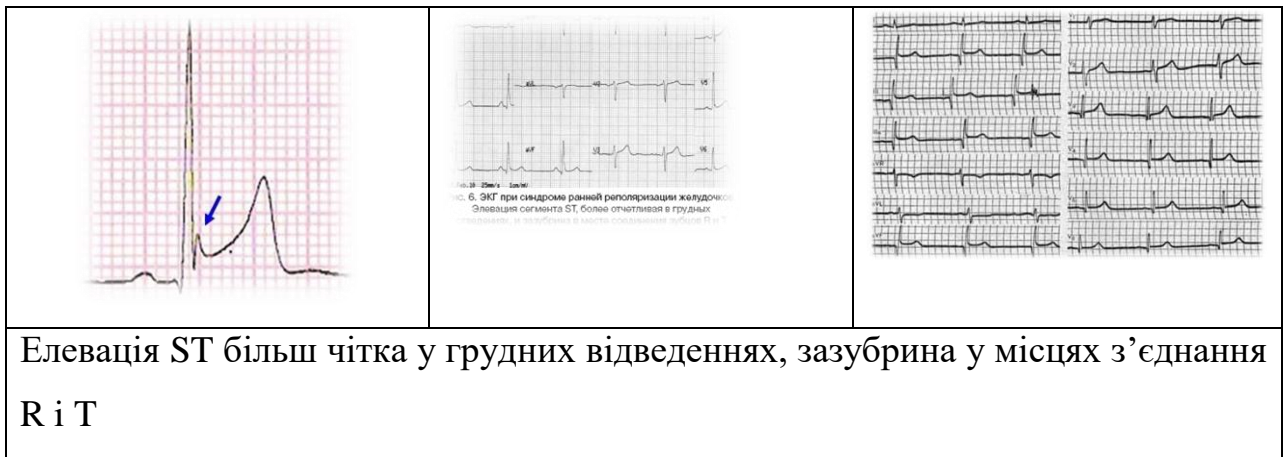


Рис. 3. Електрокардіографічні зміни у пацієнтів з СРРШ

З діагностичної точки зору важливо враховувати:

- якщо пацієнт віком від 50 років і є фактори ризику ІХС - у першу чергу слід думати про інфаркт міокарда, а не про СРРШ.
- якщо хвиля J та елевація ST сильно виражені, особливо у правошлуночкових відведеннях, - це може бути не СРРШ, а один з небезпечних проаритмогенних "синдромів з хвилею J".
- порахуйте співвідношення ST/T у відведенні V6: значення більше 0,25 свідчить на користь перикардиту, менше 0,25 – на користь СРРШ.
- при найменших сумнівах віддайте перевагу більш агресивній тактиці ведення пацієнта: повторюйте ЕКГ, необхідно повторити тропоніновий тест, провести УЗД серця з визначенням кінезу сегментів МШП.

Синдром CLC. Синдром CLC (Клерка – Леві – Крістеско) обумовлений наявністю додаткового аномального шляху проведення електричного імпульсу (пучка Джеймса) між передсерддями та пучком Гіса. Іноді цей синдром називають синдромом LGL (Лауна - Ганонга - Левін).

Етіологія. Синдром CLC – вроджене захворювання. Точна причина невідома. Можна лише припускати, що вона пов'язана із шкідливим впливом на плід у той момент вагітності, коли закладається серце та його провідні шляхи. Не виключена і генетична причина - «поломка» певного гена, що відповідає за розвиток внутрішньосерцевих провідних шляхів.

Синдром CLC також може бути викликаний ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, інфарктом міокарда, ревматизмом, гіперфункцією

щитовидної залози, гіповітамінозом В та іншими станами, що впливають на нервові клітини та кровопостачання серця.

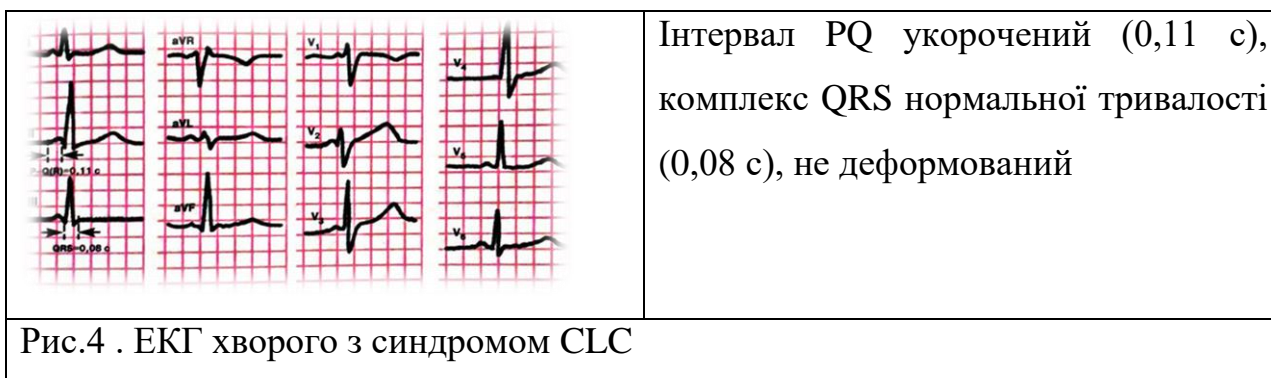
Слід враховувати, що для хворих із синдромами WPW та CLC характерні напади пароксизмальних тахіаритмій, які зазвичай відсутні при ізольованому укороченні інтервалу PQ. Теоретично будь-який вид порушення функції атріовентрикулярного вузла, що в нормі здійснює затримку проведення збудження до шлуночків, призводить до скорочення інтервалу PQ. Також слід враховувати, що для хворих із синдромами WPW та CLC характерні напади пароксизмальних тахіаритмій, які зазвичай відсутні при ізольованому укороченні інтервалу PQ.

Теоретично будь-який вид порушення функції атріовентрикулярного вузла, що в нормі здійснює затримку проведення збудження до шлуночків, призводить до скорочення інтервалу PQ.

Механізм. Додатковий пучок Джеймса як би шунтує АВ - вузол, тому хвиля збудження, минаючи останній, швидко, без нормальної фізіологічної затримки, поширюється шлуночками і викликає їх прискорену активацію.

ЕКГ ознаки:

1. Укорочення інтервалу P - Q R, тривалість якого не перевищує 0,11 сек;
2. Відсутність у складі комплексу QRS додаткової хвилі збудження – Д – хвилі;
3. Наявність незмінених (вузьких) та недеформованих комплексу QRS (за винятком випадків блокади ніжок та гілок пучка Гіса).



Синдром подовженого інтервалу QT. Спадковий синдром подовженого інтервалу QT (ССПІQT), в англійській літературі — Long QT syndrome —

LQTS або LQT) є найчастішим і найбільш вивченим з даних захворювань, що проявляється подовженням інтервалу QT на ЕКГ (за відсутності інших причин, що викликають цю зміну) та рецидиву; пресинкопальними станами внаслідок пароксизмів TdP, а також випадками раптової серцево-судинної смерті.

Існує два найбільш вивчені механізми аритмій при синдромі подовженого Q-T інтервалу:

- перший – внутрішньосерцеві порушення реполяризації міокарда, а саме підвищена чутливість міокарда до аритмогенного ефекту адреналіну, норадреналіну та інших синтетичних адреноміметиків. Так, наприклад, добре відомий факт подовження Q-T при гострій ішемії міокарда та інфаркті міокарда;
- другий патофізіологічний механізм – дисбаланс симпатичної іннервації (зниження правосторонньої симпатичної іннервації внаслідок слабкості або недорозвинення правого зірчастого ганглію) та інші генетичні аномалії, особливо на тлі вродженої глухоти.

Критерії:

- *електрокардіографічні критерії:*

- $mQTc > 480$ мс;
- QTc 460-470 мс;
- QTc 450-459 мс (у чоловіків);
- зареєстрована тахікардія типу «пірует»;
- альтерація хвилі T;
- наявність зазубреної хвилі T у відведенні III;
- частота серцевих скорочень нижче відповідаючої віку хворого.

Клінічні прояви захворювання:

- запаморочення спровоковані фізичним навантаженням або емоційним стресом;
- втрата свідомості у спокої;
- вроджена глухота.

Сімейний анамнез:

- наявність діагностованого синдрому подовженого інтервалу QT у члена сім'ї хворого;
- раптова смерть у сім'ї хворого у віці молодше 30 років.

Зміни ЕКГ при різних типах спадкового синдрому подовженого інтервалу QT (Рисунок 5 і 6):

(А) - широка гладка хвиля Т при СПІQT1;

(Б) - двофазна Т-хвиля при СПІQT2;

(В) - низькоамплітудна та укорочена Т-хвиля з подовженим, горизонтальним ST-сегментом при СПІQT3.

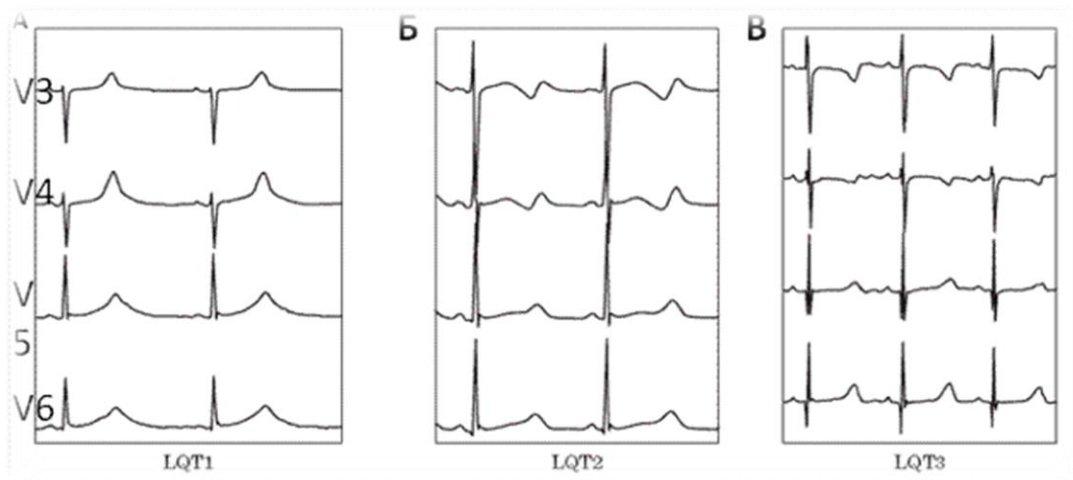


Рис. 5. Зміни ЕКГ при різних типах спадкового синдрому подовженого інтервалу QT

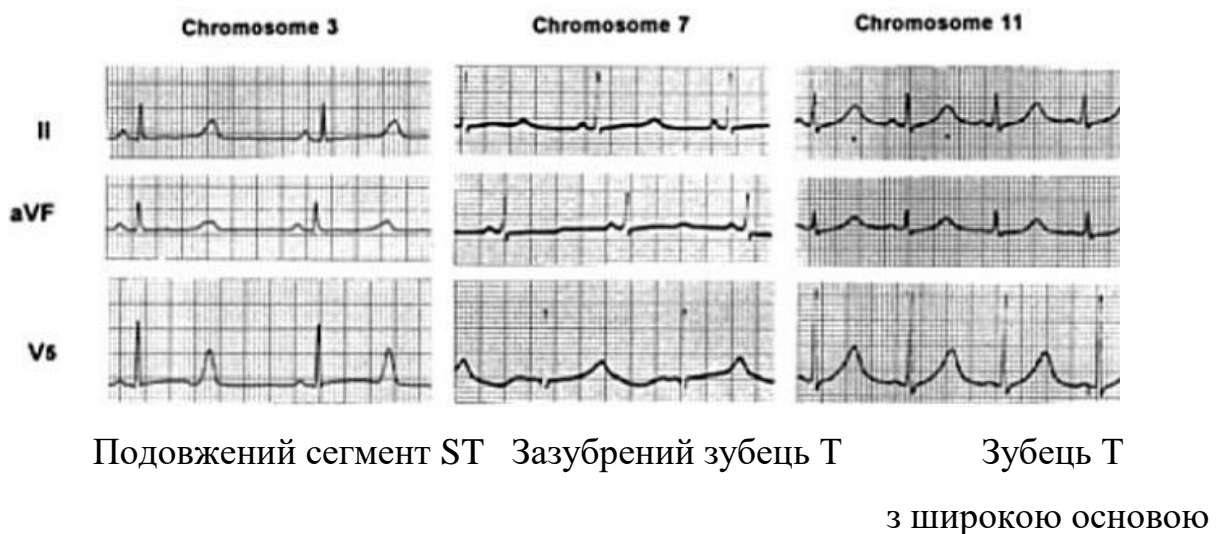


Рис. 6 Різні типи подовження QT при СПІQT.

Морфологія сегмента QT і зубця T може відрізнитись при різних генетичних варіантах синдрому QT, незважаючи на те, що можливі суттєві індивідуальні коливання.

Своєчасна діагностика клініко-електрокардіографічних синдромів, особливо у пацієнтів молодого віку, є досить важливою складовою як у практиці сімейного лікаря, так і лікаря-кардіолога та лікаря медицини надзвичайних станів.

Діагностичний пошук передбачає ретельний аналіз скарг, зокрема обставин виникнення нападів синкопе. У пацієнтів із високою імовірністю небезпечних для життя шлуночкових аритмій показане застосування додаткових методів візуалізації серця (ехокардіографії, за необхідності – магнітно-резонансної візуалізації), навантажувального тесту, в окремих випадках – електрофізіологічного дослідження.

З іншого боку, надто важливим є детальне вивчення сімейного анамнезу, особливо за наявності у близьких родичів випадків РСС у молодому віці.

І особливо важливим є пошук на ЕКГ ознак, які асоціюються з підвищеним ризиком РСС (подовженого або вкороченого коригованого інтервалу QT, змін комплексу QRS, характерних для синдрому Бругада та інших).

У нинішніх умовах найбільш ефективним засобом первинної та вторинної профілактики РСС є імплантація кардіовертера-дефібрилятора. В окремих ситуаціях корисним може бути додаткове застосування антиаритмічних препаратів, передусім аміодарону, соталолу і β -адреноблокаторів. Перспективи верифікації діагнозу спадкових аритмічних синдромів значною мірою залежать від доступності сучасних медичних технологій, зокрема, можливості проведення генетичних досліджень.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОХОДЖЕННЯ ВІЙСЬКОВО -
ЛІКАРСЬКОЇ КОМІСІЇ: ОГЛЯД МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ТА
ВИКЛИКІВ В УКРАЇНІ**

*Ждан В. М.¹, Лисак В. П.², Голованова І. А.¹, Подвін А.М.¹,
Харченко Н. В.¹, Ляхова Н. О.¹*

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

²Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної
адміністрації, Полтава, Україна

З початком повномасштабного вторгнення на територію України актуальність питання щодо проходження військово-лікарської комісії, окреслення вдосконалення її механізмів, прозорості процесів та підходів до визначення придатності/непридатності до військової служби стало важливим медико-суспільним завданням, яке б відповідало сучасним викликам сьогодення.

Проведення призову громадян на строкову військову службу за станом здоров'я, прийняття громадян на військову службу за контрактом, проведення медичного огляду військовослужбовців, військовозобов'язаних, резервістів для визначення ступеня придатності до військової служби встановлено у наказі Міністерства Оборони України №402 від 14.08.2008 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України».

Окреслені у наказі принципи і підходи до визначення придатності суттєво відрізняються від підходів, окреслених в міжнародних нормативних документах.

Так, процес встановлення придатності військовослужбовців в США суттєво відрізняється від українського підходу. В США існує окремий рейтинг «військової» інвалідності та оцінки втрати працездатності для військових (VASRD). Також є окрема комісія РЕВ, в обов'язки якої входить

не лише визначення обмежень за медичними показниками, але і оцінка загального фізичного та психоемоційного стану військового за групою показників та результатів медичної комісії МЕВ. Медичний підхід до оцінки для діючих військових визначається з використанням різних систем та методів. Загальна медична оцінка стану в процесі МЕВ використовує систему PULHES (P-фізична витривалість, U-верхня частина тіла, L-нижня частина тіла, H-слух, E-зір, S-психіатричний стан), яка дозволяє комплексно оцінити стан військового, з урахуванням як фізичних обмежень та медичних показників, так і психічного стану військового, з одночасним урахуванням всіх діагнозів та хвороб в єдину оцінку.

Важливою перевагою визначення придатності до військової служби в Великобританії є гармонізація процедур комісії з медичного огляду та забезпечення єдиного процесу звітності. Звіти комісій з медичного огляду використовуються різними організаціями, що не входять до Міністерства оборони. У Збройних Силах Великобританії використовується система медичної класифікації PULHNEEMS (P-фізичний і психічний розвиток людини, U-верхня частина тіла, L-нижня частина тіла, HH-слух, EE-зір, M-розумові здібності, S-емоційна стабільність, здатність особистості протистояти психологічному стресу військового життя). Після оцінки кожного з показників вся інформація відображається в спеціальній таблиці, що дозволяє комплексно оцінити загальний стан кандидата.

Підхід системи оцінювання придатності військовослужбовців в Польщі в цілому схожий на український. Військово-лікарська комісія приймає рішення на підставі направлення, виданого уповноваженим органом управління. Головною відмінністю підходів до оцінки стану здоров'я є уніфікація підходу до визначення придатності з використанням точних діагнозів по Міжнародному класифікатору хвороб МКХ-10, даючи можливість уніфікувати код діагнозу, як для цивільних лікарень, так і для військово-лікарської комісії, одночасно зменшуючи ризики отримання неправильного висновку.

Розглянувши підходи до визначення придатності в США, Великобританії, та Польщі, можна виділити, що всі країни при визначенні медичної придатності до військової служби зазвичай використовуються міжнародні класифікатори хвороб та функціональних обмежень, такі як МКХ-10 або МКХ-11), які використовуються в більшості країн світу. Крім медичного підходу, важливими аспектами є перевірка психологічного стану та когнітивних здібностей, який включає оцінку психологічної стійкості, особливостей особистості, мотивації до служби, а також професійних здібностей та навичок. При цьому здійснюється оцінка здатності військовослужбовця до ефективного виконання військових завдань, а також до взаємодії з іншими військовослужбовцями та вищим командуванням.

Станом на сьогодні в Україні ухвалено зміни до законів "Основи законодавства України про охорону здоров'я" та "Статуту внутрішньої Служби Збройних Сил України", які унормували можливість створення ВЛК при цивільних (державних і комунальних) закладах охорони здоров'я. Окрім того для впорядкування фінансування впроваджено новий пакет медичних послуг у рамках Програми медичних гарантій для проведення безоплатних медичних оглядів військовозобов'язаних.

Таким чином, запровадивши окремі процеси для визначення придатності, такі як можливість адаптації та запровадження класифікаторів PULHES (США) або його розширеної версії PULHHEEMS (Великобританія); впровадження окремих процесів, які враховують медичний стан здоров'я, визначення реальної фізичної оцінки з врахуванням стану ментального здоров'я, характеристики всіх супутніх хвороб та їхній вплив на стан здоров'я з часом (як наприклад реалізовано МЕВ та ІРЕВ у США); запровадження окремо визначеної процедури оскарження рішень військово-лікарської комісії в досудовому порядку. Це надасть можливість реалізувати сучасні виклики, які постали перед нашою країною й потребують постійного вдосконалення правових механізмів та формування прозорості процесів як надійного майбутнього нашої держави.

Список літератури:

1. Наказ від 14.08.2008 № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України»: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>
2. Система визначення придатності до служби. Огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні / Л. Галан, Є. Лисенко, Л. Носков — Київ, 2023
3. Army Regulation 600-9. The Army Body Composition Program. Headquarters Department of the Army Washington, DC, 2019 https://doi.org/https://armypubs.army.mil/epubs/DRpubs/DR_a/pdf/web/ARN7779_AR600-9_FINAL.pdf.
4. PULHEEMX Administrative Pamphlet f10 (PAP 10). 2010. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachmnte_data/
5. KATEGORIE ZDOLNOŚCI DO CZYNNEJ SŁUŻBY WOJSKOWEJ. https://www.stawiguda.pl/userfiles/OC/sprawy%20Mwojskowe/kategorie_z_dolnosci_do_czynnej_sluzby_wojskowej.pdf
6. "МОЗ: Затверджено національні класифікатори хвороб та інтервенцій" Міністерство охорони здоров'я України, 28 грудня 2019 року, www.kmu.gov.ua/news/moz-zatverdzheno-nacionalni-klasifikatori-hvorob-ta-intervencij.
7. Аналіз системи соціального захисту ветеранів та військовослужбовців. ГО «Юридична сотня», 2022. <https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022-Bila-kniga.pdf>

ПАНІЧНА АТАКА, ЯК НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН В КОНТЕКСТІ ТРИВОЖНИХ ТА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Гринь К.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Збереження психічного здоров'я населення України на сьогодні стає дедалі актуальнішим питанням, яке обговорюється на різних рівнях організації та надання медичної допомоги. До роботи з ментальною сферою долучаються сімейні лікарі, робітники соціальної сфери, психологи, створюються центри ментального здоров'я, тощо.

Панічний розлад, найяскравішим клінічним проявом якого є панічна атака, – найбільш розповсюджена категорія тривожних розладів. Рівень поширення панічного розладу в загальнолюдській популяції сягає 2,1–4,7 % [1]. Якщо висвітлити ці дані в абсолютних цифрах, в нагоді стали статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, за даними якої близько 264 мільйонів людей у всьому світі страждають на панічні розлади [2].

В українській популяції відсотковий показник поширення панічного розладу, ймовірно, буде перевищувати загальнопопуляційний, зважаючи на продовження воєнних дій та перебування населення у затяжному стресовому стані [3, 4, 5].

Мета даної роботи: висвітлити клінічні аспекти панічного розладу та панічної атаки, терапевтичні засади надання невідкладної допомоги при панічних атаках.

Панічний розлад, як нозологічна категорія вперше з'явився в 1980 році в третьому виданні «Діагностичного і статистичного керівництва з психіатрії (DSM-III). В рубриці «Класичний тривожний невроз» з'явилося дві окремі нозології, в саме: генералізований тривожний розлад та панічний розлад, диференціація між якими полягала у наявності чи відсутності особливих станів у пацієнта – панічних атак [6]. Натепер панічний розлад обґрунтовано посідає окреме місце серед тривожних розладів, як клінічне явище. Процес

виокремлення панічного розладу базується на численних епідеміологічних, феноменологічних, біологічних, генетичних та терапевтичних дослідженнях, за допомогою яких було встановлено, що панічний розлад має чіткі клінічні відмінності від інших тривожних та афективних розладів. Однак етіологія панічного розладу до сьогодні залишається невстановленою, а діагностичні критерії є суто клінічними.

Чіткі причини панічних атак досі не з'ясовані. Вчені продовжують вивчати на нейронному рівні, які структури головного мозку відповідають за розвиток паніки. Встановлено, що ураження скроневих ділянок мозку та лімбічної системи провокує зниження страху та агресії. Стимуляція цих зон, навпаки, викликає розвиток тривожної та фобічної симптоматики [7].

Існують кілька гіпотез пояснення генезу панічних атак, а саме:

1. Катехоламінова, яка пояснює напади паніки підвищеним рівнем в крові біологічно активних речовин, які продукуються наднирниками – катехоламінів. Ці речовини викликають звуження судинної стінки, збільшення частоти пульсу, стимулюють нервову систему. Під час панічної атаки рівень катехоламінів підвищується не тільки в крові, а й в мозку, сечі.

2. Генетична гіпотеза, з точки зору якої існує спадкова схильність до підвищеної збудливості нервової системи та типу психічного реагування. Згідно статистичних відомостей, кожна п'ята людина, яка страждає на панічні атаки, має рідних, які також страждають від панічних атак. Серед близьких родичів панічні атаки зустрічаються в 20% випадків. Близнюковий метод фіксує, що у випадку, якщо один з близнюків страждає на тривожний розлад, то в 60% випадків другий близнюк матиме ту ж психічну патологію.

3. Згідно психоаналітичної теорії причинним ядром панічних атак є внутрішньоособистісний конфлікт, тобто внутрішньопсихічна індивідуальна неузгодженість людини, глибока незадоволеність собою. Думки про власну неповноцінність, емоційне перенапруження призводить до психофізичного виснаження, викликаючи емоційні проблеми, зокрема тривожні розлади, виразним клінічним проявом яких є панічні атаки. Також, деякі

психоаналітики вважають, що напади паніки можуть провокуватися конфліктними ситуаціями.

4. Згідно поведінкової теорії панічні атаки спровоковані зовнішніми причинами, а також власними фобіями, нав'язливими думками та переживаннями.

5. Прибічники когнітивної теорії стверджують, що гіперболізація власних соматичних відчуттів призводить до стресу, тривоги та паніки. Наприклад, прискорене серцебиття може сприйматися як загроза смерті. У випадку, якщо людина, перебільшуючи власні відчуття, сприймає тахікардію, як критичний стан, то помилкова фіксація такого стану призводить до виникнення панічних атак [8].

Розглядаючи клінічні особливості, можна сформулювати, що власне панічний розлад – це стан, який характеризується повторними панічними атаками, які не обмежені конкретними стимулами чи ситуаціями. Панічний розлад характеризується постійною заклопотаністю та страхом перед повторенням панічної атаки, обговоренням цих станів та тривожних передчуттів, які, в свою чергу, стають тригерами для розвитку панічних атак. Це призводить до погіршення стану не тільки психічного, а й фізичного здоров'я, впливає на сферу особистих, сімейних стосунків, професійне функціонування.

Панічна атака – це окремий епізод, напад інтенсивного страху, тривожного передчуття зі стрімким початком та розвитком симптоматики, що досягає свого піку впродовж 10 хвилин, супроводжується характерними соматичними проявами, зокрема: прискорене серцебиття, біль у грудях, відчуття нестачі повітря чи утруднене дихання, запаморочення, тремор тіла, пітливість, почервоніння шкіри, неприємні відчуття в животі, оніміння чи поколювання тіла тощо.

Серед поширених супутніх психічних симптомів найчастіше наявні фобічні прояви зі страхом смерті, втрата контролю над собою, може бути дереалізація (порушення сприйняття, при якому навколишній світ

сприймається як нереальний або віддалений, позбавлений своїх фарб та при якому можуть відбуватися порушення пам'яті) чи деперсоналізація (стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого «я», втрата зв'язку з власною особистісною ідентичністю).

Клініцисти різних спеціальностей можуть зустрічатися в своїй практиці з панічними атаками. Даний розлад не є виключно справою психіатрів. Останнім часом лікарі-інтерністи все частіше зустрічаються з психосоматичними та соматопсихічними розладами, одним із проявів яких можуть бути тривожні розлади та панічні атаки. Безсумнівно, частіше панічні атаки турбують пацієнтів з емоційними недугами, але не виключені в будь-якого «терапевтичного» чи «хірургічного» пацієнта та на первинній ланці. Для встановлення діагнозу панічного розладу слід ретельно зібрати анамнестичні дані та переконатися, що панічні атаки є повторюваними, деякі з них – раптовими, без передвісників та зумовленістю чіткими зовнішніми ситуаціями [9].

В МКХ-10 панічну атаку не виділяють у окрему рубрику, даний сан розглядається в межах F41 Інші тривожні розлади, F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривожність). В МКХ-11, яка набула чинності з 1 січня 2022 року після погодження з усіма країнами Всесвітньої організації охорони здоров'я та містить найбільш повний і систематизований перелік відомих та визнаних доказовою медициною хвороб і станів панічна атака (напад паніки) MB23.H, як єдиний епізод міститься в рубриці MB23 Симптоми і ознаки, пов'язані з зовнішнім виглядом та поведінкою. В цій класифікаційній категорії визначення та симптоматика панічної атаки визначені аналогічно міжнародної класифікації 10 перегляду. Серед етіологічних чинників зазначається зв'язок з певними ситуаціями або вони можуть виникати неочікувано [10].

На прийом до психіатра потрапляє незначна кількість пацієнтів з панічними атаками, переважна більшість пацієнтів продовжує спостерігатися у лікарів різних спеціальностей, в той час, як їхній психічний стан

погіршується і емоційний стан в значній мірі впливає на якість життя. Важливим аспектом емоційних, а саме панічних розладів є зв'язок з підвищеним ризиком появи суїцидальних думок, алкоголізації тощо.

Основні стратегії лікування панічного розладу полягають у психотерапевтичних та фармакотерапевтичних втручаннях. Психологічні інтервенції складаються з курсів когнітивно-поведінкової терапії, навчання принципам психологічної саморегуляції, дихальних вправ. Доведено, що при психосоматичних розладах, коморбідних з гіпертонічною хворобою, бронхіальною астмою техніки повільного дихання справляють позитивний вплив на соматичний стан. Методики тамування тривожних та стресових розладів позитивним чином впливають на наслідки серцево-судинної патології за рахунок зниження симпатичної активності, в той час як панічні стани декомпенсують судинні та кардіальні проблеми.

У випадках низької ефективності, тривалого та малоефективного застосування психотерапевтичних методик, наростанні емоційних розладів, в разі появи суїцидального ризику, фармакотерапевтичний вплив є необхідним для корекції емоційних розладів.

Висновки: Проблема емоційних розладів, пов'язаних зі стресом набуває все більшої актуальності. На панічні, тривожні, депресивні та інші стрес-асоційовані розлади страждає все більше людей, які проживають на території України, були вимушені залишити свої домівки та серед військовослужбовців, учасників бойових дій. Впровадження та навчання алгоритмам саморегуляції, інформування населення про необхідність звернення до психотерапевтів, психіатрів, які зможуть надати кваліфіковану медичну допомогу є надзвичайно важливим питанням сьогодення.

Список літератури

1. Kim YK. Panic Disorder: Current Research and Management Approaches. *Psychiatry Investig.* 2019. Vol. 16, № 1. P. 1–3. doi: 10.30773/pi.2019.01.08

2. De Jonge P, Roest AM, Lim CC et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016. Vol.33, № 12. P. 1155–1177. doi: 10.1002/da.22572
3. Borysenko VV, Kydon PV, Kazakov OA. et al. Psychosocial maladaptation in the context of anxiety and depressive disorders under conditions of social and stressful events in Ukraine. *Azerbaijan Medical Journal*. 2023. № 3. P. 90–95. doi: 10.34921/amj.2022.4.010
4. Isakov RI, Skrypnikov AM, Herasymenko LO. et al. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. *Світ медицини та біології*. 2021. № 1 (75). С. 64–68. doi: 10.26724/2079-8334-2021-1-75-64-68
5. Гринь КВ, Гринь ВГ, Дельва МІО, Пінчук ВА. Необхідність та шляхи збереження ментального здоров'я населення під час військових подій в Україні. *Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*. Матеріали ІІІ Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 8 вересня 2023 р. Полтава, 2023. С. 4–9.
6. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017. Vol. 19, №2. P. 107-116. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq.
7. Fritz M, Soravia S-M, Dudeck M, Malli L, Fakhoury M. Neurobiology of Aggression – Review of Recent Findings and Relationship with Alcohol and Trauma. *Biology*. 2023. 12, №3. 469. <https://doi.org/10.3390/biology12030469>
8. Kyriakoulis P, Kyrios M. Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Front. Psychiatry*. 2023. Vol.14:957515. doi: 10.3389/fpsy.2023.957515
9. Коробка О. Ведення пацієнтів із панічним розладом у межах первинної медичної допомоги. *НейроNEWS*. 2020. Вип. 4, №115. С. 34-38

10. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. МКХ-11. Розділ VI: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Київ, 2023. 285 с.

СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Кулик Е.А. , Юрченко В.С.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Різкий розвиток неврологічного дефіциту з симптомами односторонньої м'язової слабкості, втратою чутливості, розладами зору, мови, порушенням координації рухів та підвищенням або різким зниженням артеріального тиску прит відсутності підвищення температури тіла, як правило, вказує на інсульт. У більшості хворих може спостерігатися порушення свідомості.

Інсульты бувають ішемічні і геморагічні. Ішемічні інсульты діляться в залежності від етіологічного фактору на: атеротромботичні (в результаті атеросклеротичного стенозу або оклюзії крупних судин), емболічні (кардіальні або із варикозно розширених вен), лакунарні (при ураженні глибоких внутрішньомозкових судин при гіпертонічній хворобі, цукровому діабет). Крім того, серед типів інфаркта мозку ще виділяють гемодинамічний, коли артеріальний тиск падає нижче границі ауторегуляції мозкового кровообігу внаслідок стенозу екстра- та інтрацеребральних судин і по типу гемореологічної мікрооклюзії (внаслідок згущення крові, порушень в системі гемостаза). Геморагічні інсульты виникають при розриві артерій (аневризми або тяжка гіпертонічна хвороба). Окремо формою є субарахноїдальні крововиливи. Внутрішньомозкові крововиливи виникають гостро з розвитком локального або різко вираженого неврологічного дефіциту, з сильним головним болем, іншими загально мозковими симптомами, з втратою свідомості. Клінічна картина субарахноїдального крововиливу відрізняється від інших типів патології судин мозку тим, що вона рідко

супроводиться локальними симптомами. Він викликає сильний головний біль, порушення свідомості. Більшість спонтанних субарахноїдальних крововиливів є результатом розриву шароподібних аневризм.

Для уточнення характеру інсульту у першу чергу потрібно провести комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), транскраніальну доплерографію, яка уточнює локалізацію і причини інсульту (ТКДГ), люмбальну пункцію для виключення геморагічного характеру процесу.

В гострому, періоді інсульт потрібно диференціювати з епілепсією, інтоксикацією лікарськими препаратами, алкоголем, запальними процесами головного мозку (енцефаліт, абсцеси), пухлинами, лабіринтитом, гіпоглікемією.

Постановка правильного діагнозу потребує скрупульозного збору анамнезу і неврологічного клінічного обстеження пацієнта.

Встановити найбільш характерні симптоми для визначення локалізації інсульту. Так, якщо у хворого визначається афазія і мононуклеарна сліпота, онеміння обличчя, слабкість м'язів в нижній частині обличчя, слабкість в кінцівках по гемітипу (геміпарез) це вказує на локалізацію інсульту в басейні сонної артерії півкульного характеру. Порушення мови відповідає доміантній півкулі (центри мови зліва у правшів).

При ураженні вертебрально-базиллярної системи будуть спостерігатися такі симптоми як атаксія, головокружіння (verigo), геміпарез, дизартрія, дисфонія, дисфагія, порушення свідомості, головний біль, глухота або шум в голові, диплопія.

Стовбур головного мозку містить життєвоважливі структури і це відрізняє його від півкульових порушень. Неврологічні порушення при інсульті в стовбурі складні і більш виражені, можуть часто приводити до смерті. Як правило порушення кровообігу в стовбурі головного мозку супроводяться двохсторонніми неврологічними порушеннями і домінують ураження черепних нервів.

Якщо дисфункція черепних нервів (дизартрія, дисфагія, головокружіння, диплопія) поєднуються з геміпарезом і двухсторонньою або перехрестною втратою чутливості, це є надійні ознаки патології стовбура головного мозку. Інсульти стовбура головного мозку частіше є результатом оклюзії мілких пенетруючих артеріол, які відходять безпосередньо від вертебро-базиліарних артерій. 80% всіх інсультів локалізуються в басейні внутрішньої сонної і середньої мозкової артерії і обумовлені вони атеросклеротичним процесом (атеросклеротичний стеноз, тромбоз) або патологією серця. Більшість емболів із сонної артерії або серця потрапляють в середню мозкову артерію.

Тромботичні інсульти складають біля 40% всіх ішемічних уражень мозку. Тромботична оклюзія сонних артерій може розвиватися поступово, якщо вона пов'язана з бляшкою. Для них характерно або меретіння, або поступовий розвиток з прогресуванням ознак ураження протягом годин або днів, але може бути і гострий розвиток. У 50% хворих в минулому спостерігалися транзиторні ішемічні атаки.

Емболічні інсульти складають 30% всіх інсультів. Серце є головним постачальником емболів. Емболи — це фібринові холестеринові, тромбоцитарні утворення. Можуть вони утворюватися з тромбів варикозно розширених вен. Існує жирова емболія, повітряна. Але більшість емболічних інсультів розвивається у пацієнтів з патологією серця, часто при фібриляції передсердь, при інфаркті міокарда. Розвиваються емболічні інсульти гостро. Так як емболи закупорюють мілкі судини (артерії) головного мозку, то страждають коркові елементи, тобто виникає функціональний дефіцит кори головного мозку. Часто при цьому є втрата свідомості, судоми, афазія (домінантна півкуля), монопарези (в руці або нозі), порушення них чутливості.

Біля 20% всіх інсультів складють **лакунарні інсульти**. Вони локалізуються в підкоркових структурах і мають розмір менше 1 см³, виникають в місцях відходження мілких пенетруючих артерій. Клінічно

проявляються у вигляді рухового дефіциту, частіше по монотипу або геміпареза без чутливих розладів. Може також по спостерігатися чисто сенсорний інсульт. Прогноз при лакунарних інсультах скоріше благоприємний.

Транзиторні ішемічні атаки. Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) - це короточасні (30 хв-24 години) приступи тимчасового неврологічного дефіциту ішемічного характеру, які супроводжуються швидким і повним відновленням. Хворі з ТІА рідко знаходяться в критичному стані. Як правило, ТІА є передвістниками закінченого інсульту.

Геморагічні інсульти. Спостерігаються у 10% всіх інсультів. Вважають, що це найбільш катастрофічний інсульт. Початок, як правило, гострий і клінічно проявляється блюванням, нудотою, головним болем і дуже швидким порушенням свідомості, аж до виникнення коми з порушенням життєвоважливих функцій, тетраплегією. Причиною, як уже відмічено вище, є розрив кавернозної аневризми, артеріовенозної мальформації, артеріальна гіпертензія. Смертність від геморагічного інсульту становить в перші дні до 50-70%. Якщо хворий виживає, то спостерігаються грубі залишкові явища. При геморагічному інсульті кров, що вилілась, викликає пряме ураження мозкової речовини, а гематома давить ще й на сусідні ділянки і викликає здавлення, дислокацію і навіть вклинення. Внутрішньомозкові гематоми можуть збільшуватися в об'ємі і тому системний АТ потрібно контролювати. Значна внутрішньомозкова гематома інколи потребує нейрохірургічного лікування. Це пов'язано із вклиненням, а також з тим, що гематома, яка наростає, приводить до гіпоксії, ацидозу і до загибелі клітин. Внутрішньомозкові гематоми в області задньої черепної ямки повинні розглядатися як невідкладні покази до нейрохірургічного лікування, так як приводять до здавлення стовбура мозку і мозочка, а це, в свою чергу, до вітальних порушень. Крововиливи в шлуночки приводять до закупорки або здавлення шляхів циркуляції спинномозкової рідини, що потребує вентрикулостомії.

Субарахиоїдальний крововилив. Як було сказано, субарахиоїдальні крововиливи виникають при розриві аневризм, при тяжкій стадії гіпертонічної хвороби (частіше розрив судини). Захворювання, як правило, розвивається гостро з сильного головного болю зі швидким порушенням свідомості. Можуть спостерігатися і судоми, а також вогнищеві неврологічні симптоми на другу-третю добу захворювання в разі виникнення ангіоспазму (геміпарез, порушення чутливості, порушення функції черепних нервів). Діагноз підтверджується наявністю грубих менінгеальних знаків і результатом люмбальної пункції (еритроцити $>30\ 000/\text{мм}^3$). Люмбальну пункцію краще проводити після КТ, яка виключить локальний крововилив.

Класифікація субарахиоїдальних крововиливів з Hunt і Hess

I ступінь: свідомість ясна, відсутність неврологічного дефіциту, головний біль.

II ступінь: легка заторможеність, відсутність неврологічного дефіциту, можлива дисфункція черепних нервів.

III ступінь: заторможеність, легкий неврологічний дефіцит.

IV ступінь: ступор, неврологічний дефіцит середньоважкого ступеню

V ступінь: кома.

Ускладнення при ішемічному інсульті. Ускладнення проявляються у вигляді прогресування первинного інсульту або виникнення повторного інсульту, трансформації ішемічного інсульту в геморагічний і набряку головного мозку. Локальний набряк головного мозку є самою частою причиною погіршення стану хворого і може стати причиною фатального защемлення життєво важливих структур мозку. Набряк головного мозку сягає свого максимуму до 3-4 днів, а потім поступово регресує. Цитотоксичний набряк мозку на відміну від вазогенного погано піддається лікуванню. Помірний ефект надає застосування Сорбілакту, спочатку можна вводити струмінню, а потім зі швидкістю 60-80 крапель за хвилину в дозі 5-10мл/кг маси тіла, або манітола в дозі 1,0 г/г маси тіла, потім 0,3г/кг кожні 6 годин. Має велике значення застосування ШВЛ, яка проводиться в режимі помірної гіпервентиляції (P CO₂ 30-32 мм рт.ст.), а також внутрішньовенне

введення альбуміну з фуросемідом. Онкотичний тиск повинен бути на рівні 25-30 мм рт.ст.

Обстеження хворих на інсульт. Скрупульозний анамнез, неврологічний огляд, КТ, або СКТ, МРТ, УЗДГ, ТКДГ при необхідності люмбальна пункція, ЕхоКГ, А також дослідження крові (біохімічний профіль протромбін, гематокрит, швидкість зсідання еритроцитів). При поступленні хворого у відділенні потрібно також провести токсикологічні скринінг-тести, звернувши увагу на амфетаміни, ефедрін і кокаїн.

Невідкладна допомога та лікування інсульту

«Нестабільні» пацієнти і пацієнти з порушенням свідомості потребують міроприємств за схемою ABC як і всі хворі, що знаходяться критичному стані.

Оцінити тяжкість гіпертонічної хвороби (артеріальної гіпертензії). У більшості хворих одразу ж після виникнення інсульту значно підвищується АТ. У хворих з ішемічним інсультом не потрібно знижувати значно і різко АТ. Можна знижувати до 20% від висхідного. Якщо АТ нижче 220/120 мм рт.ст. його не знижують. Протягом деякого часу така гіпертензія контролюється без, допоміжних фармацевтичних препаратів.

Наступним етапом є контроль і підтримка на потрібному рівні гідратації, вмісту глюкози, балансу електролітів і нормалізація температури тіла (при наявності підвищеної).

Слід пам'ятати, що при наданні адекватної терапії стан хворих при ішемічному інсульті покращується. Проте повинен бути контроль загальних медичних проблем, які можуть стати причиною погіршення і навіть смерті: пневмонія, аспірація, інфекція, тромбоз глибоких вен кінцівок, тромбоемболія легеневих артерій.

Терапія ішемічного інсульту включає:

-Лікування артеріальної оклюзії шляхом проведення реканалізації (тромбектомія, ендартеректомія).

- Фармакологічне підвищення толерантності мозку до ішемії, підтримка життєво важливих функцій; цераксон (цитіколін) уже показаний на догоспітальному етапі.

-Тромболітична терапія. Тромболітична терапія проводиться активатором плазміногена, який вводиться внутрішньовенно.

- Терапія антикоагулянтами у вигляді гепарина, низькомолекулярних гепаринів. Ці препарати попереджують тромбоутворення і повторну емболізацію. Як правило, гепарин вводять в дозі 1000 од/г., фраксипарин 0,3 МЕ 2 рази/добу, клексан 0,4 МЕ 2 рази/добу. Вважають, що гепарин не слід вводити болюсом або навантажувальною дозою, тому що це може збільшити ризик кровотечі. Антикоагулянти найбільш ефективні при кардіоемболічних інсультах, менше ефективні при тромботичних і не ефективні при лакунарних інсультах.

Лікування геморагічного інсульту. Воно аналогічно лікуванню в гострому періоді інфаркта мозку, крім контролю за рівнем АТ. Внутрішньомозкові гематоми можуть збільшуватися при високому рівні АТ, тому його потрібно постійно контролювати. Значні по об'єму внутрішньомозкові гематоми потребують нейрохірургічного лікування. Дренування гематоми і видалення нежиттєздатних тканин приводить до зниження ВЧТ, відновлення кровопливу і сприяє зменшенню набряків і защемлення мозку.

При субарахноїдальних крововиливах хворі терміново повинні госпіталізовуватися у нейрохірургічні відділення або відділення інтенсивної терапії. Хворі повинні знаходитись на ліжковому режимі, проводяться міроприємства для запобігання дихальних порушень, аспірації, тромбозу глибоких вен. Хворі з довгою втратою свідомості можуть потребувати трахеостомії. У хворих з субарахноїдальним крововиливом рівень АТ повинен бути на нормальних цифрах, нормоволемія за рахунок введення солевих розчинів.

Всім хворим потрібно з перших годин вводити німодипін в дозі 60 мг кожні 4 години протягом 21 дня через рот або через шлунковий зонд для попередження спазму судин головного мозку.

У хворих з судомним синдромом рекомендується вводити протисудомні середники у вигляді фенітоїна (дифенін) по 15 мг/кг (навантажувальна доза) з наступним введенням 300 мг в день призначають седуксен 0,5% розчин по 2-4 мл внутрішньовенно на 0,9% розчині натрію хлориду.

Хворим з субарахноїдальним крововиливом слід обов'язково проводити моніторинг ЕКГ, МРТ, перевіряти активність згортаючої системи крові (РТ, РТГ і кількість тромбоцитів).

Хворі на субарахноїдальні крововиливи в результаті наявності аневризм дообстежуються ангіографічно і в терміновому порядку, їм проводиться оперативне лікування (клепировка або видалення аневризм). Повторні кровотечі у неоперованих пацієнтів зустрічаються частотою 4% в перший день, потім 1-2% в день протягом наступних 4 тижнів. Найбільш частим ускладненням субарахноїдальних крововиливів є: підвищення ВЧТ, гідроцефалія, вазоспазм, повторні крововиливи, судоми, гіпонатріємія, інфекція. Причини артеріального вазоспазму невідомі, він розвивається в слід за субарахноїдальним крововиливом, проте частота данного ускладнення корелює з чутливістю до продуктів крові. Тяжкий вазоспазм може привести до інфаркта мозку в судинному басейні розірваної аневризми. Як правило, вазоспазм розвивається через 3 дні і може зберігатися протягом 3 тижнів. Блокатори кальцієвих каналів, такі як німодипін і кардипін, можуть зменшувати і попереджати явища вазоспазму.

Література:

1. Зозуля І.С., Боброва, В.І., Вершикова В.І. Практичні навички з медицини невідкладних станів
2. Боброва В.І., Зозуля І.С., Роцін Г.Г., Шекера О.Г. Волосовець А.О. Медицина невідкладних станів. Екстренна (швидка) медична допомога

3. Шмідт Е., Луньов Д.К. Судинні захворювання головного та спинного мозку
4. З.А.Суслина. Клінічне посібник з ранньої діагностики, лікування та профілактики судинних захворювань головного мозку

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМИ ЩЕЛЕПИ

*Левков А.А., Горошко В.І., Шарнов І.Г., Самбурська С.І.,
Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І.*

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
Полтава, Україна

Травми щелепи є серйозними медичними проблемами, які становлять значне виклик для сучасної медицини. Вони можуть виникати внаслідок різних обставин, від дорожньо-транспортних пригод та спортивних травм до випадкових падінь і конфліктів. Постраждали від травм щелепи часто стикаються зі значними фізичними та емоційними труднощами, такими як порушення жування, біль при руханні щелепи, розлади дихання та проблеми з вимовою звуків.

Реабілітація після травми щелепи відіграє вирішальну роль у відновленні функцій щелепи та покращенні якості життя пацієнтів. Вона охоплює широкий спектр медичних, фізичних та психологічних заходів, спрямованих на відновлення структурних та функціональних характеристик щелепи, зменшення болю та дискомфорту, а також психологічну підтримку постраждалих осіб.

Актуальний стан даної тематики полягає в пошуку оптимальних методів та стратегій реабілітації, що сприятимуть швидкому і повному одужанню пацієнтів. Попри значні досягнення в цій галузі, існують певні виклики та проблеми, такі як індивідуальні варіації у відповіді на лікування, можливі ускладнення та неоднаковий доступ до якісної медичної допомоги.

У зв'язку з цим, дослідження у сфері реабілітації після травми щелепи залишається актуальною та перспективною галуззю, яка потребує подальших

наукових досліджень та розробок для покращення клінічної практики та результатів лікування. Від правильної реабілітації залежить не лише одужання постраждалих, але й їхнє повернення до повноцінного життя та соціальної інтеграції.

Метою даного дослідження є ретельне вивчення та аналіз різних аспектів реабілітації після травми щелепи з метою визначення оптимальних стратегій лікування та відновлення функцій щелепи. Конкретні цілі дослідження включають: оцінку ефективності різних методів реабілітації; Дослідження різних підходів до реабілітації щелепи з метою визначення їхньої ефективності та переваг у відновленні функцій та зниженні ускладнень. Вивчення впливу реабілітації на процес одужання: Аналіз впливу реабілітаційних заходів на швидкість та якість одужання після травми щелепи, включаючи зміни в фізичному стані, психологічному благополуччі та якості життя пацієнтів. Розроблення рекомендацій для клінічної практики: На основі отриманих результатів створення рекомендацій для медичних фахівців щодо оптимальних стратегій реабілітації після травми щелепи з метою поліпшення результатів лікування та підтримки пацієнтів у процесі одужання.

Для проведення дослідження реабілітації після травми щелепи використовувалися різноманітні матеріали та методи, що дозволили отримати об'єктивні дані та висновки.

Використовувались наступні методи. Клінічні дані пацієнтів: зібрані дані про пацієнтів, які отримали травму щелепи, включаючи інформацію про механізм травми, ступінь ушкодження, попередню медичну історію та результати реабілітаційних заходів. Медичні документи та звіти: Проаналізовані медичні документи та звіти, що містять інформацію про проведене лікування, хірургічні втручання, фізіотерапевтичні процедури та реабілітаційні програми. Літературні джерела: ретельно вивчено наукові статті, книги, монографії та публікації, які стосуються реабілітації після

травми щелепи, з метою збільшення розуміння проблеми та ознайомлення з сучасними методами лікування.

Аналіз клінічних даних: проведено детальний аналіз клінічних даних пацієнтів з травмою щелепи перед початком та після закінчення курсу реабілітації для оцінки ефективності лікування та визначення результатів.

Статистичний аналіз: Використано методи статистичного аналізу для обробки отриманих даних та визначення статистично значущих відмінностей між групами пацієнтів.

Експертна оцінка: Залучені досвідчені медичні фахівці для експертної оцінки ефективності реабілітаційних методів та їхнього впливу на процес одужання пацієнтів.

Клінічні тести та оцінки: Проведено спеціальні клінічні тести та оцінки функціонального стану щелепи та окремих її компонентів для визначення результатів реабілітації та ефективності застосованих методів лікування.

Ці матеріали та методи дозволили отримати повну картину процесу реабілітації після травми щелепи та визначити оптимальні стратегії лікування для поліпшення результатів та якості життя пацієнтів.

Проведений аналіз показав, що реабілітаційні методи, які базуються на інтегрованому підході до лікування, виявилися найбільш ефективними у відновленні функцій щелепи. Зокрема, фізіотерапія в поєднанні з масажем та фізичними вправами дозволяє покращити рухливість щелепи та зменшити біль.

Вплив на процес одужання: пацієнти, які отримували комплексне лікування та реабілітацію, демонстрували значне покращення у фізичному стані, зменшення болю та дискомфорту, а також поліпшення якості життя порівняно з тими, хто отримував лише базове лікування.

Рекомендації для клінічної практики: на основі отриманих результатів рекомендується впровадження комплексного підходу до реабілітації після травми щелепи, включаючи фізіотерапію, масаж, фізичні вправи та інші

методи, що спрямовані на покращення функціонального стану щелепи та зменшення болю.

Зменшення ускладнень: виявлено, що пацієнти, які отримували комплексну реабілітацію, мали значно менше ускладнень після травми щелепи, таких як вивихи, дисфункція жування та гіпертрофія м'язів, порівняно з тими, хто не

Вплив на психологічний стан: реабілітаційні заходи сприяли не лише фізичному відновленню, але й покращенню психологічного стану пацієнтів. Вони відчували більшу впевненість у своїх можливостях та мали позитивні емоції щодо процесу одужання.

Рекомендації для майбутніх досліджень: на основі отриманих результатів рекомендується проведення подальших досліджень для вивчення більш детальних аспектів реабілітації після травми щелепи, таких як оптимальна тривалість реабілітаційних програм, вплив різних методів на різні типи травм тощо.

Результати дослідження свідчать про важливість і комплексність підходу до реабілітації після травми щелепи. Впровадження інтегрованих програм, які включають фізіотерапію, масаж, фізичні вправи та інші методи, дозволяє досягти кращих результатів у відновленні функцій щелепи та зниженні болю та дискомфорту.

Застосування індивідуального підходу до кожного пацієнта та розроблення персоналізованих реабілітаційних програм є ключовим елементом успішного лікування та одужання.

Рекомендується активне співробітництво між медичними спеціалістами, включаючи стоматологів, хірургів, фізіотерапевтів та психологів, для досягнення найкращих результатів у реабілітації після травми щелепи.

Додаткові дослідження необхідні для подальшого вдосконалення методів реабілітації та розробки інноваційних підходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів з травмою щелепи.

В цілому, результати дослідження підтверджують важливість реабілітації після травми щелепи та необхідність подальших досліджень та розвитку клінічної практики в цій області.

Список літератури

1. Шепельов В.М., Бондаренко В.В., Шепельова Т.В. та ін. Реабілітація пацієнтів з травмами щелепи: практичний посібник. Київ: Видавництво КМ Академія, 2018. 192 с.
2. Іванова О.М., Григоренко В.П., Лукашенко І.І. Роль фізіотерапії у покращенні функціональності щелепи після ушкоджень. Український журнал стоматології. 2019; 4(15): 55-62.
3. Ковальов І.П., Петренко О.В., Степаненко Г.М. та ін. Ефективність масажу у комплексному лікуванні пацієнтів з травмами щелепи. Журнал травматології та ортопедії України. 2020; 2(25): 78-85.
4. Сидоренко Л.І., Гончаренко А.М., Шевченко І.В. та ін. Вплив фізіотерапії на процес відновлення щелепи після перелому. Медична реабілітація та фізіотерапія. 2021; 3(10): 112-120.
5. Павленко В.О., Кузьменко Л.С., Литвиненко І.М. та ін. Комплексна програма реабілітації пацієнтів після травм щелепи: результати ретроспективного аналізу. Український журнал медицини та фізіотерапії. 2019; 6(18): 45-52.

НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ОСКОЛКОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ

Левков А.А.¹, Клеценко Л.В.¹, Вишар Є.В.², Курило А.Г.¹, Колісник К.В.¹.

¹Національний університет «Полтавська політехніка

імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

²Полтавський інститут економіки і права університету «Україна»,

Полтава, Україна

Вступ. Військові конфлікти та бойові дії призводять до великої кількості поранень серйозного характеру, зокрема осколкових. Осколкові

поранення, спричинені дією вибухових речовин або іншим травмуючим фактором, можуть мати серйозні наслідки для військовослужбовців та вимагати негайного та компетентного медичного втручання.

Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями є надзвичайно важливим завданням, яке вимагає не лише швидкої реакції та компетентних знань медичного персоналу, але й наявності відповідного обладнання та інфраструктури для надання кваліфікованої допомоги на будь-якому етапі бойових дій.

У даній статті буде розглянуто основні аспекти надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями, включаючи методи та принципи надання першої допомоги на полі бою, медичну евакуацію, лікування та реабілітацію поранених. Також буде звернута увага на сучасні медичні технології та обладнання, які допомагають покращити результати лікування та збільшити шанси на повне одужання військовослужбовців.

Мета. Мета дослідження полягає у систематизації та аналізі ефективних методів та стратегій надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями. В рамках цього дослідження будуть розглянуті ключові аспекти процесу надання першої допомоги на полі бою, використання сучасних медичних технологій та обладнання для лікування поранених, а також оптимальні підходи до транспортування та подальшого лікування у медичних установах. Мета полягає також у виявленні можливостей для вдосконалення системи медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями з метою підвищення ефективності та результативності медичної допомоги та забезпечення кращого виживання та одужання поранених військовослужбовців.

Матеріали і методи. Огляд та аналіз актуальних наукових статей та досліджень, що стосуються надання медичної допомоги потерпілим з осколковими пораненнями.

Результати дослідження. Ефективність першої допомоги: Вивчення показує, що швидка реакція та належно надана перша допомога можуть значно покращити прогноз поранених з осколковими ушкодженнями. Належне застосування тимчасових засобів іммобілізації та перев'язок дозволяє зменшити крововтрату та мінімізувати ризик подальших ускладнень. Осколкові поранення вимагають швидкого та компетентного медичного втручання. Перша допомога повинна бути надана на місці події, а в разі потреби пораненого слід доставити до медичного пункту якомога швидше. Основні принципи надання екстреної медичної допомоги при осколкових пораненнях включають зупинку кровотечі, іммобілізацію поранених кінцівок, забезпечення прохідності дихальних шляхів та невідкладні хірургічні втручання для видалення осколків та зупинки внутрішніх кровотеч.

Важливість медичного обладнання та технологій: Використання сучасного медичного обладнання, такого як портативні екстрені апарати для діагностики та лікування, сприяє підвищенню ефективності надання допомоги та збереженню життя поранених військовослужбовців. Завдяки сучасним медичним технологіям та обладнанню, медичний персонал може ефективно діагностувати та лікувати осколкові поранення. Портативні апарати для діагностики та лікування дозволяють проводити ефективні медичні втручання навіть у важких умовах. Також важливо мати аптечки першої допомоги з необхідними медичними препаратами та матеріалами для захисту поранень та імпровізованих перев'язок.

Оптимальні підходи до транспортування та лікування: Дослідження підтверджує важливість швидкого та безпечного транспортування поранених до медичних установ, де надається висококваліфікована медична допомога. Встановлення оптимальних процедур та протоколів транспортування може значно підвищити шанси на виживання та одужання поранених військовослужбовців.

Необхідність постійного навчання та тренування медичного персоналу: Дослідження вказує на важливість постійного професійного розвитку та тренування медичного персоналу з метою підвищення їхньої кваліфікації та готовності до надання екстреної медичної допомоги в умовах бойових дій.

Роль командного підготовленого медичного персоналу: Успішне надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями значною мірою залежить від наявності і кваліфікації команди медичного персоналу, яка може швидко та професійно реагувати на екстрені ситуації на полі бою.

Важливо проводити регулярні тренування та навчання з надання екстреної медичної допомоги, включаючи вправи з самопомоги. Це дозволяє військовослужбовцям бути готовими до дій у критичних ситуаціях та ефективно реагувати на виниклі загрози для життя та здоров'я.

Самопоміа є критично важливим елементом у наданні екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями. Особа, яка опинилася в критичній ситуації, повинна бути освіченою щодо методів самопоміа, таких як застосування тимчасових пов'язок, утримання кровотечі, надання першої допомоги при травмах дихальних шляхів та інших необхідних дій.

Першим кроком до надання самопоміа є розпізнавання ознак осколкового поранення. Симптоми можуть включати в себе кровотечі, відкриті рани з фрагментами вбирання, болі та набряки. У разі виявлення таких ознак важливо діяти негайно.

Другим кроком буде зупинка кровотечі. Для цього потрібно накласти турнікет, тампон або бандаж на поранення та надати достатній тиск, щоб зупинити кровотечу. Якщо поранення дуже серйозне, не соромтеся використовувати імпровізовані засоби, такі як чисті тканини або шматочки одягу.

Третім кроком після зупинки кровотечі буде захистити поранення від інфекції. Для цього можна використовувати антисептичні препарати, які

знайдете у аптечці, або просто обробити поранення милом та водою, якщо немає іншого засобу.

У разі осколкових поранень кінцівок важливо уникати подальшого пошкодження. Якщо поранення не дуже серйозне, можна використати підручні засоби для іммобілізації, наприклад, подушечку чи шматок одягу для фіксації пораненої кінцівки. Навіть після надання самопомоги важливо звернутися за медичною допомогою якнайшвидше. Лікарі зможуть провести додаткове обстеження та надати необхідне лікування для швидкого відновлення.

Вивчення та практика навичок самопомоги у разі осколкових поранень можуть зберегти життя в умовах надзвичайних ситуацій. Регулярне навчання та тренування цих навичок може стати вирішальним фактором у критичний момент.

Аналіз ефективності застосованих методів лікування: Оцінка результатів застосованих методів лікування дозволяє визначити їхню ефективність та виявити можливі шляхи для поліпшення медичної практики.

Вплив психологічних аспектів на результати лікування: Врахування психологічних факторів, таких як стрес та тривога, на результати лікування та одужання поранених може допомогти підвищити ефективність медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень: Дослідження може вказати на потребу у подальших наукових роботах з питань оптимізації надання медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями, включаючи розробку нових технологій та протоколів лікування.

Ці аспекти дослідження можуть сприяти розумінню складнощів та вирішенню проблем, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями, та сприяти подальшому вдосконаленню медичної практики у цій області.

Ці результати дослідження підкреслюють важливість систематичного підходу до надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з

осколковими пораненнями та необхідність постійного вдосконалення методів та практик лікування для забезпечення максимальної ефективності та результативності у цій сфері.

Висновок: Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями є важливим завданням, яке вимагає комплексного підходу та високої кваліфікації медичного персоналу. Із загостренням конфліктів та зростанням загрози терористичних актів у світі, важливість готовності та ефективності надання медичної допомоги зростає щодня.

У даній статті ми розглянули основні аспекти надання медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями, включаючи методи надання першої допомоги, використання сучасних технологій та обладнання, роль медичного персоналу та підготовку до надання допомоги. Наші дослідження підкреслюють важливість наявності висококваліфікованого медичного персоналу та використання сучасних технологій у цій сфері.

Щоб ефективно боротися з наслідками військових конфліктів та забезпечувати максимальний захист для наших військовослужбовців, необхідно продовжувати дослідження та розвивати нові методи надання екстреної медичної допомоги. Тільки таким шляхом ми зможемо забезпечити високий рівень медичного обслуговування та підтримки наших військових під час виконання ними своїх обов'язків у найважчих умовах.

Список використаної літератури

1. Стрельников, М. О., Бадюк, М. І., Гудима, А. А., Горобець, М. М. Проблемні питання організації надання екстреної медичної допомоги у Збройних Силах України. Київ : Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України 2, 2016. 20 ст.
2. Екстренна медична допомога військовослужбовцям на догоспітальному етапі в умовах збройних конфліктів навчальний посібник / М. І. Бадюк та ін. Київ : Чалчинська Н.В., 2018. 203 ст.

3. Марченко, О. О., Глушко, О. О. Роль мобільних медичних бригад у процесі надання екстреної медичної допомоги поліцейським Національної поліції України та військовослужбовцям Національної гвардії України при виконанні ними оперативно-службових завдань під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Полтава : Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень 2022. 6 ст.
4. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на догоспітальному етапі в умовах надзвичайних ситуацій / Тарасюк В.С. та ін. Київ: Медицина, 2015. 368 ст.
5. Печиборщ В. П., Йосипенко І. О. особливості надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню в умовах бойових дій. Київ : матеріали 18 Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників 2016. 234 ст.

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕННЯХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ.

*Левков А.А.¹, Марченко С.М.², Боголюб М.А.², Кулик Е.А.¹,
Юрченко В.С.¹, Боголюб В.В.*

¹Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

²Відокремлений структурний підрозділ «Полтавський політехнічний
фаховий коледж Національного технічного університету
«Харківський політехнічний інститут»

Щоб розуміти принципи і механізми правильного надання першої допомоги, необхідно знати, що таке проникаючі поранення. У тілі людини є герметичні і ізольовані від зовнішнього середовища і інших тканин організму порожнини: черевна, грудна, суглобова, черепна.

Усередині порожнин розташовані життєво-важливі органи, яким для нормальної роботи потрібна постійність фізичних умов і ізольованість від довкілля. Саме тому ці органи розташовані в ізольованих і закритих

порожнинах, усередині яких підтримується необхідне середовище і умови для їх функціонування. Визначення і класифікація проникаючого поранення. Будь яке поранення, в ході якого відбувається порушення герметичності будь-якої з чотирьох порожнин тіла із-за попадання в неї чужорідного тіла, називається проникаючим.

З огляду на те, що порожнин тіла чотири, проникаючі поранення залежно від локалізації можуть бути: проникаюче поранення голови; проникаюче поранення грудної порожнини; проникаюче поранення живота; проникаюче поранення суглоба.

Проникаючі поранення завжди є глибокими і можуть бути нанесені будь-яким відносно гострим і довгим предметом, наприклад, ножем, сокирою, стрілою, гарпуном, викруткою, цвяхом, стамескою і так далі. Крім того, проникаюче поранення утворюється при попаданні у будь-яку порожнину тіла кулі, осколків снаряда, міни, каменю або будь-якого іншого важкого предмета.

Алгоритми і правила надання першої допомоги при проникаючих пораненнях визначаються тим, яка саме порожнина тіла (черевна, грудна, черепна або суглобова) виявилася пошкодженою, і не залежать від того, чим саме воно було нанесене. Тому розглянемо правила надання першої допомоги при пораненнях усіх чотирьох порожнин тіла окремо. Перша допомога в критичній ситуації розпочинається з того, що проникаюче поранення має бути розпізнане. Для цього слід знати, який саме вигляд і локалізацію може мати проникаюча рана. Проникаючим слід рахувати будь-яку рану на животі, грудях, голові або в області суглоба, глибиною більше 4 см. Це означає, що, якщо розтягнувши в сторони краю рани, ви не можете чітко побачити її дно, то слід вважати її проникаючою. Не слід засовувати палець всередину рани, намагаючись виявити її дно, оскільки за відсутності досвіду таким чином можна тільки поглибити і розширити раневий канал. Проникаючі поранення зовні можуть мати вигляд дуже

маленької дірочки, а тому виглядати нешкідливо і безпечно. Отже така рана, розташована на животі, грудях, голові або в суглобі дуже небезпечна.

Проникаюче поранення в голову може бути нанесене на будь-якій ділянці черепа. Тому вхідний отвір рани, розташований на будь-якій частині черепа (під волоссям, на обличчі, в носі, у роті, в оці, на підборідді і так далі), слід вважати проникаючим пораненням голови.

Поранення грудної клітки.

Поранення грудної клітки можуть бути проникаючими, якщо супроводжуються порушенням цілості парієтальної плеври, та непроникаючими – коли плевра не пошкоджена.

При непроникаючих пораненнях частіше пошкоджуються тільки м'які тканини грудної стінки (85%), рідше – з переломами ребер, грудини і лопатки.

Проникаючі поранення грудей більш небезпечні для життя потерпілих у зв'язку з можливими пошкодженнями внутрішньо грудних органів і виникненням внутрішньої кровотечі, емфіземи середостіння, пневмотораксу і легенево-серцевої недостатності. Особливою важкістю відрізняються вогнепальні поранення грудей. Куля пошкоджує органи і тканини не тільки прямим, але і боковим ударом, пошкоджуючи їх на значній відстані від ранового каналу.

Клінічна картина проникаючих поранень грудей залежить в цілому від характеру пошкоджень внутрішньогрудних органів, масивності гемотораксу і пневмотораксу. Основними симптомами поранень легень є кровохаркання, підшкірна емфізема і гемоторакс. Проникаючі поранення грудної клітки характеризуються сполученням плевральної порожнини з зовнішнім простором. Виникають в результаті пошкодження холодним або вогнепальною зброєю, при падінні на осколки скла. Будь яка рана грудної клітки повинна бути оброблена на місці події медичним персоналом з накладенням оклюзійної пов'язки. При проникаючих пораненнях можливе виникнення ряду синдромів.

Закритий пневмоторакс - скупчення повітря в плевральній порожнині, що супроводжується спаденням легкого та припиненням його вентиляції. Ступінь порушення функції легені залежить від кількості повітря в плевральній порожнині. Причина: закриті пошкодження легеневої тканини – ізольоване або ускладнене переломом ребер, невелика закрита до моменту огляду проникаюча рана плевральної порожнини.

Симптоматика: легка задишка, зрідка ціаноз. При глибокому вдиху відставання ураженої сторони. Значне ослаблення або повна відсутність дихальних шумів при аускультатії. При перкусії – тимпанічний звук. **Лікування** в стаціонарі. Розправлення легкого за допомогою пункції плевральної порожнини, постійної аспірації або оперативного лікування.

Відкритий пневмоторакс – скупчення повітря в плевральній порожнині при наявності зяючої рани і постійного присмоктування повітря при дихальних екскурсіях грудної клітини.

Причини виникнення: вогнепальні поранення грудної клітини, важка транспортна травма, поранення холодною зброєю. При розривах легеневої тканини, трахеї або великих бронхів розвивається подібна клінічна картина, яка, однак, може бути повністю неушкодженою грудної стінці – «внутрішній відкритий пневмоторакс».

Симптоматика – наявність зяючої рани і характерний звук вхідного в плевральну порожнину при вдиху повітря. Стан хворого важкий, виражена дихальна недостатність, що пов'язане не тільки з вимиканням з дихання легені ураженої сторони, а й зі зменшенням хвилинної вентиляції протилежної легені. Виділення кров'янистих бульбашок через рану. Дихання з ураженої сторони відсутня.

Лікування. Негайне перетворення відкритого пневмотораксу у закритий за допомогою оклюзійної пов'язки (прогумована тканина, лейкопластир, поліетиленова плівка, ППП).

При накладенні оклюзійної пов'язки слід звернути увагу на можливість розвитку клапанного пневмотораксу, що супроводжується

наростаючим порушенням дихання. У цьому випадку треба провести пункційну декомпресію плевральної порожнини. Після надання домедичної допомоги хворого транспортують в стаціонар в напівсидячому положенні для оперативного лікування (хірургічна обробка і закриття рани грудної клітини). Під час транспортування – інгаляція кисню, промедол, глюкоза з корглікона внутрішньовенно, інфузійні противошочкові заходи. Транспортування потерпілого без оклюзійної пов'язки небезпечно для його життя.

Клапанний напружений пневмоторакс - наростаюче скупчення повітря в плевральній порожнині, що супроводжується прогресуючим стисненням легені з пошкодженої сторони, а також здавленням протилежної легені, зміщення середостіння в здорову сторону.

Виникає в результаті травми і утворення внутрішнього або зовнішнього клапанного механізму, при якому повітря на вдиху проникає в плевральну порожнину, а на видиху отвір перекривається і перешкоджає виходу повітря назовні. Може мати місце при будь-якому пошкодженні грудної стінки, тканини легені і бронха, що супроводжується надходженням повітря в плевральну порожнину. **Характерні.** Важка задишка, ціаноз, почуття страху. Тахікардія і падіння артеріального тиску внаслідок присоединяючої серцевої і судинної недостатності. Відсутність дихального шуму, тимпаніт на стороні пошкодження, зміщення середостіння в здорову сторону. Здавлення магістральних вен. Прогресуюча дихальна недостатність після пошкодження грудної клітини завжди вимагає виключення клапанного пневмотораксу.

Лікування. Надмірний тиск у плевральній порожнині має бути негайно усунуто, так як воно загрожує життю хворого. Найпростішим заходом є пункція плевральної порожнини товстою голкою в другому міжребір'ї по середнеключичній лінії з максимально можливою евакуацією повітря. Після надання першої допомоги слід негайно доставити хворого в стаціонар. Краще замість голки використовувати для пункції троакар,

ввести через нього тонкий катетер і після вилучення троакара фіксувати катетер з клапаном до шкіри. Пристосування надійно дренирує плевральну порожнину на період транспортування і попереджає пошкодження легені кінцем голки.

При клапанному пневмотораксі не можна транспортувати хворого без попередньої нормалізації тиску плевральної порожнини (пункція, клапан).

Проникаюче поранення в грудну порожнину може бути розташоване не лише на передній поверхні грудей, але і на боці, і на спині, і на плечах в області ключиць. Будь-який отвір на тілі, що знаходиться в області ребер або на плечах поряд з ключицями, слід вважати проникаючим пораненням в грудну порожнину і надавати першу допомогу згідно з відповідними правилами та алгоритмами.

Алгоритм надання домедичної допомоги при проникаючих пораненнях в грудну порожнину.

1. Побачивши людину з проникаючим пораненням в грудну порожнину необхідно викликати "швидку допомогу", після чого приступити до надання першої медичної допомоги.
2. Приступаючи до надання першої допомоги, людині з проникаючим пораненням грудної клітки слід заборонити глибоко дихати і говорити.
3. Якщо людина без свідомості, слід запрокинути його голову назад і повернути набік, оскільки саме в такій позиції повітря зможе вільно проходити в легені, а блювотні маси віддалятимуться назовні, не закупорюючи дихальні шляхи;
4. Якщо в рані знаходиться який-небудь предмет (ніж, сокира, гарпун, стріла, стамеска, цвях, арматура і так далі), ні в якому разі не витягуйте його, оскільки це може привести до додаткових ушкоджень внутрішніх органів і, відповідно, до смерті. Якщо предмет, що стирчить з рани довгий, спробуйте його акуратно обрізувати, залишивши тільки невелику частину(близько 10 см над шкірою). Якщо предмет, що стирчить з рани,

обрізувати або укоротити іншими способами неможливо, то слід залишити його таким, яким він є;

5. Необхідно зафіксувати і стабілізувати предмет, що знаходиться в рані, щоб він не рухався і не переміщався. Фіксація предмета в рані потрібна, оскільки будь-яке його переміщення може спровокувати додаткову травматизацію органів, що істотно погіршить стан і прогноз постраждалого. Для цього можна чужорідний предмет, що стирчить в рані, обкласти валиками з бинтів або будь-якої тканини з двох сторін, після чого зафіксувати усю конструкцію пов'язкою, лейкопластирем або скотчем. Потім щільно обмотати предмет перев'язувальним матеріалом і зав'язати його кінці. Обмотаний декількома шарами перев'язувального матеріалу предмет буде добре зафіксований. Причому чим важче або довше об'єкт, тим більше шарів перев'язувального матеріалу слід обмотати навколо нього для його фіксації;

6. Якщо в рані відсутній який-небудь чужорідний предмет, слід щільно прикрити її отвір долонею, щоб перекрити доступ повітря. Якщо на тілі є два отвори - вхідне і вихідне (по площі може бути в 10 разів більше за вхідний), то слід прикрити їх обоє. Потім якщо є можливість, треба накласти герметизуючу пов'язку на рану. Якщо пов'язку накласти неможливо, то доведеться затискати долонями отвору рани до приїзду "швидкої допомоги" або впродовж усього періоду самостійного транспортування потерпілого в найближчу лікарню;

7. Для накладення герметичної пов'язки використовують ППШ.

Список літератури

1. Шепельов В.М., Бондаренко В.В., Шепельова Т.В. та ін. Реабілітація пацієнтів з травмами щелепи: практичний посібник. Київ: Видавництво КМ Академія, 2018. 192 с.
2. Іванова О.М., Григоренко В.П., Лукашенко І.І. Роль фізіотерапії у покращенні функціональності щелепи після ушкоджень. Український журнал стоматології. 2019; 4(15): 55-62.

3. Ковальов І.П., Петренко О.В., Степаненко Г.М. та ін. Ефективність масажу у комплексному лікуванні пацієнтів з травмами щелепи. Журнал травматології та ортопедії України. 2020; 2(25): 78-85.
4. Сидоренко Л.І., Гончаренко А.М., Шевченко І.В. та ін. Вплив фізіотерапії на процес відновлення щелепи після перелому. Медична реабілітація та фізіотерапія. 2021; 3(10): 112-120.
5. Павленко В.О., Кузьменко Л.С., Литвиненко І.М. та ін. Комплексна програма реабілітації пацієнтів після травм щелепи: результати ретроспективного аналізу. Український журнал медицини та фізіотерапії. 2019; 6(18): 45-52.

ВИДИ УШКОДЖЕНЬ У БОЙОВИХ І НЕБОЙОВИХ УМОВАХ.

*Левков А.А.¹, Рибалко Л.М.¹, Москаленко П.О.²,
Москаленко І.В.², Гулько Т.Ю.¹*

¹Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

²НН Медичний інститут СумДУ, Суми, Україна

Під час війни ризик поранення є дуже високим, тому важливо знати, як проводити первинну обробку ран.

Рана – порушення цілості шкіри або слизової оболонки з можливим ушкодженням прилеглих тканин.

Класифікація ран:

1. За характером дії предмета, яким поранено рани бувають:

- вогнепальна рана виникає внаслідок дії кулі вогнепальної зброї.

Така рана має рановий канал, заповнений рановим детритом, сторонніми тілами. Мають зону травматичного некрозу тканин, а також зону молекулярного струсу. Такі рани максимально інфіковані. Розрізняють тупі (коли куля залишилася в тілі) і наскрізні (на виліт) поранення. Наскрізні поранення характеризуються наявністю вихідного отвору, який завжди більше вхідного. В залежності від типу кулі та дистанції стрільби рановий

канал може бути не прямолінійним і викликати великі пошкодження. Іноді вихідний отвір може знаходитися з боку вхідного (поранення в голову, груди або живіт при наявності бронежилета). Вхідний отвір характеризується наявністю т.зв. штанцмарки-коло навколо рани, чорного кольору. З цього сліду визначають калібр зброї (розмір самої рани як правило менше). Куля може залучати до рани частинки одягу, спорядження, що в свою чергу може привести до зараження.

- колота рана виникає від дії ножа, багнета, заточки, шила, пік. Ці рани мають невеликі зовнішні розміри при великій глибині. Іноді такі рани бувають наскрізними. Через велику глибини пошкодження, можуть виникати внутрішньо порожнинні кровотечі та пошкодження внутрішніх органів, що робить ці рани важко діагностуючими і від цього особливо небезпечними. Також велика небезпека інфекційного зараження.

- різана рана має рівні неушкоджені края і іноді значну довжину. Вони сильно кровоточать. Виникають в результаті дії ножа, скальпеля

- рублена рана дуже схожа на різану, але при цьому ушкодження набагато обширніше. Іноді спостерігається розтрощення м'яких тканин, дроблення і переломи кісток. Виникають в результаті дії сокири, шаблі.

- забита рана виникає внаслідок впливу тупого предмета (труби, молотка, обуха сокири тощо), при падінні з висоти. Через пошкодження судин навколо рани і їх закупорки порушується живлення країв рани кров'ю і як наслідок їх відмирання.

- розчавлена - виникає в результаті потрапляння кінцівки між рухомими частинами.

- рвана рана характеризуються вирваними шматками тканин, нерівними краями, ушкодженнями м'язів, сухожилів, відшаруванням ділянок шкіри.

- скакльпована рана виникає унаслідок удару гострим предметом, що рухається дотично до поверхні шкіри. Особливість цієї рани в тому що утворюються значні дефекти шкіри, що зумовлює тривале загоєння.

- укушена виникає при укусі тварин, людини. Рана глибока, рвана, з наявністю слини, зазвичай характерне масивне інфікування.

-отруйна рана виникає під дією отруйних речовин: фосфорорганічних речовин, кислот, лугів.

2. За ступенем забруднення:

- асептична (операційна рана)

- забруднена мікробами (рана, утворена в нестерильних умовах або нанесена в побуті, на виробництві тощо)

3. За глибиною ушкодження: поверхнева, проникна, наскрізна, касательні, сліпа.

4. За характером загоювання:

- загоювання первинним натягом самостерігається при різаних ранах, коли стінки та краї рани сполучені один з одним, при зашиванні операційних ран. Цри цьому стінки рани склеюються, злипаються між собою за рахунок фібринної плівки. Первинне натягування при загоюванні рани характеризується зрошуванням країв рани без макроскопічно видимої проміжної тканини. Таке заживлення можливе при повному і тісному зтиканні країв рани, але без натягування тканин, при відсутності інфекції в рані, при відсутності гематоми, при збереженні життєздатності країв рани, при відсутності сторонніх тіл, інфікованих тіл та вогнищ некрозу;

- загоювання під струпом коли раневий дефект покривається кіркою (струпом), яка складається з крові, лімфи, міжтканинної рідини. Струп виконує захисну, бар'єрну функцію, під ним відбувається репаративний процес за рахунок утворення грануляційної тканини та регенеруючого епідерміса. Після епітелізації струп відпадає. Вказанні види заживлення не мають між собою якісної різниці, раневий процес проходить всі фази розвитку, в регенеративних процесах приймають участь одні й ті ж клітинні культури. Закінчується заживлення рани формуванням сполучної (рубцевої) тканини.

- загоювання вторинним натягом спостерігається, коли краї та стінки рани не притуляються один до одного, коли є порожнина в рані, дефект тканин, багато загиблих тканин, розвивається інфекція. Заживлення таких ран проходить ті ж фази раневого процесу, що і при первинному натягуванні. Все ж таки спостерігається некроз, гнійний процес, очищення рани, виконання дефекта грануляціями, формування колагенових, еластичних волокон з утворенням сполучної тканини (рубця). Заживлення ран вторинним натягуванням відбувається через нагноєння, гранулювання, раневу контракцію, формування рубця та епітелізацію.

Раневий процес - це реакція організму на травму, що характеризується послідовними протіканнями стадій (фаз) з патологічними, біохімічними та клінічними особливостями. Розрізняють наступні фази (стадії) раневого процесу:

1. Фаза запалення, що характеризується ексудацією, розвитком запального набряку, некролізом, гідратацією.
2. Фаза проліферації, що характеризується переважанням відновних, регенеративних процесів, утворенням грануляційної тканини, дегідратацією.
3. Фаза загоювання - це дозрівання рубцевої тканини та епітелізація рани.

Основними симптомами є: біль, кровотеча, зіяння рани, функціональні, травматичні розлади.

Біль - неминучий при всіх випадкових ранах, інтенсивність і тривалість його залежить від топографії рани, від стану ЦНС, від предмету, що поранив, від наявності чужорідних тіл і т.д. Найбільш болісні рани в області нервових стовбурів і сплетень, черевної порожнини, окістя.

Кровотеча - спостерігається з кожної рани, але інтенсивність і тривалість її залежить від калібру пошкоджених судин, від вигляду ран, кровотеча з рваних, забитих, розчавлених ран менш інтенсивна, ніж при різаних, рублених коли кровоточать дрібні шкіряні і мускульні судини, а

тим більше великі. При рваних ранах кінці судин зм'яті, скручені, стінки розвалені і злипші. Ці обставини сприяють зупинці кровотечі.

Зіяння рани - це розходження її країв, пов'язане з еластичними властивостями пораних тканин, направленням рани, її глибиною, локалізацією, розміром пошкодження і дефектом тканини.

Функціональні розлади - виникають при різноманітних ранах, їх можна поділити на трофічні і судинні, що тісно переплітаються між собою.

Існують ранні ускладнення (одразу після ураження): кровотеча, гостра крововтрата, анемія, шок та пізні ускладнення (через декілька діб). Сюди відносять ранні та пізні вторинні кровотечі, нагноєння ран, сепсис і т.д. Інфіковану рану необхідно відрізнити від первинного мікробного забруднення. Останнє може мати місце і в ранах, що вважаються асептичними, стерильними. Інфіковані рани - це такі, коли розвивається гнійний процес і є клінічні ознаки місцевої та загальної інфекції. Інфіковані рани загоюються по типу вторинного натягу, через гнійно-грануляційний процес.

Обстеження пораненого повинно бути ретельним і всебічним. Відомості з анамнезу дозволяють отримати інформацію про предмет, що поранив. При огляді рани визначають:

- 1) Розміри, вигляд рани, ступінь пошкодження тканин, її забрудненість;
- 2) Виявляють наявність деформацій, ступінь активних і пасивних рухів в суглобах;
- 3) Наявність і характер пульсу на периферійних артеріях кінцівок.

Головною метою лікування будь-яких ран є відновлення форми та функції пошкодженої при травмі тканини, шляхом з'єднання анатомічних структур зшиванням тканини. Для досягнення цієї головної мети при наданні допомоги на різних етапах лікування проводяться наступні заходи.

При наданні першої допомоги на догоспітальному етапі пораненій людині здійснюють: зупинку кровотечі; профілактику інфекції;

профілактику шоку; негайна евакуація. В залежності від характеру кровотечі накладаються асептична пов'язка чи кровоупинний джгут.

Література

1. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В.О.Крилюк, В.Д.Юрченко, А.А.Гудима та ін. - К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. - 84 с.
2. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар І.В., Корольова Н.Д., Кучанська Г.Б., Новицький Н.О. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги: Підручник. - К.: «Медицина», 2011. – 526 с.
3. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В. Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М. Малик С.Л., Кривецька Н.В. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на до госпітального етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015.
4. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К.: «МП Леся», 2015.
5. Наказ МОЗ України «про заходи щодо удосконалення надання екстреної мед. допомоги населенню в Україні. № 500 від 29.08.2008р.
6. Олена і Віктор Пінчук «Навчальна програма «Військова медицина на полі бою» (Combat Medicine)» Київ, Україна, 2015, 255 с.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ – ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Могильник А.І.¹, Тарасенко К.В.¹, Давиденко А.В.¹, Могильник А.М.²,
Шандиба О.В.³, Архіповець О.О.¹

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

²Кардіологічна медико-соціальна експертна комісія, м. Полтава, Україна

³КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР»,
м. Полтава, Україна

Вступ. Перевантаженість служб невідкладної допомоги – це актуальна проблема громадської охорони здоров'я, яка торкається всіх країн світу і попри численні зусилля, що прикладаються в цій галузі, значних успіхів досягти поки що не вдається. На тлі військового вторгнення росіян на територію України з постійними повітряними атаками по містах з високою щільністю населення в рази зросло навантаження на службу екстреної медичної допомоги, що потребує якнайшвидшого покращення її структури та організації роботи [3].

Перевантаженість служби – це ситуація, коли підвищена потреба у медичній допомозі, перевищує можливість забезпечити її у належний час. Спостерігається збільшення кількості відвідувань відділень медичної допомоги з щорічними темпами зростання по всьому світу, наприклад, до 10% у Новій Зеландії, 8.5% у Великій Британії та 5% у Бельгії [5].

Одним із важливих факторів збільшення зростання відвідувань є найчастіше нетермінові виклики чи візити, тобто візити пацієнтів зі станами, які не вимагають термінової уваги або складних втручань і можуть безпечно лікуватися в організаціях первинної медико-соціальної допомоги [4]. За даними К. Van den Heede (2016) частка нетермінових відвідувань відділень невідкладної допомоги варіює від 20% у Сполучених Штатах та до 56% у Бельгії [5].

Відмінності між країнами в кількості відвідувань відділень невідкладної медичної допомоги на 1000 осіб населення, коливається від 124

в Нідерландах, до 311 в Австралії. Частка госпіталізованих пацієнтів від загальної кількості звернень становить: в Австралії 33%, 27–32% в Англії, Данії та Нідерландах. У Німеччині ця частка значно вища, близько 49% [9].

Наслідки перевантаження служби екстреної медичної допомоги негативно позначаються як на пацієнтах, а й на самому медичному персоналі. Знижується якість медичної допомоги, підвищується смертність серед пацієнтів, кількість медичних помилок та фінансових витрат, відбувається «вигорання» медичного персоналу [8].

Сортування пацієнтів – це динамічний процес, що не має обмежень за часом і простором, він вимагає постійної переоцінки ситуації протягом усього ланцюга надання медичної допомоги, категоризація пацієнтів залежить від зміни їх стану протягом перебігу травми чи захворювання, або внаслідок наданої їм медичної допомоги. Час очікування пацієнтами медичної допомоги є одним із найважливіших показників ефективності роботи служби екстреної медичної допомоги. Неточність сортування негативно впливає час очікування пацієнтами медичної допомоги [11].

Медичне сортування – це процес, який має важливе значення, коли є невідповідність між потребами (кількість хворих, що одночасно звернулися по допомогу) та доступними засобами служби екстреної медичної допомоги (матеріальні та людські ресурси). Метою медичного сортування є найбільш ефективне використання наявних ресурсів для надання кваліфікованої медичної допомоги відповідно до тяжкості стану пацієнта та ступеня терміновості надання медичної допомоги. Головною умовою її здійснення є підготовлений та кваліфікований медичний персонал [12].

Вперше медичне сортування було застосовано на початку XIX століття хірургом бароном Домініком-Жаном Ларреєм, начальником імператорської гвардії Наполеона. Практика сортування тісно пов'язана з військовою медициною, де було визнано важливість швидкого огляду та розподілу поранених солдатів за ступенем їх тяжкості та надання допомоги важким хворим безпосередньо під час битви, не чекаючи на її закінчення.

Пріоритетною групою були легко поранені солдати, яким можна було швидко надати допомогу та повернути на поле бою [12].

В основі сучасних методів класифікації постраждалих та пацієнтів також лежать принципи сортування Д. Ж. Ларрея [13]. Було проведено безліч досліджень, розроблено низку методів та стратегій, що пропонують моделі для прогнозування госпіталізацій, сортування потоку пацієнтів за ступенем тяжкості, збільшення кількості медичного персоналу тощо. З кінця 1980 року було розроблено та вивчено декілька світових шкал сортування хворих. Найважливішими з них є Австралазійська шкала сортування (ATS), Канадська шкала сортування (CTAS), Манчестерська шкала сортування (MTS) у Великобританії, індекс надзвичайної серйозності (ESI) у США, Південно-Африканська Шкала сортування (SATS). Ці стандартизовані системи сортування мають спільні елементи. Їхня основна мета – визначення пріоритету пацієнтів із критичною потребою у терміновій медичній допомозі. Головною відмінністю є те, що Австралійська, Канадська, Манчестерська шкали сортування та індекс надзвичайної серйозності були розроблені для використання в умовах з високим рівнем ресурсів, тоді як Африканська Шкала сортування передбачає умови з обмеженими матеріальними та людськими ресурсами [7].

У Північній Америці вперше була використана система сортування START (англ. Simple Triage and Rapid Treatment). START — це проста система медичного сортування, що може виконуватися слабо навченими цивільними та рятувальниками у надзвичайних ситуаціях. Вона не призначена для інструктажу медичного персоналу чи заміни їхніх методик. Цієї системи навчали каліфорнійських рятувальників для використання при землетрусах. Вона добре зарекомендувала себе при масових нещасних випадках, таких як залізничні катастрофи та автокатастрофи з автобусами, хоч її й було розроблено для використання громадськими групами швидкого реагування (англ. community emergency response team, CERT) та пожежниками [2].

У процесі розширеного медичного сортування поранені люди поділяються на категорії. Загальноприйнятими є п'ять категорій з відповідними кольорами та номерами, хоча це може залежати від регіону світу.

1. Безнадійний (англ. Expectant), або морг (англ. Morgue) (пріоритет 0, чорний колір) – постраждалі, у яких відсутнє дихання і пульс, чи в стані агонії. Травми та стани у цій категорії кваліфікуються, як не сумісні з життям. Вони повинні оперативно виявлятися, щоб уникнути непотрібного реанімаційного лікування. Всі пацієнти без свідомості, пульсу, спонтанного дихання повинні вважатися померлими, тим більше якщо вони мають серйозні травматичні ушкодження (черепно-мозкові та/або грудні рани, ампутації кінцівок, великі опіки, опромінення); допомога їм зазвичай є паліативною, анальгезія та седація для зменшення страждань.
2. Негайний (англ. Immediate) (пріоритет 1, червоний колір) – до них відносяться хворі з життєзагрозливими станами, такими як: респіраторний дистрес синдром, травматичний, геморагічний шок із зовнішньою, або внутрішньою кровотечею, великі опіки та ін., життя яких може бути збережено, якщо допомога буде надана найближчим часом (інтубація трахеї, зупинка кровотечі, у тому числі проведення лапаротомії та ін.). Після надання їм невідкладної допомоги ці хворі можуть бути переведені в менш термінову категорію.
3. Спостереження (англ. Observation), або відстрочений (англ. Delayed) (пріоритет 2, жовтий колір) – це пацієнти, які не мають гемодинамічних, дихальних, неврологічних порушень, яким потрібне термінове лікування, але може бути відкладено на кілька годин, без зміни прогнозу. До такої категорії належать хворі із закритими або відкритими переломами кінцівок, хребта, тазу та ін.
4. Очікувач (англ. Wait), або незначний (англ. Minor) (пріоритет 3, зелений колір) – категорія хворих, що не вимагає надання негайної допомоги або

госпіталізації, їм необхідне спостереження або невеликий обсяг медичної допомоги, яку вони можуть отримати амбулаторно.

5. Відпущений (англ. Dismiss), або ходячий поранений (пріоритет 4, білий колір) – категорія хворих, що мають незначні травми; перша допомога та домашній догляд є достатніми. Травми на кшталт порізів, подряпин чи незначних опіків [1].

Класифікація UA/UR традиційно використовується у Франції. Долікарняне медичне сортування у разі катастроф використовує чотирирівневу шкалу:

- DCD: фр. *décédé* (померлі), або фр. *urgence dépassée* (поза невідкладністю)
- UA: фр. *urgence absolue* (абсолютна невідкладність)
- UR: фр. *urgence relative* (відносна невідкладність)
- UMP: фр. *urgence médico-psychologique* (медико-психологічна невідкладність), до якої відносяться легкопоранені або просто психологічно шоковані потерпілі [6].

Австралазійська шкала медичного сортування (англ. Australasian Triage Scale, ATS), формально відома як Національна шкала медичного сортування (англ. National Triage Scale) – це система медичного сортування, впроваджена як в Австралії, так і в Новій Зеландії. Ця шкала використовується з 1994 року. Вона складається з 5 рівнів, з яких «1» є найкритичнішим (реанімація), а «5» є найменш критичним (не термінові), та визначає час, на який можна відтермінувати надання допомоги:

1. Реанімація (англ. Resuscitation), 0 хвилин
2. Критичні (англ. Emergency), 10 хвилин
3. Термінові (англ. Urgent), 30 хвилин
4. Напівтермінові (англ. Semi-Urgent), 60 хвилин
5. Не термінові (англ. Nonurgent), 120 хвилин

Сортування включає швидку (2-5 хвилин) оцінку стану пацієнта та анамнезу захворювання, інтерпретацію фізичних даних та визначення

категорії терміновості надання медичної допомоги. Документація має бути заповнена швидко та коротко, але відображати повну клінічну картину захворювання [7].

У процесі сортування можливі три варіанти оцінки прийнятого рішення про категорію ургентності: очікуваний, надмірний чи недостатній. Очікуване сортування – це правильне рішення, коли історія захворювання та фізіологічна оцінка узгоджуються з виділеним кодом сортування.

Недостатнє сортування, або медичне недосортування – це недооцінка тяжкості хвороби або травми при виділенні категорії з меншою терміновістю, ніж це необхідно, що призводить до затримки надання невідкладної допомоги пацієнтам із погіршенням прогнозу захворювання. Історично склалося так, що прийнятним рівнем медичного недосортування вважається 5% або менше.

Перевитрата ресурсів відбувається тоді, коли виділена категорія сортування має вищий рівень терміновості, ніж необхідно. Це, так зване, медичне пересортування – це переоцінка тяжкості хвороби або травми. Прийнятним рівень медичного пересортування, як правило, вважалося до 50%, у спробі уникнути недосортування. Деякі дослідження показують, що ймовірність виникнення пересортування нижча, якщо медичне сортування виконується лікарськими бригадами, а не парамедиками чи працівниками екстрених служб [3, 10].

Для полегшення оцінки ефективності, моніторингу точності, послідовності прийняття рішень медичного сортування за Австралазійською шкалою, для можливості підвищення безпеки пацієнтів та професійного розвитку швидкої медичної допомоги, була розроблена онлайн-система. Електронна система реєстрації історій хвороби, яка надалі дає можливість для оцінки сортувальної інформації. Реєструються такі дані: ім'я пацієнта, вік, час надходження, анамнез життя та захворювання, алергічні реакції, рівень болю та життєві показники, сортувальна категорія [11].

Медичне сортування в Україні проводиться на підставі наказів Міністерства охорони здоров'я № 34 від 15 січня 2014 року «Медичне сортування», адаптована клінічна настанова, заснована на доказах та № 368 від 24 лютого 2022 року стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі». Під час сортування використовуються алгоритми START (при проведенні сортування дорослих) та Jump START (при сортуванні дітей) з розділенням постраждалих на стандартні чотири категорії з відповідними кольорами та номерами (крім «Білої», відпущені після надання первинної допомоги). Сортування передбачає оцінку стану свідомості, стану дихання та перфузії з обов'язковим заповненням облікової форми № 109-2/о «Карта медичного сортування».

Висновок. Не зважаючи на навантаження, що прогресивно зростає на служби екстреної медичної допомоги в Україні на фоні московського вторгнення та збільшення її фінансування останніми роками, суттєво зросли лише кількісні показники її роботи без особливого покращення якості надання допомоги через відсутність будь-яких змін в організації роботи служби екстреної медичної допомоги, яка ґрунтується на застарілих радянських принципах управління.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Могильник А.І., Бодулев О.Ю., Адамчук Н.М. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посіб. Полтава: ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», 2019. 125 с.
2. Могильник А.І., Тарасенко К. В., Адамчук Н. М., Сонник Є. Г., Архіповець О. О. Організація медичного супроводу військових підрозділів під час бойових дій на основі принципу «золотої години» // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 2023. Т. 23, вип. 1 (81). С. 184-189. doi: 10.31718/2077-1096.23.1.184.

3. Могильник А.І., Тарасенко К.В., Сонник Є.Г., Адамчук Н.М., Архіповець О.О. Особливості епідеміологічної ситуації в зонах військових конфліктів та антропогенних катастроф. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 2023. Т.23, 2 (82). С.184-189. doi: 10.31718\2077-1096.23.2.2.144.
4. Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling T. E., Jackson T., van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin, W. Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands // Analyzing Organization, Payment and Reforms. Health Policy. 2019. Vol. 123(1). P. 1-10. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.001. Epub 2018 Nov 10. PMID: 30503764.
5. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. Paris, 2015. 488 p.
6. Hinson J. S., Martinez D. A., Cabral S., George K., Whalen M., Hansoti B., Levin, S. Triage Performance in Emergency Medicine: A Systematic Review // Annals of Emergency Medicine. 2019. Vol.74(1). P. 140-152. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.09.022. Epub 2018 Nov 22. PMID: 30470513.
7. Hodge A., Hugman A., Varndell W., Howes K. A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice // Australasian Emergency Nursing Journal. 2013. Vol.16(1). P. 21-29. doi: 10.1016/j.aenj.2012.12.003. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23622553.
8. Michaloux M., Orsini J.-P., Nahon M., Vivien B. Triage // Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2016. №28. P. 74-80. URL: <https://www.em-consulte.com/es/article/1069488/triage> (дата звернення: 04.02.2024).
9. Rajan S., Engelbrecht A. A cross-sectional survey of burnout amongst doctors in a cohort of public sector emergency centres in Gauteng, South Africa // African Journal of Emergency Medicine. 2018. №8 (3). P. 95-99. doi: 10.1016/j.afjem.2018.04.001. Epub 2018 May 7. PMID: 30456156; PMCID: PMC6223592.

10. Van den Heede K., van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews // Health Policy. 2016. №120 (12). P. 1337–1349. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.10.002. Epub 2016 Oct 13. PMID: 27855964.
11. Varndell W., Hodge A., Howes K., Jeffers A., Marquez-Hunt N., Hugman A. Development and preliminary testing of an online software system to facilitate assessment of accuracy and consistency in applying the Australasian Triage Scale // Australasian Emergency Care. 2018. №21(4). P. 150-158. doi: 10.1016/j.auec.2018.10.001. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30998891.
12. Wengert J.W. Jean Dominique Larrey (1766-1842): Surgeon of the Guard. Mil Med. 1979 Jun. №144(6). P. 414-417. PMID: 112504. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/112504/> (дата звернення: 04.02.2024).
13. Wireklint S.C., Elmqvist C., Parenti N., Göransson K.E. A descriptive study of registered nurses' application of the triage scale RETTS©; a Swedish reliability study // International Emergency Nursing. 2018. Vol.38, P. 21-28. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.003. Epub 2018 Jan 8. PMID: 29326039.

**ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЩО
ГАРАНТУЮТЬ МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПІВРОБІТНИКІВ МВС
В МИРНИЙ ТА ВОЄННИЙ ЧАС**

Євгенія Сергата

ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», м. Полтава, Україна

Право на охорону здоров'я є ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права й можливість населення отримати доступ до потрібної медичної допомоги знаходиться у центрі уваги. Країни світу стикаються з різноманітними проблемами в галузі охорони здоров'я, які регулюються міжнародно-правовими актами[1], зокрема (таб. 1):

Таблиця 1

№ з/п	Дата прийняття	Набув чинності	Назва документу
1.	Прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10.12.1948 р.		Загальна декларація прав людини
2.	Прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 16.12.1966 р.	03.02.1976 р.	Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права ООН
3.	2000 р.	01.12.2009 р.	Хартія основоположних прав Європейського Союзу
4.	13.12.2006	16.12.2009/для України 06.03.2010	Конвенція про права осіб з інвалідністю

Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року (стаття 25): Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини. [2]

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, головний внесок якого полягає в проголошенні основних прав людини, які мають бути закріплені в законодавстві кожної цивілізованої країни. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права вказано, що держави, визнаючи право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я повинні вжити такі заходи, для повного здійснення цього права, які є необхідними для забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних,

професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [3].

Хартія основних прав Європейського Союзу (стаття 35): кожна людина має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та користуватися медикаментозним лікуванням на умовах, встановлених національним законодавством та практикою. Підвищена увага повинна приділятися захисту здоров'я людини при розробці та здійсненні всіх політик та дій Європейського Союзу [4].

Конвенція про права осіб з інвалідністю, де в статті 25 держави-учасниці визнають, що особи з інвалідністю мають право на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу осіб з інвалідністю до послуг у сфері охорони здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я. В статті 26 для того, щоб надати особам з інвалідністю можливість досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування [5].

Медичне забезпечення співробітників МВС характеризується відомчою належністю і адміністративно-правовим регулюванням його організації і виконання функцій, що обумовлено специфічними умовами служби в підрозділах МВС.

Основним законодавчим актом, що координує правове забезпечення права на медичне забезпечення співробітників МВС є Конституція України:

- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

- охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм;

державна створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [1].

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;

- формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а також на засадах інтеперабельності, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я;

- дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та/або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини [2].

МВС України, відповідно до покладених на нього завдань, розробляє, організовує і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, оздоровчих і реабілітаційних заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я осіб, які, згідно із законодавством, мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС України; здійснює управління закладами охорони здоров'я, що належать до сфери управління МВС України.

Особливості медичного забезпечення співробітників МВС:

1. Безоплатне медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України;

2. У разі відсутності за місцем проходження служби, місцем проживання або тимчасового перебування поліцейських закладу охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України чи відповідних відділень або спеціального медичного обладнання, необхідного для надання медичної допомоги, а також у невідкладних випадках медична допомога надається державними або комунальними закладами охорони здоров'я;

3. У разі відсутності спеціального медичного обладнання, медичних фахівців або спеціалізованих відділень у закладах охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, а також в інших державних та комунальних закладах охорони здоров'я, медичних показань, визначених закладом охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, бюджетних асигнувань поліцейський може бути направлений за висновком відповідного закладу охорони здоров'я на обстеження або лікування до приватного закладу охорони здоров'я або іноземного медичного закладу.

4. Поліцейські мають право на пільгове реабілітаційне, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та відпочинок у медичних реабілітаційних центрах, санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та оздоровчих закладах Міністерства внутрішніх справ України за рахунок бюджетних коштів, визначених на утримання Міністерства внутрішніх справ України в [порядку](#), що встановлюється Міністерством внутрішніх справ України.

5. Поліцейські зобов'язані щороку проходити комплексний медичний огляд (диспансеризацію), а за необхідності - цільові медичні огляди, психофізіологічні обстеження і тестування в [порядку](#), визначеному Міністром внутрішніх справ України.

6. Під час дії воєнного стану поліцейським гарантується безоплатне медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності [3].

До початку воєнних дій на території України були опубліковані основні нормативні документи, які регламентують медичне забезпечення в цілому і медичне забезпечення співробітників МВС (таб. 2):

Таблиця 2

№ з/п	Дата підписання	№ документа/наказу	Назва документа/наказу
1.	28.06.1996 р.		Конституція України
2.	1993 р.		Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
3.	04.11.2003р.	1296	Наказ МВС «Про медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я системи МВС України»
4.	18.08.2014 р.	831	Наказ МВС «Про затвердження Порядку організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій»

З 2014 року залишається актуальною тема про проведення третинної профілактики – реабілітації співробітників МВС – учасників бойових дій з захворюваннями кістково-м'язової системи. Реабілітація учасників бойових дій - це один із найважливіших напрямків діяльності органів державної влади щодо створення та реалізації програм соціального захисту бійців, збереження або відновлення фізичного та психологічного здоров'я учасників бойових дій, досягнення ними соціально-психологічного благополуччя.

Війна поставила нам нові виклики і в розрізі профілактики захворювань кістково-м'язової системи співробітників МВС і щодо їх реабілітації в рамках третинної профілактики.

Ризик травмування особового складу підрозділів МВС є досить високим, тому держава на законодавчому рівні забезпечує своєчасне виявлення негативного впливу на здоров'я співробітників під час виконання професійних обов'язків та забезпечити оперативне надання медичної допомоги, проведення лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Тому у вищевказаних нормативних документах були внесені зміни з початку воєнних дій на території України і опубліковані нові нормативно – правові акти, які регулюють порядок медичного забезпечення співробітників МВС, профілактику хвороб (зокрема захворювань кістково-м'язової системи) у співробітників МВС та їх реабілітацію (таб. 3):

Таблиця 3

№ з/п	Дата підписання документа	Дата внесення останніх змін	№ документа/наказу	Назва документа/наказу
1.	28.06.1996 р.	02.12.2019р.		Конституція України [1]
2.	1993 р.	09.08.2023р.		Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2]
3.	2015р.	06.09.2023		Закон України «Про Національну поліцію України» [3]
4.	2021р.	09.08.2023р.		Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [4]
5.	16.12.2022 р.	01.12.2023р.	1462	Постанова КМУ «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [5]
6.	04.11.2003р.	07.11.2017р.	1296	Наказ МВС «Про медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я системи МВС України» зі

				змінами[6]
7.	18.08.2014 р.	24.10.2022р.	831	Наказ МВС «Про затвердження Порядку організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій» [7]
8.	10.12.2015 р.	-	1561	Наказ МВС «Про затвердження Порядку проходження комплексного медичного огляду (диспансеризації) поліцейськими» [8]
9.	04.02.2016 р.	-	84	Наказ МВС «Про закріплення особового складу військових частин та підрозділів Національної гвардії України за закладами охорони здоров'я МВС» [9]
10.	03.06.2016р.	20.12.2017р.	462	Наказ МВС «Про затвердження Інструкції про порядок медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС» зі змінами[10]
11.	01.11.2016 р.	-	1146	Наказ МВС «Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попереднього і періодичних медичних оглядів (диспансеризації) у закладах охорони здоров'я МВС» [11]
12.	14.06.2017 р.	-	507	Наказ МВС «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України» [12]
13.	03.04.2017 р.	07.08.2023р.	285	Наказ МВС «Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС» зі змінами[13].
14.	19.02.2018 р.	-	119	Наказ МВС «Про організацію та

				проведення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної гвардії України та Державної прикордонної служби України» [14].
15.	18.06.2018 р.	26.12.2018р.	516	Наказ МВС «Про організацію обов'язкового проходження медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Національної гвардії України та поліцейських» [15].
16.	31.08.2018 р.	-	728	Наказ МВС «Про затвердження Табелів матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я МВС» [16].
17.	16.11.2022	02.12.2022р.	2083	Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» [17].

Нормативно - правові акти, які були опубліковані після початку воєнних дій в Україні та зміни, які в них внесені суттєво відрізняються від попередніх редакцій зі зміщенням акцентів на своєчасну профілактику захворювань (в тому числі і кістково-м'язової системи) у співробітників МВС і на їх реабілітацію.

Високий рівень медичного забезпечення є важливим чинником, який впливає на результати діяльності співробітників МВС. Співробітник, ризикуючи власним життям, має розраховувати на надання своєчасної медичної допомоги та медичної підтримки у випадку тимчасової або часткової/повної втрати працездатності.

Нормативно - правові акти, які були опубліковані після початку воєнних дій в Україні та зміни, які в них внесені суттєво відрізняються від попередніх редакцій зі зміщенням акцентів на своєчасну профілактику.

за період від початку воєнних дій в Україні до сьогодні система надання медичної допомоги співробітникам МВС удосконалюється в напрямку профілактики хвороб (в т.ч. захворювань кістково-м'язової системи) і реабілітації.

Список літератури:

1. Конституція України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>;
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст.4) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>;
3. Закон України «Про Національну поліцію України» зі змінами (ст.95) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text>;
4. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>;
5. Постанова КМУ «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 16.12.2022 р. №1462 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>;
6. Наказ МВС «Про медичне забезпечення в закладах охорони здоров'я системи МВС України» від 04.11.2003р. № 1296 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0596-04#Text>;
7. Наказ МВС «Про затвердження Порядку організації медичного забезпечення в системі Державної служби України з надзвичайних ситуацій» [16] від 18.08.2014 р. № 831 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1095-14#Text>;
8. Наказ МВС «Про затвердження Порядку проходження комплексного медичного огляду (диспансеризації) поліцейськими» від 10.12.2015 № 1561 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1663-15#Text>;
9. Наказ МВС «Про закріплення особового складу військових частин та підрозділів Національної гвардії України закладами охорони здоров'я МВС» 04.02.2016 р. № 84 <https://mvs.gov.ua/uk/documents/normativno-pravovi->

[akti/departament-oxoroni-zdorovya/nakaz-mvs-vid-04022016-84-pro-zakriplennya-osobovogo-skladu-viiskovix-castin-ta-pidrozdiliv-nacionalnoyi-gvardiyi-ukrayini-za-zakladami-oxoroni-zdorovya-mvs-zi-zminami-vnesenimi-nakazom-mvs-vid-06122017-999](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z04022016-84-pro-zakriplennya-osobovogo-skladu-viiskovix-castin-ta-pidrozdiliv-nacionalnoyi-gvardiyi-ukrayini-za-zakladami-oxoroni-zdorovya-mvs-zi-zminami-vnesenimi-nakazom-mvs-vid-06122017-999);

10. Наказ МВС «Про затвердження Інструкції про порядок медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС» 03.06.2016 № 462
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0912-16#Text>;

11. Наказ МВС «Про затвердження Порядку проведення обов'язкових попереднього і періодичних медичних оглядів (диспансеризації) у закладах охорони здоров'я МВС» 01.11.2016 № 1146
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1543-16#Text>;

12. Наказ МВС «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України» 14.06.2017 № 507
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0845-17#Text>;

13. Наказ МВС «Про затвердження Положення про діяльність медичної (військово-лікарської) комісії МВС» 03.04.2017 № 285
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0559-17#Text>;

14. Наказ МВС «Про організацію та проведення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Національної гвардії України та Державної прикордонної служби України» 19.02.2018 № 119
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-18#Text>;

15. Наказ МВС «Про організацію обов'язкового проходження медико-психологічної реабілітації військовослужбовців Національної гвардії України та поліцейських» 18.06.2018 р. № 516
<https://mvs.gov.ua/uk/documents/normativno-pravovi-akti/departament-oxoroni-zdorovya/nakaz-mvs-vid-18062018-516-pro-organizaciyu-obovyazkovogo-proxodzennya-mediko-psixologicnoyi-reabilitaciyi-viiskovosluzbovciv-nacionalnoyi-gvardiyi-ukrayini-ta-policeiskix-zi-zminami-vnesenimi-nakazom-mvs-vid-26122018-1055>;

16. Наказ МВС «Про затвердження Табелів матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я МВС» 31.08.2018 № 728
<https://mvs.gov.ua/uk/documents/normativno-pravovi-akti/departament-oxoroni-zdorovya/nakaz-mvs-vid-31082018-728-pro-zatverdzenya-tabeliv-materialno-texnicnogo-osnashhennya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-mvs>;
17. Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» 16.11.2022 № 2083
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>;

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Н.В. Харченко¹, Т.В. Плужнікова², А.М. Подвін¹

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²Полтавський національний педагогічний університет,
Полтава, Україна

Вступ. Збройні конфлікти та стихійні лиха завдають значних психологічних і соціальних страждань постраждалому населенню. Психологічні та соціальні наслідки надзвичайних ситуацій можуть бути гострими в короткостроковій перспективі, але вони також можуть підірвати довгострокове психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя постраждалого населення. Ці наслідки можуть загрожувати миру, правам людини та розвитку. Таким чином, одним із пріоритетів у надзвичайних ситуаціях є захист і покращення психічного здоров'я та психосоціального благополуччя людей. Досягнення цього пріоритету вимагає скоординованих дій усіх урядових і неурядових гуманітарних організацій.

Мета. Сформулювати авторське бачення соціально-економічної і психологічної оцінки психічного здоров'я.

Матеріали і методи. Використано історичний та епідеміологічний методи дослідження.

Результати дослідження. Ефективне програмування психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (МНПСС) вимагає міжсекторальної координації між різними учасниками, оскільки всі учасники гуманітарної допомоги несуть відповідальність за сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю. Координація МНПСС повинна включати служби охорони здоров'я, освіти, захисту та соціальних служб, а також представників постраждалих громад. Він також має співпрацювати з секторами харчування, безпеки, житла, водопостачання та санітарії.

Координація допомагає гарантувати, що (а) усі аспекти гуманітарної допомоги реалізуються таким чином, щоб сприяти психічному здоров'ю/психосоціальному благополуччю; (б) конкретна підтримка психічного здоров'я та психосоціальна підтримка включені до гуманітарної допомоги. Для цього учасники МНПСС повинні узгодити загальну стратегію та розподіл праці, які справедливо підтримують громади, які постраждали від надзвичайної ситуації. Погана координація може призвести до неефективного, невідповідного або навіть шкідливого програмування.

У забезпеченні відповідної координації існує низка ключових труднощів. Подолання розриву між «психічним здоров'ям» і «психосоціальним» програмуванням (часто пов'язаним, відповідно, із секторами охорони здоров'я та захисту) є ключовим викликом у багатьох надзвичайних ситуаціях. Координація була особливо складною під час резонансних надзвичайних ситуацій, у яких брала участь велика кількість учасників. Постраждале населення може бути перевантажене чужинцями, а місцевий внесок у психічне здоров'я та психосоціальну підтримку легко маргіналізувати або підірвати. Побудова спільного розуміння між суб'єктами з різними поглядами на МНПСС (наприклад, національні уряди, донори, міжнародні організації, місцеві громади та НУО) і забезпечення своєчасного вирішення спільних проблем є ключовими для ефективною координації.

Прикладом може служити Ачех, напівавтономна провінція [Індонезії](#), 2005 рік.

Під час гуманітарних операцій після цунамі в грудні 2004 р. органи охорони здоров'я провінції отримували спільну допомогу від двох організацій ООН у координації всіх зусиль, пов'язаних із психічним здоров'ям та психосоціальною підтримкою.

Була створена міжвідомча психосоціальна робоча група Ачеха. У щотижневих зустрічах брали участь понад 60 агенцій, які працюють у сферах соціальної сфери, охорони здоров'я та захисту. Психосоціальна група звітувала перед координаційними групами охорони здоров'я та захисту дітей.

Міжвідомча психосоціальна робоча група Ачеха розробила «Принципи психосоціальної програми для Ачеха, Індонезія», які широко пропагувалися та використовувалися.

Планування, моніторинг і оцінка є частиною одного програмного циклу. Моніторинг у надзвичайних ситуаціях – це систематичний процес збору та аналізу інформації для прийняття гуманітарних рішень, пов'язаних із поточною або потенційно новою діяльністю. Оцінка включає аналіз актуальності та ефективності поточних або завершених заходів. Коротше кажучи, метою моніторингу та оцінки (М&О) у надзвичайних ситуаціях є покращення гуманітарної діяльності шляхом збору інформації про реалізацію та вплив допомоги та використання її для керівництва вдосконаленням програм у мінливому контексті.

Бажано, щоб М&О базувався на підходах участі. Це означає, що постраждалі громади повинні максимально брати участь у всіх аспектах процесу М&О, включаючи обговорення результатів та їх наслідки.

Прикладом може служити Сальвадор, країна в Центральній Америці, 2001 рік.

Місцева влада та команда психосоціальної спільноти з місцевого університету та міжнародної неурядової організації створили систему М&О в таборі з 12 000 людей, які постраждали від землетрусу.

Система збирала кількісні та якісні дані про взаємну підтримку, солідарність, безпеку, лідерство, процеси прийняття рішень, доступ до

оновленої інформації, сприйняття влади, працевлаштування, нормалізаційну діяльність, сприйняття згуртованості громади та сприйняття майбутнього.

Система включала базове опитування з регулярними тримісячними спостереженнями у випадковій вибірці з 75 наметів. Щоразу п'ять волонтерів збирали дані протягом 24 годин.

Після трьох місяців система моніторингу та оцінки виявила суттєве зниження взаємної підтримки та солідарності. Були вжиті відповідні заходи (наприклад, зміна розподілу наметів і приміщень для приготування їжі, групові заходи). Через три місяці опитування показало зростання довіри до керівництва та процесів прийняття рішень, що свідчить про те, що тенденція змінилася.

У більшості надзвичайних ситуацій існує розрив між психічною та психосоціальною підтримкою (MHPSS) і загальною медичною допомогою. Однак спосіб надання медичної допомоги часто впливає на психосоціальне благополуччя людей, які переживають надзвичайні ситуації. Співчутлива, емоційно підтримуюча опіка захищає благополуччя постраждалих, тоді як нешанобливе ставлення або погане спілкування загрожує гідності, утримує людей від звернення за медичною допомогою та підриває дотримання режимів лікування, у тому числі для таких небезпечних для життя захворювань, як ВІЛ/СНІД. Проблеми з фізичним і психічним здоров'ям часто виникають одночасно, особливо серед тих, хто пережив надзвичайні ситуації. Однак тісні взаємозв'язки між соціальними, психічними та фізичними аспектами здоров'я зазвичай ігноруються в поспіху з організацією та наданням медичної допомоги.

Часто загальні заклади охорони здоров'я – такі як заклади первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – пропонують першу точку контакту для надання допомоги людям із психічними та психосоціальними проблемами.

Постачальники медичних послуг часто стикаються з емоційними проблемами постраждалих під час лікування хвороб і травм, особливо під час

лікування наслідків для здоров'я внаслідок порушень прав людини, таких як тортури та зґвалтування. Деякі форми психологічної підтримки (тобто базова перша психологічна допомога) для людей, які перебувають у гострому психологічному стресі, не вимагають глибоких знань, і їм можна легко навчити працівників, які не мають попередньої підготовки з питань психічного здоров'я.

Прикладом може слугувати Македонія, 1999 рік.

Велика кількість косовських біженців була розміщена у тимчасових таборах. Громадські медичні працівники (CHWs) пройшли короткий тренінг щодо виявлення (медично та соціально) вразливих випадків та куди їх направити. Тренінг включав базові знання з управління стресом.

CHWs працювали під наглядом спеціалістів у закладах невідкладної ПМСД. Вони були набрані з місцевого населення та біженців і відповідали за моніторинг, виявлення вразливих людей у таборах, направлення таких людей до медичних і соціальних організацій, забезпечення подальшого спостереження за медичними/психічними захворюваннями (аутріч) та надання інформації новоприбулим.

Служби психічного здоров'я (психіатрична та гостра кризова психологічна підтримка) були приєднані до служби ПМСД та отримували направлення від персоналу ПМСД. Коли надзвичайна ситуація стабілізувалася, CHW пройшли інтенсивну підготовку та нагляд і стали консультантами табору.

Висновки. Психічне здоров'я та психосоціальні проблеми в надзвичайних ситуаціях тісно взаємопов'язані, але можуть мати переважно соціальний або психологічний характер.

До значних проблем переважно соціального характеру належать:

Попередні (до надзвичайної ситуації) соціальні проблеми (наприклад, крайня бідність; приналежність до дискримінованої або маргіналізованої групи; політичне гноблення);

Соціальні проблеми, спричинені надзвичайними ситуаціями (наприклад, розлучення сімей; розрив соціальних мереж; руйнування громадських структур, ресурсів і довіри; зростання насильства за статтю); і

Соціальні проблеми, спричинені гуманітарною допомогою (наприклад, підрив громадських структур або традиційних механізмів підтримки).

Подібним чином проблеми переважно психологічного характеру включають:

Попередні проблеми (наприклад, важкий психічний розлад; зловживання алкоголем);

Проблеми, викликані надзвичайною ситуацією (наприклад, горе, непатологічний дистрес; депресія та тривожні розлади, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)); та

Проблеми, пов'язані з гуманітарною допомогою (наприклад, занепокоєння через відсутність інформації про розподіл їжі). Таким чином, проблеми психічного здоров'я та психосоціальні проблеми в надзвичайних ситуаціях охоплюють набагато більше, ніж досвід ПТСР.

Література.

1. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
2. Anderson, M. (1999). Do No Harm: How aid can support peace – or war. Boulder, CO: Lynne Rienner.

**ДОСВІД РОБОТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
КОМАНДИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ САНАТОРІЙ ДЛЯ
ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ПОР» В
УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**

Бойко В.В., Цвик М.А.

КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор»

Травми та захворювання призводять до порушення функціонування та життєдіяльності людини, а значить, до потреби у реабілітаційних заходах. Період гострої реабілітації починається ще у відділенні реанімації або профільних відділеннях. Після стабілізації стану та виписки зі стаціонару пацієнт потрапляє у реабілітаційні заклади.

Санаторій надає реабілітаційну допомогу дорослим і дітям з наслідками травм, оперативних втручань, захворювань опорно-рухового апарату та нервової системи у післягострому та довготривалому періоді у стаціонарних та амбулаторних умовах.

Так, за 2023 рік у закладі отримали послуги з реабілітації 979 осіб, з них дорослих 601 особа, та дітей 378 особи.

Напрямок реабілітації	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості пролікованих
Наслідки травм та поранень	385	39,4%
Захворювання нервової системи	242	24,7%
Діти з захворюваннями опорно-рухового апарату	352	35,9%

При першому контакті пацієнта оглядає лікар фізичної та реабілітаційної медицини та інші члени мультидисциплінарної реабілітаційної команди (фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, терапевт мови і мовлення, за потреби залучаються невролог, ортопед,

травматолог). Проводиться тестування і оцінювання функціонування пацієнта, встановлюється реабілітаційний діагноз за МКФ та МКХ і складається індивідуальний реабілітаційний план.

Далі відбувається реалізація реабілітаційного плану фахівцями з реабілітації відповідно до складених програм терапії. Щотижня на засіданнях мультидисциплінарної реабілітаційної команди обговорюються досягнуті результати та коригуються програми терапевтичних втручань.

У своїй роботі фахівці з реабілітації застосовують доказові методи і методики фізичної терапії, ерготерапії, психологічної допомоги, допоміжні засоби, використовують сучасне технологічне обладнання, таке як роботизовані тренажери для кисті, верхньої кінцівки, роботизовану балансуювальну платформу, «Мотомед», ротатори для різних суглобів, апарати механотерапії, підйомники та інше.

При наявності ампутацій у пацієнта, до роботи команди залучається протезист-ортезист із протезного підприємства, з яким заклад має договір співпраці. Ми співпрацюємо з кількома виробниками протезної продукції. Лікуючий лікар надає інформацію про виробників пацієнтові, і пацієнт обирає виробника за власним бажанням.

Після завершення реалізації цілей даного реабілітаційного циклу пацієнт переходить на домашній етап реабілітації, або на наступний цикл реабілітації для виконання наступних цілей Індивідуального реабілітаційного плану.

Завдяки мультидисциплінарному пацієнтоцентричному підходу в реабілітації людина швидше повертається до соціально-активного повноцінного життя. А подальший розвиток і удосконалення реабілітаційної допомоги дає можливість задовольнити потреби пацієнта якнайкращим чином.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Брехунцов В.О.

КНП «Зінківська міська центральна лікарня»

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в останній версії МКХ-11(2020) визначає термін «вигорання» як «синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий», а тому «вигорання» класифікується як синдром, супутні симптоми якого впливають на стан здоров'я.

Термін уперше ввів у науковий обіг американський психіатр Х. Фрейденбергер, який характеризував вигорання, як стан фізичного і психічного виснаження, що викликаний власною професійною діяльністю. Перший етап вивчення цього явища розпочався у 1974 році, коли Х. Фрейденбергер запровадив термін «staff burn-out» (з англ. професійне вигорання), який характеризував психологічний стан працівників допоміжних професій після тривалого та інтенсивного контакту з клієнтами (пацієнтами). Він описав феномен і дав йому назву «burnout» для характеристики психологічного стану здорових людей, які знаходяться у тісному спілкуванні у сфері взаємодії «людина-людина».

Сьогодні під час введення військових дій та збільшенням навантаження на медичних працівників дана проблема стала надзвичайно актуальною. За таких умов важливою та нагальною проблемою є емоційне виснаження та вигорання. Тож велика кількість медичних працівників стикається з цією проблемою.

Причинами професійного вигорання медичних працівників є:

- емпатія;
- надмірна завантаженість лікаря;
- напружені відносини в колективі, з керівництвом;
- погані умови роботи;
- недостатнє матеріальне заохочення медичного працівника;

- неможливість особистого розвитку.

Фізичні симптоми професійного вигорання: постійна втома, сонливість чи безсоння, головний біль, розсіяна увага, фізичне виснаження, зниження реакції, зміна ваги. У випадку з лікарями – це може мати дуже небезпечні наслідки для пацієнта.

Психологічні симптоми професійного вигорання: депресія, апатія, дратівливість, нервові зриви, песимізм, почуття тривоги, страх не впоратися зі своїми обов'язками.

Війна - жахлива, з невідворотніми втратами людських життів, поранень різного ступеня складності, каліцтв, як серед військових, так і цивільного населення. Війна несе безліч страждань, смертей, агресії, руйнувань. Стримувати прояви емоцій надто важко, особливо при їх довготривалій дії. Невизначеність в перші дні війни про подальші дії на фронті не мали рішучого впливу на лікарів. Пораненим необхідно було надавати екстрену медичну допомогу. Професіоналізм, зібраність, тверде переконання "Хто, як не я" надавали сили працювати нескінченими годинами. Але людський ресурс не безмежний. Лікарі, медсестри, медперсонал потребував відпочинку для відновлення як фізичних так і психологічних ресурсів. Додавалася тривога за рідних і близьких, часто не маючи з ними зв'язку, пригнічували людей.

Медичні працівники повинні дотримуватися наступного щоб не допустити вигорання:

- тверезо оцінювати свої можливості;
- відвідувати конференції, семінари, майстер-класи;
- не гнатися за успіхом або перемогою. Виконувати свої обов'язки необхідно якісно і відповідально, але спокійно і розмірено, адже нервові виконання призводить до психічної напруженості;
- піклуватися про своє здоров'я, дотримуватися режиму сну і праці;
- мати хобі та активно відпочивати;

- спілкуватися з людьми, що не мають відношення до медицини;
- вести активне соціальне життя;
- мати повноцінне особисте життя.

Запобігання синдрому професійного вигорання багато в чому залежить від керівництва.

Таким чином, в процесі професійної діяльності виникають психоемоційні перевантаження, які призводять до того, що змінюється і трансформується характер. Проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, підвищена чутливість при контакті з хворим, депресія від безпорадності, особливо при лікуванні важкохворих та важкопоранених. Існує пряма залежність від рівня емоційного вигорання та рівня емоційного комфорту. Якщо не піклуватися про власний емоційний стан та комфорт то це може призвести до негативних наслідків. У випадках коли працівник не знає про проблематику професійного вигорання та не має ресурсів для її вирішення, збільшується ризик появи даного синдрому.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ м. ПОЛТАВИ

Бублик О.О.

КП «Міська дитяча клінічна лікарня ПМР»

Реорганізація державних структур щодо надання стоматологічної допомоги населенню України обумовлена перебудовами у сфері соціальних та економічних взаємовідносин в системі охорони здоров'я. Стоматологічна захворюваність збільшилась в усіх вікових групах дітей. Зросла також розповсюдженість інших видів стоматологічної патології: запальні захворювання пародонту, зубощелепні аномалії, флюороз зубів у ряді регіонів України. Особливу турботу викликає збільшення кількості хворих серед дитячого населення України.

Лікарями-стоматологами лікувального відділення надається

стоматологічна медична і консультативна допомога дитячому населенню м. Полтави та Полтавської міської громади, а також дітям зі всіх регіонів України від 0 до 18 років включно (49220 дітей). Стоматологічна допомога надається по зверненню на базі поліклініки та дитячих поліклініках міста.

Аналізуючи показники роботи хірургічної служби слід відмітити, що кількість відпрацьованих робочих днів збільшилась на 128,25 (2023 р.-754,25 проти 626 в 2022 р.). Видалено зубів в 2023 р.всього 8601 проти 8593 в 2022 р., що на 8 більше. Кількість операцій зменшилася на 51 і становить 796 проти 847 в 2022 р.,. Зменшилася кількість хворих прооперованих з приводу гострих запальних процесів на 1 (142 в 2023 р. проти 143 в 2022 р.),але кількість прооперованих з приводу пухлин та пухлино подібних утворень збільшилась на 34 (50 в 2023 р. проти 16 в 2022 р.). Зменшилась кількість видалених постійних зубів у дітей та підлітків на 1 (112 в 2023 р. проти 113 в 2022 р.). Зменшилась кількість видалених постійних зубів з ускладненим карієсом на 5 (56 в 2023 р проти 61 в 2022 р).

Отже, надання стоматологічної допомоги дітям повинно бути спрямовано на підвищення якості, доступності надання профілактичних і діагностично-лікувальних послуг для дитячого населення. З метою вдосконалення стоматологічної допомоги дітям доцільним є збереження діючої мережі стоматологічних кабінетів в дошкільних навчальних закладах, загальноосвітніх школах, ліцеях, коледжах та ПТУ. Для покращення роботи такої організаційної моделі потрібна чітка взаємодія закладів освіти та охорони здоров'я.

БЕЗПЕКА ТА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ У КОНТЕКСТІ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В ЕКСТРЕНІЙ ДОПОМОЗІ

Бурмінова Н. В.

Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна лікарня
ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради»

Телемедицина стає все більш важливою складовою системи надання медичної допомоги, особливо в умовах екстрених ситуацій. Під час пандемії COVID-19 це стало надійним способом отримати медичну допомогу, гарантуючи безпеку як для пацієнтів, так і для медичних працівників. А від початку повномасштабного вторгнення телемедицина стала ще більш актуальною.

Україна останнім часом активно працює над цифровізацією різних аспектів медичного обслуговування з метою поліпшення доступності, ефективності та якості медичних послуг для всіх громадян. Це охоплює впровадження електронних медичних карток, розвиток систем електронної реєстрації та запису на прийом, а також запровадження телемедицинських платформ для віддаленого консультування та діагностики.

Однак, разом із позитивними зрушеннями, виникають нові виклики, зокрема, забезпечення захисту та конфіденційності медичних даних в умовах швидкого розвитку технологій та загроз кібербезпеці, тому надзвичайно важливим є гарантування якості та довіри до систем медичної допомоги.

У контексті екстреної медичної допомоги захист даних стає ще більш критичним, оскільки потрібно забезпечити конфіденційність та цілісність медичної інформації в надзвичайних ситуаціях, коли кожна секунда має значення для порятунку життя. Забезпечення безперебійної роботи систем телемедицини та їх доступності є не менш важливим, особливо у випадках воєнних дій, технічних або природних катастроф.

Необхідним є використання сучасних методів шифрування та аутентифікації для запобігання несанкціонованому доступу до інформації. Крім того, важливо забезпечити цілісність даних, щоб мати впевненість у

тому, що медична інформація залишається недоторканою під час передачі та обробки.

Згідно з ч. 6 ст. 35-6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» надання такої медичної допомоги повинно здійснюватися відповідно до вимог законів України «Про інформацію», «Про захист персональних даних», «Про захист інформації в інформаційно-комунікаційних системах», а також з дотриманням норм етики та деонтології надання медичної допомоги [1].

Ці аспекти є критичними для успішної екстреної медичної допомоги, оскільки будь-яка затримка чи порушення безпеки може мати серйозні наслідки для пацієнтів. Тому урядові органи, медичні установи та інформаційно-технологічні компанії повинні спільно працювати над розробкою та впровадженням ефективних стратегій із кіберзахисту.

Важливою є також освіта персоналу щодо правил обробки та збереження конфіденційної інформації, а також регулярне проведення аудитів безпеки для виявлення можливих слабких місць та їх виправлення. Тільки шляхом поєднання цих заходів можна забезпечити надійну систему екстреної медичної допомоги на основі телемедицини, яка максимально враховує потреби та інтереси пацієнтів у критичний момент.

Лише завдяки цілеспрямованим заходам з постійного вдосконалення кібербезпеки можна забезпечити ефективне функціонування системи екстреної медичної допомоги на основі телемедицини, що максимально враховує інтереси та потреби пацієнтів у критичний момент.

Отже, під час надання екстреної допомоги важливо, щоб системи телемедицини працювали надійно та ефективно, забезпечуючи не лише швидкість обробки даних, але і їхню безпеку та конфіденційність. Такий підхід до організації екстреної медичної допомоги відображає високий рівень відповідальності перед суспільством і підтверджує готовність надавати якісну медичну допомогу навіть у найскладніших ситуаціях.

УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ НА ЕТАПІ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ: РИЗИКИ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. При проведенні будь-якої медичної чи стоматологічної процедури необхідно враховувати можливі ризики, ускладнення та побічні ефекти, які можуть статися до, під час або після лікування. Рівень успішності ендодонтичних процедур складає 70-90% і завжди існує ймовірність непередбачених невідкладних станів в практиці лікаря-ендодонтиста.

Загально визнано, що ідеальна обтурація кореневого каналу вважається такою, при якій пломбувальний матеріал повністю обмежений простором кореневого каналу та досягає цементно-дентинного з'єднання. Виведення ендодонтичного герметика за межі фізіологічної верхівки кореня є серйозною проблемою, яка може призвести до значних ускладнень у пацієнтів і відноситься до ендодонтичних невідкладних станів.

Основний виклад матеріалу. За даними Американської стоматологічної асоціації (ADA) зміщення пломбувального матеріалу більш ніж на 2 мм за рентгенологічну верхівку є технічною помилкою, пов'язаною з неправильним визначенням робочої довжини кореневого каналу, надмірним використанням інструментів, відсутністю апікального упору, надмірним розширенням апікального звуження в результаті запальної кореневої резорбції або неповністю сформованої верхівки кореня зуба.

При інструментальній обробці кореневої системи, особливо при апікальному періодонтиті, є небезпека проштовхування інфікованого вмісту кореневого каналу за верхівку кореня зуба, перешкоджаючи процесу загоєння періапикальних тканин. Наслідки виведення ендодонтичного герметика за верхівку можуть призвести до інфекційного апікального періодонтиту внаслідок проникнення мікроорганізмів в періапикальні тканини у поєднанні з неповною деконтамінацією системи кореневих каналів; реакції на стороннє

тіло; цитотоксичності силера, що може спричинити запалення та некроз навколокоренових тканин.

Основними симптомами, які пов'язані з виведенням ендogerметика за верхівку кореня є постійний біль після очікуваного періоду відновлення, набряк/ запалення ясен або навколишніх тканин причинного зуба. Це може бути спричинено тиском надмірної кількості силера/філера або навіть інфекцією через неповноцінне очищення системи коренових каналів під час лікування. При розташуванні пломбувального матеріалу в періапікальній кістковій тканині провідними є локальний больовий синдром, відсутність ефекту від застосування медикаментозного та фізіотерапевтичного методів лікування. Більшість пацієнтів відчують посилення болю ввечері, під час прийому їжі чи фізичного навантаження.

Невідкладна допомога має бути спрямована на швидке та ефективне лікування болю та інфекції, мінімізуючи тим самим розвиток постійного болю та формування періапікальної патології. У таких випадках призначають анальгетики та антибіотики у поєднанні з фізіотерапією: лазерна терапія, СВЧ, УВЧ, флюктуоризація, струми Дарсонваля. За відсутності ефекту показана перірадикалярна хірургія – апікальний кюретаж або резекція верхівки кореня.

Випадки виведення матеріалу за межі верхівки кореня з близькістю до критичних анатомічних структур, таких як верхньощелепна пазуха або нижньощелепний канал, призведуть до небажаних ускладнень і симптомів: синуситу або неврологічного пошкодження внаслідок нейротоксичності або механічного стиснення. Особливо небезпечним результатом надмірно виведеного кореневого герметика є пошкодження нижнього альвеолярного нерва через прямий контакт між надлишком пломбувального матеріалу та нервовою тканиною, що призводить до таких потенційних наслідків, як дискомфорт, оніміння або втрата функції. Пошкодження нижнього альвеолярного нерва призводить до виникнення постійного болю, який не вщухає після закінчення початкового періоду відновлення; неврологічних

розладів в межах іннервації гілок трійчастого нерва, що проявляється порушенням чутливості нижніх зубів і відповідної половини губи та підборіддя, зниженням чутливості слизової оболонки ясен. Можлива іррадіація болю в ділянку скроні, вуха, потилиці. Скарги загального характеру проявляються у вигляді порушення сну, дратівливості та тривожності, послаблення апетиту, зниження працездатності, пов'язаної з больовим синдромом. Деякі пацієнти можуть відчувати оніміння або поколювання навколо нижньої щелепи, нижніх ясен, нижньої губи або щік; у важких випадках виникають дисфункція жування та розмови.

При зміщенні пломбувального матеріалу у верхньощелепний синус виникає хронічний або загострення хронічного синуситу, рідше – гострий верхньощелепний синусит. Клінічні прояви захворювання залежать від форми синуситу, серед них: закладеність носа, виділення з носового ходу, згладженість носо-губної складки, набряк м'яких тканин щоки, головний біль, біль у щелепі при змиканні зубів, згладженість і болючість при пальпації перехідної складки альвеолярного відростка.

За наявності у хворих больового синдрому, неврологічних проявів, ознак синуситу, для конкретизації зон і меж розташування чужорідного тіла клінічне дослідження необхідно доповнювати рентгенологічними даними, зокрема комп'ютерної томографії.

При тривалому післяпломбувальному болю внаслідок екструзії ендогерметика в значній кількості в періапикальні тканини призначають фізіотерапевтичне лікування: лазерна терапія діодним лазером Picasso "AMD Lasers" (USA) з довжиною хвилі 810 нм, потужністю 0,5 Вт/см² при використанні неактивованого волокна 400 мкм і «Програми 4» з режимом «Терапія», експозиція – 2 хвилини на поле, 5 процедур; магнітолазерна терапія апаратом Узор-А-2К з низькоінтенсивним імпульсним лазером із випромінюванням в червоному спектрі (630 нм), потужністю до 5 Вт, величиною магнітної індукції **60 мТл**, **5-7** сеансів тривалістю 20 хв; струми Дарсонваля – 3-5 сеансів тривалістю 10-15 хв; флюктуоризація – 1-2 мА / см²,

5 процедур тривалістю 8-10 хв, тощо. Всередину призначають нестероїдні протизапальні препарати / знеболювальний засіб на 3-5 днів. При збільшенні болю та запалення, неефективності терапевтичного лікування здійснюють видалення виведеного пломбувального матеріалу хірургічним шляхом, проводять гайморотомію, при розвитку невриту показана корекція ускладнення хірургічними методами.

Висновки. Невідкладна ендодонтична ситуація може статися на різних етапах лікування кореневих каналів, що вимагає від клініциста кваліфікованої діагностики, глибоких знань фармакології та точного ендодонтичного лікування для довгострокового прогнозу та успіху відновлення зубів. Зміщення пломбувального матеріалу може призвести до неефективності короткострокового лікування, або негативного довгострокового прогнозу. Навіть при використанні найновіших і найкращих методів ендодонтичного лікування з метою досягнення ефективних результатів, екструзія пломбувального матеріалу вважається неправомірною практикою і лікар-стоматолог несе відповідальність за будь-які можливі ризики та допущені помилки, пов'язані з лікуванням кореневих каналів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ З ІНСТИЛЯЦІЯМИ L-АРГІНІНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН

Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Лікування гнійних ран м'яких тканин залишається значною проблемою сучасної медицини. Неефективне лікування таких захворювань часто приводить до генералізації процесу, результатом якого може бути стійке порушення здоров'я пацієнта і, навіть, його смерть. Особливе місце у вирішенні цієї проблеми приділяється місцевому лікуванню, яке повинне сприяти швидкому очищенню ран, виникненню грануляцій та їх епітелізації. Однак, сучасні досягнення фармакологічної індустрії не можуть, в повній

мірі, вирішити це питання. Тому розробка та удосконалення існуючих методів лікування, що пришвидшують загоєння гнійних ран є доволі актуальною.

Мета дослідження. Вивчити ефективність застосування вакуумної терапії доповненої інстиляціями L-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.

Матеріали і методи. Проведений аналіз лікування 89 пацієнтів з гнійними ранами м'яких тканин з локалізацією на сідницях, стегнах, гомілкях, стопі та кисті. Усім їм було проведено розкриття гнійників, а за необхідності – доповнювали некректомією. В обов'язковому порядку проводився посів виділень із рани на мікрофлору з визначенням чутливості до антибіотиків. Згідно локальних клінічних протоколів хворі отримували загальноприйняте лікування, яке включало призначення антибактеріальних препаратів та за наявності показань – дезінтоксикаційну терапію. Починаючи з наступного дня після оперативного лікування, пацієнтам проводили місцеве лікування із застосуванням негативного тиску. У залежності від особливостей виконання вакуумної терапії хворі були розподілені на дві групи. До основної групи включені 44 хворих (19 (43,2%) чоловіків та 25 (56,8%) жінок), яким типову вакуум-терапію доповнювали інстиляціями розчину L-аргініну протягом 9 діб. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $47,2 \pm 0,9$ років. До складу групи порівняння включені 45 осіб (21 (46,6%) чоловік та 24 (53,4%) жінки), які, крім типового загального лікування, отримували вакуумну терапію за загальноприйнятою схемою. Середній вік цих хворих становив $45,3 \pm 0,8$ років.

Перед проведенням хірургічного лікування хворі обох груп були обстежені, їм виконували коагулограму, загальноклінічні, біохімічні дослідження, електрокардіографію, проводили ультразвукову локацію патологічних утворень. У 14 (15,7%) випадках для виключення остеомієліта проводили рентгенологічні дослідження. Ефективність лікування оцінювали за змінами мікробного забруднення ран, швидкістю очищення, грануляції та

епітелізації ран. Ці дослідження проводили на першу, третю та сьому добу післяопераційного періоду.

Результати дослідження. Згідно отриманих даних мікробіологічне дослідження гнійних ран перед початком проведення лікування негативним тиском у пацієнтів обох груп становила 10^6 - 10^7 в 1 г тканини. У пацієнтів основної групи у результатах посіву на мікрофлору були наявні *S. aureus* (68,2%), *Enterobacter* (22,8%), *Accinetobacter* (4,5%), *Proteus* (4,5%) та асоціації з переважним поєднанням *Enterobacter* та *E. fecalis* (68,2%) і грибків – *Candida albicans* (11,4%). У хворих групи порівняння із ран висівалися *S. aureus* (64,4%), *Enterobacter* (20,0%), *Accinetobacter* (11,1%), *Proteus* (4,5%). Мікробні асоціації, які схожі до тих, що висівалися у хворих основної групи виявлені у 31,1%, а грибки – 8,9% випадків. На третю добу дослідження у (22,7%) пацієнтів основної групи виділені мікроорганізми: *S. aureus* (13,6%) та 9,1% – асоціації, а грибкова флора не виділялася. Мікробне число не перевищувало 10^4 . У 18 (40,0%) хворих групи порівняння на третю добу виділена патогенна мікрофлора з мікробним числом 10^5 . Причому, в 22,2% пацієнтів висівалася монокультура, у 11,1% – спостерігалось утворення нових асоціацій за рахунок приєднання нових збудників: *Klebsiella*, *E. coli*, *S. Epidermidis*, а 6,7% осіб – у посівах залишалися грибки. На 7 добу аеробна флора у хворих основної групи не виділялася. За цей же проміжок дослідження у 13,3% пацієнтів групи порівняння виділялася монокультура, а асоціації мікроорганізмів – у 4,4% випадків.

Перед початком лікування середні показники лейкоцитів у крові пацієнтів основної групи дорівнювали $12,1 \pm 0,5 \times 10^9$ /л, а у хворих групи порівняння – $11,9 \pm 0,7 \times 10^9$ /л ($p > 0,05$). На 3 добу вакуум-терапії середні величини лейкоцитів становили $8,9 \pm 0,4 \times 10^9$ /л у осіб основної та $10,7 \pm 0,8 \times 10^9$ /л – у пацієнтів групи порівняння ($p > 0,05$). На 7 добу ці ж показники у середньому дорівнювали $6,8 \pm 0,5 \times 10^9$ /л та $8,1 \pm 0,2 \times 10^9$ /л відповідно ($p < 0,05$). Отже, починаючи з 3 доби лікування у хворих основної

групи, показники лейкоцитів нормалізувалися, а у пацієнтів групи порівняння лейкоцитоз зберігався до 7 діб.

Також, у процесі лікування більш активно зменшувалися середні показники лейкоцитарного індексу інтоксикації у хворих основної групи. Так, середні величини цього показника у осіб основної групи перед початком лікування дорівнювали $5,7 \pm 0,9$, а у хворих групи порівняння – $5,4 \pm 0,8$ ($p > 0,05$). На 3 добу дослідження відбулися позитивні зміни, а саме: у пацієнтів основної групи він становив $3,8 \pm 0,5$, а у хворих групи порівняння – $4,7 \pm 0,4$ ($p > 0,05$). Достовірне зменшення середніх показників лейкоцитарного індексу інтоксикації ($p < 0,05$) відбулося на 7 добу дослідження у хворих основної групи ($0,9 \pm 0,7$) у порівнянні з такими ж величинами у осіб групи порівняння ($1,8 \pm 0,3$).

Крім того, при проведенні клінічного обстеження у пацієнтів основної групи грануляційна тканина у ранах активно з'явилася у середньому на $3,6 \pm 1,87$ добу, а у хворих групи порівняння – на $5,3 \pm 2,05$ добу. Ознаки епітелізації ран появилися у середньому на $8,7 \pm 0,8$ добу у осіб основної групи та на $11,9 \pm 0,6$ – у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$).

Таким чином, середній ліжко-день у хворих основної групи становив $11,3 \pm 1,7$, а у пацієнтів групи порівняння – $17,2 \pm 1,3$ діб ($p < 0,05$).

Висновок. Застосування у місцевому лікуванні гнійних ран м'яких тканин вакуум-терапії з інстиляціями розчину L-аргініну доказало свою ефективність. При цьому відбулося більш швидке покращення лабораторних показників, лейкоцитарного індексу інтоксикації, очищення та епітелізації ран і достовірного зменшення строків стаціонарного лікування.

КОРОТКИЙ ОГЛЯД ОСНОВНИХ АДАПТИВНИХ ПРИЛАДІВ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Данильченко Світлана¹, Бабкіна Олена^{2,3}

¹Херсонський державний університет, Україна

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

³Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи, Київ, Україна

Адаптивна фізична реабілітація на теперішній час стає одним з основних форматів реабілітації військовослужбовців, і вимагає активного впровадження новітніх технологій організованої рухової активності в практику фізичної терапії, ерготерапії.

Реабілітаційні технології в умовах активної рухової діяльності

Роботизована (пасивна) механотерапія.

Перевагами роботів є: можливість використання тривалий час; моделювати навантаження; здійснювати перепрограмування, автоматизацію і експертний контроль виконання різних функцій контактним і дистантним способом.

Використання інтелектуальних роботів має на увазі: проведення пасивних рухів пацієнтів; включення сенсорних систем сприйняття м'язових зусиль і систем приводу уражених кінцівок. Вплив на пацієнта проводять за допомогою зовнішнього ланцюга зворотного зв'язку, організованого за допомогою мікропроцесорної або комп'ютерної техніки, зі зміною амплітуди і швидкості наростання м'язових зусиль в залежності від стану м'язів або інших характеристик тканин пацієнта.

За допомогою роботів: цілеспрямовано формуються рухові якості пацієнта (витривалість, швидкість, координація, сила, гнучкість); активізуються різні групи м'язів; відновлюється динамічний стереотип пацієнтів; нормалізується регуляція механізмів вегетативної нервової системи; з'являється можливість використовувати повторні заняття; підтримувати тіло або його окремі сегменти; здійснювати специфічне тренування моторної активності уражених ділянок; продовжувати час

впливу; посилювати мотивацію і позитивно впливати на знижений м'язовий тонус.

Медичні робототехнічні системи

1. Лікувально-діагностичні.
2. Робототехнічні системи медичної реабілітації.
3. Допоміжні медичні робототехнічні системи.
4. Симуляційні медичні робототехнічні системи.

Параметри. Процедури проводять при різних положеннях пацієнта на спеціальних установках під керівництвом спеціально навченого персоналу. Технічний пристрій тренажерів дозволяє повільно, плавно і рівномірно проводити рухи в суглобах в щадному режимі. Інформація попередньо вибирається інструктором, вноситься в комп'ютерну програму і запам'ятовується.

До робототехнічних систем медичної реабілітації відносяться:

- Активні біокеровані протези кінцівок і екзоскелети.
- Роботизовані медичні системи забезпечення активних і пасивних рухів кінцівок, корекції положення тіла.
- Роботизовані системи з використанням інтерфейсу «мозок-комп'ютер».
- Роботизовані системи для проведення масажу.

За принципом лікувальної дії роботи поділяються: Роботи-енд-ефектори, VR-роботи, Роботи-екзоскелети.

Роботи-енд-ефектори побудовані за принципом переміщення пацієнтом маніпулятора (кінцевий ефектор) з двома ступенями свободи, керованого ззовні за допомогою інтерфейсу. Маніпулятор допомагає руху плечового і ліктьового суглобів в горизонтальній площині або круговим (еліпсоїдним) рухам ніг в пасивному та активному режимі з регульованим ступенем навантаження.

Роботи-екзоскелети є пристроями, в яких кінцівка, замкнута в рукав, повторює конфігурацію здорової кінцівки. За рахунок гнучкого рукава можна змінювати конфігурацію кінцівки і точки докладання зусиль для різних

суглобів. Мають три ступені свободи і пневматичний захват, що дозволяє регулювати вагу і виключати прояви патологічних синкінезій і синергій. Положення руки відображається на екрані, лікар задає амплітуду рухів кінцівки, тренування проводиться у вигляді ігрової вправи на комп'ютері. При цьому пацієнт копіює завдання і намагається правильно його виконати.

VR-роботи інтегрують програмне і апаратне забезпечення (рухомі і силові платформи, бігові доріжки, сенсори захоплення рухів, інтерактивні системи БОЗ) із середньою віртуальною реальністю – створеним технічними засобами світом, переданим пацієнтові через сенсорні системи (соматичну, зорову, слухову і ін.) з функцією зворотного зв'язку в реальному часі. VR роботи створюють тренувальне навантаження з найбільш підходящими параметрами для індивідуальних занять.

Роботизовані тренажери «Lokomat». Комп'ютеризований робот «Lokomat» повністю або частково замінює мануальну локомоторну терапію і забезпечує пасивні рухи в нижніх кінцівках, що імітують крок через комплексний руховий патерн. Дозоване зниження маси тіла хворого дозволяє виконувати більше кроків з більшою швидкістю і оптимально відновити стереотип ходьби. Для відновлення тонкої координації рухів, використовують метод біокерування зі зворотним зв'язком.

Механотерапія. Імітатор ходьби «Імітрон». Лікувальні ефекти: локомоторно-коригруючий, трофостимулюючий, міостимулюючий.

Показання: гострий період і хронічна стадія гострого порушення мозкового кровообігу; захворювання і травми периферійної нервової системи (спастичні і м'яві парези і паралічі); травми кістково-м'язової системи (переломи кісток, розриви зв'язок і сухожиль, контрактури та ін.); стану після кістково-суглобових реконструктивних і пластичних операцій.

Протипоказання: гострі захворювання та загострення хронічних захворювань оболонки головного мозку і периферійної нервової системи (невропатія), суглобів; ревматизм; органічні захворювання центральної нервової системи; ортопедичні захворювання.

Методика. Процедура включає в себе виконання завдань, що виводяться на екран пацієнта ураженої кінцівкою або тілом за спеціальною програмою. Тривалість проведених щодня або через день процедур - від 15 до 30 хв. Курс лікування - 10-30 дозованих процедур.

Біокерована механокінезотерапія - фізичні вправи з регулюванням нейромоторної стимуляції в режимі реального часу. При розміщенні на нестабільній платформі у пацієнта, що прагне підтримати рівновагу, напружуються різні групи м'язів-синергістів, антагоністів і стабілізаторів. Для досягнення лікувального ефекту одночасно працюють всі групи м'язів, що досягається зовнішніми факторами - обертанням платформи і вертикальним зміщенням колони з ручками.

BALANCE Trainer (Німеччина) (Thera-Trainer balo full) - балансувальний тренажер і стендер-вертикалізатор з регульованою жорсткістю в одному пристрої. Тренування рухів в горизонтальній площині є комбінованим методом терапії, задіює сенсорні, моторні та пізнавальні функції.

THERA-Trainer balo - балансувальний тренажер-стендер для хворих після інсульту, з вертикалізацією пацієнта і тренуванням балансу, рівноваги і координації із застосуванням БОЗ. Курс з 10 сеансів з використанням спеціального пакета прикладних програм, що містить комп'ютерні реабілітаційні ігри.

Стабілометрія. В якості реабілітаційних програм використовують різні ігрові тренажери: «Гонка за лідером», «Мильні бульбашки», «Сенсомоторний тест», «Бджола». Курс з 10 сеансів біокеруванню по стабілограмі з використанням спеціального пакета прикладних програм, що містить комп'ютерні реабілітаційні ігри. Лікувальні ефекти: локомоторно-коригуючий, тонізуючий, метаболічний.

Біокерована механокінезотерапія. Показання: судинні захворювання головного мозку; нейром'язові дисфункції; наслідки ГПМК; дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта; пошкодження або травмування опорно-

рухового апарату. Протипоказання: переломи і вивихи міжхребцевих суглобів, гіпермобільність попереково-рухових сегментів, виражений остеопороз.

Застосування реабілітаційних технологій в умовах активної рухової діяльності у загальному процесі відновлення і навчання військовослужбовців в умовах реабілітаційних центрів реабілітації сприяє більш швидкому відновленню фізичного здоров'я, соціального та психологічного статусу, працездатності пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

Денисюк Т.М.¹, Краснова О.І.²

¹КП «Полтавський обласний центр громадського здоров'я ПОР»

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Комунальне підприємство «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» забезпечує організацію та надання екстреної медичної допомоги на території Полтавської області відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення», договорів з Національною службою здоров'я України за пакетом медичних послуг «Екстрена медична допомога», пакетом медичних послуг «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів» та «Щорічного плану розвитку системи екстреної медичної допомоги Полтавської області на 2023 рік»

На даний час Центр забезпечує надання екстреної медичної допомоги населенню області, яке складає 1 млн. 352,3 тис. осіб, у т.ч. 848,1 тис. міського населення та 504,2 тис. осіб сільського населення, а також внутрішньо переміщеним особам, яких на даний час близько 200 тис.

Головним завданням Комунального підприємства «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» є забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим, які перебувають у невідкладному стані, у повсякденних умовах, особливий період та під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій на території Полтавської області, медико-санітарний супровід осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона, підготовка немедичних працівників навичкам домедичної допомоги; підготовка медичних кадрів з фаху «Медицина невідкладних станів».

До складу Центру входить 4 станції екстреної медичної допомоги в м. Полтава, м. Кременчук, м. Лубни та м. Миргород; на базі них діє 24 підстанції, 12 пунктів постійного базування та 2 пункти тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги. На сьогоднішній день в Центрі працює 1111 осіб, з них 185 лікарів та 759 середнього медперсоналу. Заклад на 100% забезпечений автомобілями швидкої допомоги в кількості 105 одиниць.

В I півріччі зросла кількість звернень за екстреною медичною допомогою на лінію 103 і склала 165,2 тис. проти 160 тис. за I півріччя 2022р. Також збільшилась кількість викликів екстреної медичної допомоги - 121,1 тис. за 6 міс. 2023р. проти 114,4 тис. за 6 міс. 2022р. За I півріччя 2023 року до ВПО виконано 3,1 тис. виїздів бригад ЕМД.

Із загального числа викликів в сільську місцевість здійснено 35,3 тис. виїздів проти 32,7 тис. виїздів за аналогічний період минулого року.

Показник летальності на догоспітальному етапі на рівні минулого року і склав 1,5% (1776 випадків за I півріччя 2023р. проти 1733 випадків за I півріччя 2022р.).

В I півріччі 2023р. виконано 76,8 тис. ЕКГ – обстежень (за 6 міс. 2022р. – 66,4 тис.). За допомогою телеметричних систем прийнято та проконсультовано фахівцями Центру 16,3 тис. ЕКГ – обстежень.

Кількість хворих з гострим коронарним синдромом, що доставлені з усієї області в кардіологічні центри м. Полтави збільшилась із 318 осіб у I півріччі 2022р. до 942 осіб за аналогічний період поточного року.

Евакуаційною бригадою Центру за 2022 рік виконано 190 евакуацій (у т.ч. поранених військовослужбовців) до закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги. За I півріччя 2023р. виконано 132 евакуації проти 78 евакуацій за I півріччя 2022р.

В навчально-тренувальному відділі Центру за 2022р. проведено підготовку 600 медичних та 2199 немедичних працівників. Проведено тренінги з реанімаційних заходів, дій при хімічному, бактеріологічному та радіаційному забрудненні, курси американських фахівців ТССС для 20 інструкторів з тактичної медицини, які в подальшому провели тренінги 1728 військовослужбовцям підрозділів ТРО Полтавського регіону та іншим особам, підготовлені 5 інструкторів з тактичної медицини. За I півріччя 2023р. організовано підготовку 551 медичного та 332 немедичних працівників. Ведуться електронні реєстри по надзвичайним подіям, реєстри підготовлених осіб з надання домедичної допомоги постраждалим в умовах бойових дій для підрозділів сил оборони.

Забезпечено безперебійну роботу в умовах воєнного стану оперативно-диспетчерської служби Центру, яка під час «повітряної тривоги» функціонує в оснащеному інтернет зв'язком та телефонними лініями резервному приміщенні.

У всіх підрозділах системи екстреної медичної допомоги, на випадок надзвичайних ситуацій, пов'язаних із відсутністю електропостачання, встановлені дизельні або бензинові генератори.

СВОЄЧАСНЕ ТА АДЕКВАТНЕ ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА МІКРОСПОРІЮ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ УТВОРЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ СПАЛАХІВ У КОЛЕКТИВІ

Дмитрієва А. А.

Шкірно-венерологічний центр (м.Полтава)

Мікроспорія – інфекційне захворювання, яке викликається грибками роду *Microsporum*, і вражає волосисту частину голови, тулуба, кінцівок. Мікроспорія найбільш часте захворювання серед грибкових уражень. Хворіють здебільшого діти до 15 років, через найбільш сприятливий імунітет та близький контакт з хворими тваринами, дітьми. Мікроспорія високо контагіозне захворювання, яке передається через тісний контакт з хворим, або через лусочки, кірочки, шерсть хворої тварини (на предметах побуту). Захворювання може викликати епідемічні вогнища мікроспорії в дитячих колективах (садках, школах, гуртках тощо).

Для допомоги хворим на мікроспорію та усунення зараження інших перш за все потрібно своєчасно виявити захворювання, яке вимагає адекватних специфічних і неспецифічних досліджень. На сьогоднішній день існує 3 методи визначення захворювання. Один з них неспецифічний – світіння лампою Вуда, яка є портативним інструментом, та дозволяє безконтактно визначити чи є спори грибів на волосяному покриві. До специфічних методів відносяться зішкріб та посів на паразитарні гриби, за допомогою яких можна дослідити наявність інфекції на тілі, та який саме вид грибку спричинив захворювання.

Метою дослідження було оцінити ефективність роботи лампи Вуда як метода ранньої діагностики в колективі навчального закладу.

Матеріали і методи: дослідження світіння лампою Вуда дітей (30 чоловік) однієї з шкіл Полтави на наявність захворювання.

Для виявлення мікроспорії як і для багатьох захворювань неспецифічних методів замало, тому серед оглянутих 30 дітей на консультацію до дитячого дерматолога і взяття матеріалу було направлено 6

осіб. Які мали на волосистій частині голови (2 дітей), шкірі тулуба (1 дитина) та шкірі верхньої кінцівки (3 дитини) підозріле світіння з зеленим відтінком. Серед оглянутих лікарем було підтверджено клінічно наявність захворювання у 1 дитини.

Лампа Вуда – лампа, яка випромінює в найбільш довгохвильовій частині ультрафіолетового діапазону і, на відміну від кварцових ламп, практично не дає видимого світла. Вона дозволяє виявити захворювання такі як мікроспорія, червоний плесканий лишай, вітиліго, лейкоплакія, судинний невус. Світіння під час опромінення може бути різне світло-синє, біле, коричневе, зелене.

Висновки: лампа Вуда, яку можна використати за межами лікарні гарний прилад для попереднього діагностування мікроспорії, але для остаточного діагнозу та призначення лікування не достатньо лише зеленого світіння під ультрафіолетом, повинна бути наявність в зішкрібі матеріалу фрагменти патологічних грибів.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Дудченко М.О.¹, Краснов О.Г.¹, Кравців М.І.¹, Заєць С.М.¹,

Прихідько Р.А.^{1,2}, Немченко І.І.¹, Сагарадзе С.А.²

¹Полтавський державний медичний університет МОЗ України¹

²КП «3-я міська клінічна лікарня», м. Полтава²

Вступ. Серед ускладнень цукрового діабету одним з важливіших є синдром діабетичної стопи (СДС), який є комплексом уражень стопи за рахунок діабетичної ангіопатії, нейропатії та остеоартропатії, з розвитком важких гнійно-некротичних змін. У 10-50% хворих на СДС спостерігається ураження кісткової тканини у вигляді остеомієліту (ОМ), діабетичної остеоартропатії (ДО), які є одними з найскладніших проявів СДС. Рання діагностика ОМ і ДО у хворих на СДС є дуже непростою, а їх наявність у

таких хворих значно збільшує ризик ампутації кінцівки. Раніше вважалося, що лікуванням ОМ і ДО є тільки радикальне видалення інфікованої кісткової тканини. Проте резекція важливої ділянки стопи часто веде до порушення її опорної функції та подальшого руйнування. Останнім часом з'явилися дані про ефективність консервативного підходу до лікування ОМ і ДО з тривалою антибактеріальною терапією та економними втручаннями. Це свідчить про актуальність проблеми діагностики та лікування уражень кісткової тканини при СДС та необхідність її подальшого вивчення.

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування уражень кісткової тканини у хворих із СДС, зниження частоти високих ампутацій кінцівок та смертності.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено обстеження та лікування 658 хворих на СДС II В-III В стадії за Meggit-Wagner 2 МКЛ м. Полтави та МЦ «Медіон» протягом 2012-2022 років. Хворим було проведено загальноклінічне обстеження, рентгенографія стоп, ультразвукове дуплексне ангиосканування нижніх кінцівок, бактеріологічне дослідження рани та вимірювання площі ран. При виникненні сумнівів щодо наявності ОМ у 13 пацієнтів основної групи проводили біопсію кісткової тканини. Першу (основну) групу (315 пацієнтів) склали хворі, у яких застосовували сучасні підходи до діагностики та лікування ОМ з перевагою консервативного лікування. Другу (контрольну) групу (343 хворих) склали хворі, у яких діагностику ураження кісток стопи проводили за даними рентгенографії, переважало радикальне хірургічне лікування. Хворі на СДС обох груп були розподілені на дві підгрупи: I – нейропатична форма, II – нейроішемічна форма. За віково-статевим складом як у першій, так і в другій групах переважали жінки віком від 50 до 70 років.

Результати дослідження. Діагноз нейроішемічної форми СДС встановлено у 57 (18,1%) пацієнтів основної групи та 59 (17,2%) пацієнтів контрольної групи. Інші пацієнти мали нейропатичну форму СДС. Середня площа виразкових дефектів становила $2,2 \pm 0,3$ см², вони локалізувалися в

зонах найбільшого тиску при ходьбі. Магістральний кровоток у стегново-підколінному сегменті був збережений у 295 (93,7%) хворих основної групи та у 317 (92,4%) – контрольної групи. Прояви нейропатії різного ступеня були характерні для всіх хворих на СДС, найбільш характерним і раннім було порушення температурної чутливості.

У 191 (60,7 %) хворого основної та у 239 (69,7 %) пацієнтів контрольної групи виявлено II В стадію за Meggit-Wagner. У 124 (39,3 %) пацієнтів основної та у 104 (30,3 %) пацієнтів контрольної групи виявлено III стадію за Meggit-Wagner. Деструктивні зміни кісткової тканини без пошкодження шкіри виникли у 11 (3,5%) пацієнтів основної групи та у 9 (2,6%) пацієнтів контрольної групи. Деструктивні зміни не завжди виявлялися рентгенологічно, що мало місце у 46 (37,1%) хворих основної групи у 41 (39,4%) хворого основної групи з кістковою деструкцією. Для діагностики ОМ за відсутності його ознак на рентгенограмі за наявності клінічної картини деструкції використовували магнітно-резонансну томографію (МРТ) та КТ. За локалізацією ураження хворі розподілилися наступним чином: з ураженням дистального відділу стопи було 72 (58,1 %) хворих в основній групі та 76 (73,1 %) – у контрольній групі; пошкодження проксимального відділу стопи – у 41,9 та 26,9% пацієнтів відповідно. У 148 (46,9%) хворих основної групи та у 120 (34,9%) контрольної групи в рані виявлено поєднання 2-3 типів мікроорганізмів, а 4-8 мікроорганізмів у 59 (18,7%) пацієнтів основної та у 41(11,9%) пацієнта контрольної групи. Таким чином, в основній групі асоціації кількох мікроорганізмів виявлялися частіше, ніж у контрольній. Мікробний склад поверхневих та глибоких виразок не відрізнявся, також не виявлено відмінностей мікрофлори у пацієнтів із деструкцією кісткової тканини. Асоціації 2-3 мікроорганізмів та моноінфекція частіше спостерігалися при нейроішемічній формі, а 4-8 мікроорганізмів – при нейропатичній формі. Для бактеріологічного та гістологічного дослідження у 13 пацієнтів основної групи було відібрано по 2-3 проби для підтвердження наявності ОМ. За результатами

патогістологічного дослідження за допомогою пункції ми виявили картину гострого ОМ у 2 (15,4%) хворих, хронічного ОМ — у 7 (53,8%) хворих, ДО — у 4 (30,8%) хворих.

Консервативна терапія ураження кісткової тканини у хворих на СДС була можлива при позитивній динаміці ранового процесу, відсутності прогресування інфекції, а також за наявності ішемії м'яких тканин та пошкодженні проксимального відділу стопи. Хворим обох груп призначали медикаментозну терапію, яка включала компенсацію вуглеводного обміну, усунення проявів ішемії стопи, метаболічну, симптоматичну терапію. Ми прагнули якнайшвидше розпочати антибактеріальну терапію у пацієнтів з СДС. Тривалість курсу залежала від перебігу ранового процесу. У разі виконання резекції змінених кісток внаслідок ОМ призначали антибактеріальну терапію коротким курсом протягом одного-двох тижнів. У тих випадках, коли проводилась консервативна терапія ОМ, призначався тривалий курс антибактеріальної терапії на термін до 6 тижнів. Для корекції ДО використовували розвантаження стопи: носіння ортопедичного взуття, іммобілізуючі розвантажувальні пов'язки, милиці. Місцеве лікування залежало від фази ранового процесу з використанням принципу «вологого загоєння рани». Неefективність лікування ОМ у наших пацієнтів спостерігалася у випадках, коли спектр дії антибактеріальних препаратів не перекривав впливу мікроорганізмів, терапія тривала недостатньо довго, після хірургічного лікування залишалися ділянки інфікованої кісткової тканини.

Хірургічне лікування кісткових уражень проводили при поширенні інфекції на м'які тканини, прогресуючій кістковій деструкції, за наявності кісткової тканини в рані. Виконували різні види некректомії, яку проводили механічним та хімічним методом. Розтин абсцесу та флегмони стопи було проведено у 54 (17,1%) пацієнтів основної групи, ампутація та екзартикуляція пальців – у 78 (24,8%), резекція або ампутація стопи – у 14 (4,4%) хворих, некректомії, в тому числі й множинні етапні, виконано 152 рази у пацієнтів основної групи. У 4 (1,3%) пацієнтів ампутацію виконано на

рівні гомілки та у 6 (1,9%) – на рівні стегна. У контрольній групі розтин абсцесу та флегмони стопи виконано у 38 (11,1%) пацієнтів, ампутація та екзартикуляція пальців – у 157 (45,8%), резекція або ампутація стопи – у 22 (6,4%) хворих, некректомії виконано 127 разів. У 8 (2,3%) хворих виконано ампутацію на рівні гомілки та у 13 (3,8%) – на рівні стегна. На фоні лікування померли 3 (1,0%) хворих основної групи та 6 (1,8%) пацієнтів контрольної групи. Середні терміни загоєння ран становили $32,4 \pm 1,5$ доби в основній групі та $24,3 \pm 1,6$ доби в групі контролю. При цьому опорна функція стопи була збережена у 253 (80,3%) пацієнтів основної групи та у 221 (64,4%) контрольної групи.

Висновки. Радикальне хірургічне лікування ОМ є кращим, якщо воно не призводить до порушення опорної функції стопи. При ураженні проксимального відділу та тилу стопи слід прагнути зберегти опорну функцію стопи, що потребує тривалої антибактеріальної терапії на фоні економних оперативних втручань. Рання діагностика ОМ стопи та індивідуальний підхід до хірургічного лікування та антибактеріальної терапії ОМ приводять до збереження якості життя хворих з СДС та знижують ризик високої ампутації нижньої кінцівки.

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ БІЖЕНЦЯМ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Жара Г. І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка,
Чернігів, Україна

Вступ. Втручання росії в Україну спричинило масову міграцію цивільного населення внаслідок численних руйнацій та постійної загрози життю і здоров'ю людей. За даними Центру економічної стратегії (ЦЕС), на сьогодні від 5,6 до 6,7 мільйонів українців залишаються за кордоном. Як і будь-яке населення, вимушені мігранти є різноманітною групою з однаково

різноманітними потребами у здоров'ї. А оскільки здоров'я є основним правом людини для всіх, включно з біженцями, то надання біженцям доступу до медичної допомоги є головним пріоритетом.

Мета – проаналізувати особливості надання екстреної і невідкладної допомоги українським біженцям у країнах Європи.

Матеріали і методи. Під час підготовки роботи здійснено аналіз офіційних інформаційних бюлетенів Великобританії, Німеччини, Франції, Іспанії та Польщі. Використано бібліосемантичний метод дослідження.

Результати дослідження. Загально визнаний медичний імператив полягає у тому, щоб лікувати людину залежно від її потреби, і незалежно від правового чи соціального статусу. Цей принцип медичної етики стає ще більш важливим у воєнний час, коли людина може не мати засобів для існування, медичної страховки, доступу до невідкладної допомоги через мовний бар'єр, відсутність потрібних медикаментів тощо. Саме тому будь-які втручання в галузі охорони здоров'я в ситуаціях масового переміщення є ефективними лише у тому випадку, якщо вони розроблені та впроваджені відповідно до індивідуальних умов, на основі розуміння життя пацієнтів у їхній громаді та культурі.

Під час такої кризи, як війна, увага переважно зосереджується на жертвах і травмах, але поза увагою часто залишаються проблеми онкохворих, діабетиків, ВІЛ-інфікованих, людей, що мають хвороби серця чи нирок. І багато українців, які переїжджають, припиняють комплексний догляд за такими захворюваннями. І у певний момент після переміщення – краще раніше, ніж пізніше – ці види терапії потрібно відновити. Також особливо гострими у воєнний час стають такі проблеми, як гендерне насильство чи дитячі травми, а також психічне здоров'я і допомога біженцям з обмеженими можливостями.

Згідно законодавства країн Європи усі переміщені особи, навіть ті, які не зареєстровані як біженці від війни, мають право на отримання медичної допомоги. Однак онкохворі та пацієнти, які перебувають на діалізі, для

отримання медичної допомоги повинні якнайшвидше звернутися до служби соціального забезпечення в районі проживання, або приєднатися до програми медичного страхування. При отриманні посвідки на проживання або дозволу на тимчасове проживання переселенці можуть отримати медичне страхування і соціальні виплати від центрів зайнятості. До цього часу біженці можуть отримати базові медичні послуги безпосередньо за місцем проживання.

В екстрених випадках переселенці можуть звернутися до найближчої лікарні або зв'язатися з черговою медичною допомогою за номерами телефонів, розміщених на відповідних інформаційних порталах. У небезпечних для життя станах і в надзвичайних ситуаціях можна викликати службу швидкої допомоги за єдиним номером 112.

На випадки сильного психічного чи емоційного стресу працюють багатоканальні служби телефонної психологічної підтримки, де терапевти надають послуги різними мовами, а також неурядові центри, релігійні та волонтерські організації, де можна отримати відповідну допомогу. На інформаційних сайтах можна знайти список терапевтів, які пропонують до чотирьох безкоштовних онлайн-сеансів терапії для українських біженців за попередньою реєстрацією.

Вагітні жінки, які приїхали з України та ще не мають медичного страхування, можуть пройти гінекологічний огляд або допологовий огляд у центрах сексуального здоров'я та планування сім'ї.

Незважаючи на розвинену мережу установ, що забезпечують соціальний захист і медичну допомогу біженцям, існують проблемні питання, які часто загострюються і потребують вирішення. Серед них – нестача коштів для покриття витрат на лікування, брак медикаментів та медичного обладнання у таборах для переселенців, поширеність інфекційних і неінфекційних захворювань, пов'язана з погіршенням умов життя біженців, перевантаження медичних працівників великою кількістю пацієнтів та підтримка уразливих груп – жінок, дітей та людей з особливими потребами.

Натомість уряди європейських країн, які приймають біженців з України, намагаються забезпечити їм належний рівень базової, екстреної та невідкладної медичної допомоги, покращуючи якість життя в громадах переселенців. До цього залучаються чисельні фонди медичної допомоги і гуманітарні організації.

У цілому заклади охорони здоров'я, які надають допомогу біженцям, отримують підтримку в чотирьох основних сферах надання гуманітарних медичних послуг: допомога при травмах та надання невідкладної допомоги; психічне здоров'я та психосоціальна підтримка; зміцнення національної системи управління медичною інформацією та раннє реагування на спалахи.

Висновки. Відповідно до європейських стандартів медичної допомоги, країни, які приймають біженців з України, прагнуть задовольнити багато гострих і невідкладних медичних потреб найбільш уразливих людей за допомогою повного спектру основних медичних послуг. Одним із гуманітарних пріоритетів Європейського союзу є полегшення фізичних і психічних страждань людей, постраждалих від війни, шляхом забезпечення їх доступу до якісної медичної допомоги. І хоча припинення війни є найефективнішим заходом у сфері охорони здоров'я, в Україні, на жаль, це здається малоімовірним у короткостроковій перспективі.

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВЕНОЗНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАНЗИТОРНИМИ ІШЕМІЧНИМИ АТАКАМИ У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ

¹Калашніков В.Й., ²Стоянов О.М., ²Вастьянов Р.С.,

³Калашнікова І.В., ⁴Бакуменко І.К.

¹Харківський національний медичний університет. м. Харків, Україна

²Одеський національний медичний університет» м. Одеса, Україна.

³Медичний оздоровчий центр «Фортіс», м. Харків, Україна.

⁴КНП «Одеська Обласна клінічна лікарня». м. Одеса, Україна.

Вступ. У структурі цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) чільне місце посідають гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), близько 30% у тому числі становлять транзиторні ішемічні атаки (ТІА). Серед усіх ЦВЗ питома вага ТІА становить 9%. Сьогодні транзиторні ішемічні атаки, як і мозкові інсульти, відносять до невідкладних станів. Захворюваність на ТІА варіює від 37 до 110 випадків на 100 тис. населення. Щорічно ТІА виникають приблизно у 2,3% населення [3]. ТІА є епізодом неврологічної дисфункції, викликані фокальною церебральною, ретинальною або спинальною ішемією, без гострого інфаркту, з типовою тривалістю епізодів – менше 1-2 годин. Етіологічними факторами транзиторних ішемічних атак є: гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертонія, захворювання серця, цукровий діабет, куріння, васкуліти, вроджені аномалії будови судин, екстравазальна компресія хребетних артерій. Пацієнти з ТІА вважаються категорією найбільш високого ризику інсульту. Таким пацієнтам необхідно проводити нейровізуалізацію (комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження судин голови та шиї, електрокардіографія).

Мета. Ультразвукове доплерографічне дослідження артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки у пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками у вертебро-базиллярному басейні.

Матеріали та методи. Було досліджено 108 пацієнтів молодого віку (18 - 45 років) із клінічною картиною ТІА. Клінічно ТІА виявлялися у вигляді кохлео-вестибулярного синдрому (КВС) – 39 пацієнтів, синкопального вертебрального синдрому (СВС) – 30 пацієнтів, офтальмічних (17 пацієнтів), сенсорних (11 пацієнтів) та легких бульбарних (11 пацієнтів) порушень. Дослідження основної (ОА) та хребетних (ХА) артерій проводилося в триплексному режимі на ультразвуковому сканері Ultima-РА (РАДМІР, Україна). Вивчалися показники гемодинаміки в основній (ОА) та хребетних (ХА) артериях, хребетних (ХВ) та базальних (БВ) венах, прямому синусі (ПС). Для підтвердження компресійного механізму розвитку ТІА використовувалися функціональні ротаційні навантаження. Контрольну групу склали 25 здорових осіб відповідного віку.

Результати. За частотою виявлення гемодинамічні патерни розподілилися таким чином: стеноз ХА - 37,6 %, вертебральна компресія ХА - 29,8%, вазоспазм у ХА та/або ОА - 27,6 %, аномалії ходу ХА -14,8%, гіпоплазія ХА – 13,9%, стил-синдром – 7,3%. У частини пацієнтів відзначалося поєднання цих факторів. Виникнення КВС у більшості випадків практично однаково обумовлювалося стенозом, вертебральною компресією та вазоспазмом ХА (37,5%, 32,2% та 30,3% пацієнтів відповідно). У пацієнтів із СВС найчастіше виявлялися поєднання вертебральної компресії з аномалією ходу (41,6%) або гіпоплазією (36,1%) хребетних артерій. Порушення венозної гемодинаміки у переважній більшості пацієнтів з ТІА (72,3%) спостерігалися у ХВ у вигляді посилення систолічної ЛСК до 35 см\с. У групі пацієнтів з КВС також відзначалося посилення кровотоку по ПС (44,2% пацієнтів) та БВ (29,4%). У 68,3% пацієнтів із СВС виявлялося поєднання посилення відтоку ХВ з асиметрією систолічної ЛСК по ХВ (25-30%). Порушення кровотоку в ПС та БВ спостерігалися відповідно у 14,6% та 10,1% пацієнтів.

Висновки. 1. Провідними гемодинамічними факторами розвитку ТІА у ВББ є: стеноз, вертебральна компресія та вазоспазм ХА. 2. Виникнення КВС у більшості випадків практично однаково обумовлювалося стенозом, вертебральною компресією та вазоспазмом ХА. 3. У пацієнтів із СВС виявлялися поєднання вертебральної компресії з аномалією ходу або гіпоплазією хребетних артерій. 4. Порушення венозної гемодинаміки при КВС виявлялися як дисциркуляції в ХВ і ПС, а при СВС, переважно, як поєднання посилення відтоку і асиметрії по ХВ.

ПОНЯТТЯ ПРО ПАРАМЕДИЦИНУ, ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

Кальна Я. М.

КНП “Великосорочинський центр первинної медикосанітарної допомоги”

Великосорочинської сільської ради, Полтавської області

Зважаючи на ситуацію, яка склалася в Україні: потребу наших пацієнтів, особливо в прифронтових територіях, на швидку, кваліфіковану медичну допомогу, розвиток системи парамедичної допомоги є першочерговим завданням.

В Україні з 1 листопада 2017 року введена нова професія “парамедик”. З 1 вересня 2018 року був перший набір на цю спеціальність. Ті медики, які мають медичну освіту, фельшери, зможуть стати парамедиками. Парамедик вище, ніж фельшер, тому що у нього ширші кваліфікаційні вимоги, ніж у фельшера екстреної медичної допомоги.

Парамедик- це фахівець, який надає широкий спектр рятувальних медичних послуг за сучасними стандартами на догоспітальному етапі й своєчасно транспортує постраждалих до лікарні. Парамедицина також відома як “мобільна інтегрована медична допомога”,- це сфера, яка швидко розвивається на стику системи екстреної медичної допомоги та громадського здоров’я. Мета розвитку парамедицини – заощадити час на транспортування пацієнтів.

Була прийнята постанова, що змінює склад екстреної медичної допомоги та вводить поняття “бригада парамедиків”, які працюватимуть паралельно з лікарськими та фельшерськими бригадами екстреної медичної допомоги до 2025 року. Усі фельшера з медицини невідкладних станів і медичні сестри, які зараз працюють у бригадах екстреної медичної допомоги, мають пройти перенавчання і отримати кваліфікацію ”парамедик”. Також з’являться “екстренні медичні техніки”- це водії, які мають пройти навчання і отримати кваліфікацію. Екстрений медичний технік- це людина без медичної освіти, але зі спеціалізованою підготовкою, яка має допомагати лікарям і парамедикам у наданні професійної медичної допомоги пацієнту. Екстренні медичні техніки можуть працювати на службі швидкій допомоги, у лікарні, а також у пожежній службі та поліції, тому що можуть надавати допомогу пацієнту на місцях: зупинку зовнішньої кровотечі, накладання шийних комірців та здійснення СЛР. Парамедики надають розширену медичну допомогу пацієнтам на місцях, включаючи введення ліків проведення внутрішньовенних втручань, реанімацію пацієнта та надавання дихальної підтримки за допомогою інтубації та штучної вентиляції. Вони повинні пройти від 1200 до 1800 годин навчання, щоб стати сертифікованим парамедиком. Парамедицина створена з метою:

- Зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги на нетермінові, нетранспортні послуги, які не підлягають відшкодуванню, щоб забезпечити наявність вільних бригад для виїзду на більш тяжкі випадки
- Покращення доступу населення і задоволення потреб громади у первинній медичній допомозі, забезпечення її безперервності.
- Скорочення простою між дзвінками.
- Зменшення частоти повторної госпіталізації в лікарні, спостереження за перебігом хронічних захворювань та орієнтація на пацієнтів з високим ризиком
- Економія фінансування системи охорони здоров’я і часу

- Ефективне надання допомоги в умовах дефіциту медичних працівників

Парамедики- це ті хто першими реагують на виклик, вони навчаються зосереджуватися насамперед на веденні хворих із невідкладним станом. Щоб ефективно брати участь у роботі бригади та самотіно надавати допомогу, їм потрібна додаткова освіта та навчання, спрямоване на надання допомоги протягом тривалого періоду часу, наприклад, для ведення осіб із хронічним станом.

В Україні тривалість навчання парамедиків складає три роки. Під час першого року навчання майбутні парамедики будуть здобувати загальну освіту, яка відповідає освітньому рівню "бакалавр". Одночасно вони будуть опановувати вміння і навички для надання розширеної першої медичної допомоги. На 2 та 3 курса вони здобуватимуть вищий рівень рятувальної медицини- розширену екстрену допомогу.

Для працівників екстреної медичної служби така перекваліфікація триває чотири тижні і включає роботу з українськими спеціалістами з парамедицини, а також інструкторами із США, Польщі та Литви, теоретичну та практичну підготовку, відпрацювання необхідних навичок із надання невідкладної допомоги. По закінченню програми необхідно скласти іспити. За кордоном зазвичай займає 1-3 роки, залежно від кар'єрних цілей та освітнього шляху. Освітня програма для парамедиків зосереджена на підтриманні життєдіяльності в умовах реагування на невідкладну ситуацію, включаючи як серцево-легеневу реанімацію, накладання джгута та лікування ран, так і навички надання розширеної медичної допомоги (інтубація, внутрішньовенні ін'єкції, базові знання з кардіології, травматології тощо). Парамедики виконують більш складні процедури, ніж фельдшери швидкої медичної допомоги, і тому потребують розширеної програми освіти.

Парамедики можуть брати участь у чотирирічній програмі бакалаврату. Випускники бакалаврату часто працевлаштовуються на посади адміністраторів охорони здоров'я, менеджерів з підготовки парамедиків або

клінічних керівників. Деякі студенти використовують цей ступінь як плацдарм для просування в навчанні, вступаючи на програми асистентів лікарів або медичну школу.

На теперішній час розвиток парамедиків є важливою складовою надання медичної допомоги на сході України, де люди потребують підтримки вчасно та кваліфіковано. Розвиток перамедичної служби в Україні потрібний і є першочерговим. Видимі перспективи спонукають розвивати цю галузь медицини.

Кабінет Міністрів України затвердив нову Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги, яка реалізуватиметься в два етапи: 2019-2020 та 2021-2023 роки. Стартом першого етапу вочевидь варто вважати засідання Уряду, на якому прийняли Постанову від 22.05.2019 р. №425 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві та створення оперативно-диспетчерських служб».

За кошти, які будуть направлені на розвиток, буде закуплено апаратно-програмні комплекси для оперативно-диспетчерських служб у регіони, котрі цього потребують, а пілоти можуть розраховувати ще й на спеціалізований санітарний транспорт і обладнання для навчально-тренувальних відділів центрів ЕМД. Вибір пілотних областей обґрунтовують тим, що вони мають найсприятливішу для запровадження змін інфраструктуру, можливість для перекваліфікації працівників служби й управлінські здобутки під час реформування первинки.

Наступний етап реалізації Концепції охопить всю територію держави, до того ж її розробники знову обіцяють вражаючі зміни: новий транспорт і обладнання на ньому, оновлення алгоритмів диспетчеризації, протоколів для диспетчерів та бригад, створення нової ІТ-інфраструктури, встановлення GPS на всіх автомобілях, гідну оплату праці медичним працівникам ЕМД, трансформацію приймальних відділень у лікарнях і доступ до обладнання в них у режимі 24/7.

ДО ЕКОНОМІЧНИХ АСПЕКТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ РЕФОРМИ РОЗВИТКУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Коршєнко А. В.

Київський національний університет імені Т. Шевченка, Київ, Україна

У 2012 році був прийнятий та набрав чинності Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (від 05.07.2012 № 5081-УІ) із змінами, внесеними Законом № 421-ІХ від 20.12.2019, що визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, і засади створення, функціонування й розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога (ЕМД) — це медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (ст. 1 [Закону](#) України «Про екстрену медичну допомогу»).

Мета публікації полягає у визначенні проблемних аспектів використання виділених бюджетних коштів на фінансування пілотного проекту реформи ЕМД та встановлення цільових орієнтирів щодо подальшого її впровадження.

З часу прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» в 2012 році до 2018 року включно додаткових інвестицій у розвиток системи державою не залучалося, проте зміни декларували.

У проекті Державного бюджету на 2019 рік на фінансування екстреної медичної допомоги через механізм субвенції було передбачено близько 6 млрд грн. Крім того, 922,5 млн грн. планувалось витратити на реформу екстреної медичної допомоги. За ці кошти у 2019 році передбачалось реалізувати пілотний проект розвитку екстреної медичної допомоги у

Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та місті Києві.

Комплексна програма з розвитку системи екстреної медичної допомоги в пілотних областях включала:

- ✓ закупівлю 70% потреби спеціалізованого санітарного транспорту для розвитку служби екстреної медичної допомоги;
- ✓ проведення програми підготовки інструкторів для підвищення кваліфікації, відповідно до світових стандартів, осіб, задіяних у роботі системи екстреної медичної допомоги;
- ✓ цільові видатки на підвищення рівня оплати праці працівників, які пройдуть підвищення кваліфікації;
- ✓ закупівля спеціального навчального обладнання та манекенів для навчально-тренувальних симуляційних центрів;
- ✓ створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб;
- ✓ впровадження уніфікованих сучасних галузевих стандартів диспетчеризації.

Реалізація пілотного проекту повинна була забезпечити подальший розвиток системи екстреної медичної допомоги, надання екстреної медичної допомоги належної якості та постійне її удосконалення шляхом регулювання процесу навчання та підвищення кваліфікації працівників.

В 2021 році за результатами аудиту ефективності використання коштів субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам, спрямованих на розвиток системи екстреної медичної допомоги, висновок Рахункової палати (відповідальний за проведення аудиту – заступник Голови Рахункової палати Андрій Майснер) був шокуючим – шість пілотних регіонів у 2019 році використали неефективно або з порушенням законодавства третину з 1 млрд грн бюджетних коштів на розвиток.

На розвиток екстреної медичної допомоги (ЕМД) 6 пілотних регіонів – Вінницька, Донецька, Одеська, Полтавська, Тернопільська області та м. Київ – у 2019 році загалом використали 1 млрд гривень. З них 781 млн

грн – субвенція з державного бюджету, а 261 млн грн – співфінансування з місцевих бюджетів. При цьому 115 млн грн субвенції повернули до державного бюджету як невикористані.

За бюджетні кошти пілотні регіони придбали 433 спеціалізованих санітарних автомобілі для центрів ЕМД, виготовлених на базі вантажних автомобілів, та 36 навчальних манекенів для центрів підготовки медиків.

Рахункова палата встановила, що 252 млн грн субвенції були використані неефективно, а 86 млн грн – з порушенням законодавства, що загалом становить майже третину загальних видатків на розвиток ЕМД.

Вартість автомобілів екстреної медичної допомоги одного й того ж типу значно різнилась у різних регіонах (областях). Аудитом встановлений факт віднесення самих автомобілів ЕМД до медичних виробів і одержання, як наслідок, постачальниками податкових пільг з податку на додану вартість; обмеження конкуренції; незастосування покупцями штрафних санкцій щодо продавців за несвоєчасне постачання автомобілів або їх невідповідну якість.

В Рахунковій палаті вважають, що у разі зміни механізму закупівлі і стимулювання участі у ній інших виробників, які є на ринку, держава могла би зекономити значні обсяги бюджетних коштів. Так, вартість придбання автомобіля ЕМД типу В становить від 1,96 млн грн, а типу С – від 2,85 млн грн і вище. Водночас поставлені автомобілі типів В і С відрізняються між собою здебільшого лише двома-трьома опціями – насамперед наявністю апарату ШВЛ та іншою конструкцією приймального пристрою для нош. Проте вартість автомобіля типу С на 870–890 тис. грн, або на 45%, більша від вартості автомобіля типу В, чому немає зрозумілих обґрунтованих пояснень.

Встановлені факти внесення недостовірних даних до видаткових накладних і актів прийому-передачі автомобілів ЕМД, в частині дати поставки автомобілів, які мають ознаки службового підроблення документів. Зокрема, у Вінницькій (на 17 млн грн), Донецькій (на 76 млн грн), Полтавській (74 млн грн), Тернопільській (70 млн грн) областях.

В межах аудиту Рахункова палата виявила закупівлю манекенів-тренажерів для центрів підготовки медиків за ціною, завищеною у 3–15 разів. Так, Київський міський Центр екстреної медичної допомоги закупив два типи симуляційних манекенів Gaumard у 15 і 9 разів дорожче ціни американського виробника. Аналогічно у Вінницькій, Донецькій, Одеській і Полтавській областях з націнкою 280–530% придбали у посередника манекени американського виробника Laerdal.

Водночас Рахункова палата звернула увагу, що станом на липень 2020 року Міністерство охорони здоров'я України не прийняло рішення щодо проектної документації, обладнання, програмного забезпечення та взагалі подальшого впровадження «Системи 103». З цієї причини уже 9 років не використовуються за призначенням матеріальні активи на 86 млн грн, придбані за кошти державного бюджету для розвитку системи ЕМД.

Висновки. Таким чином, спроби начального етапу трансформації екстреної медичної допомоги в Україні призвели до суперечливих результатів. Поряд із позитивними змінами проявилось багато непередбачуваних та непродуманих наслідків: відсутність на протязі тривалого часу цільового фінансування проекту, незавершеність законодавства; нерозвиненість інфраструктури; слабке нормативно-методичне та ресурсне забезпечення; спротив змін під впливом звичок, стереотипів та прийнятих у суспільстві кодексів поведінки тощо. Тому державне управління трансформацією ЕМД в Україні в форматі інституційних реформ вимагають удосконалення, систематичних зусиль і витрат упродовж досить тривалого періоду, адже пов'язане із зміною поведінки суб'єктів системи та формуванням нових правил її функціонування.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Котельнікова А.С., Краснова О.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Внаслідок повномасштабного вторгнення країни-агресора на територію України зросла кількість внутрішньо переміщених осіб, які назавжди втратили своїх рідних, домівки, роботу, а також можливість лікування в медичних закладах за місцем проживання. Українці, які отримали опіки та пошкодження від мінно-вибухових предметів, страждають на психічні розлади, серцево-судинні та ендокринні захворювання, потребують постійного моніторингу щодо динаміки їх лікування. Саме тому досить актуальним є питання про відновлення та постійне застосування телемедицини у воєнний час. На сьогодні телемедицина відіграє важливу роль у збереженні життя нації в умовах війни.

Телемедицина - це напрямок медицини, що використовує телекомунікаційні й електронно-інформаційні технології для надання медичної допомоги й послуг у сфері охорони здоров'я. Метою телемедицини є надання якісної медичної допомоги будь-якій людині незалежно від її місцезнаходження.

Усі види телемедичних послуг умовно поділяються на шість напрямів:

- телеконсультування;
- телемоніторинг;
- домашня телемедицина;
- телескринінг;
- телеприсутність/телеасистування;
- дистанційне навчання.

Теледопомога використовується як при первинних консультаціях, так і при повторних - для моніторингу ефективності лікування, а також отримання інформації про динаміку захворювання пацієнта. Телеконсультацію можуть

проводити лікарі загальної практики або вузькопрофільні медичні спеціалісти.

У практиці застосування телемедицини є безліч переваг як для самих пацієнтів, так і для медичних працівників, які надають допомогу. По-перше, це проведення онлайн відеоконсультацій, спілкування в месенджерах та дзвінки у зручний час з віддалених територій. У воєнний час такий вид спілкування «лікар-пацієнт» є більш безпечним, бо майже щодня окупанти масово знищують медичні заклади в різних куточках України. По-друге, телемедицина дозволяє постійно бути на зв'язку з пацієнтами-військовослужбовцями, які мають хронічні захворювання або отримали тяжкі поранення. Також варто наголосити про економію часу та ресурсів, пацієнту не потрібно витратити власний час та кошти, щоб дістатися до лікарні. Ще одним із пріоритетів телемедицини для лікарів є можливість проведення онлайн консиліумів (телеконференцій) з різними фахівцями медичних закладів для обговорення клінічних випадків та встановлення правильного діагнозу пацієнту.

Однак, незважаючи на переваги, телемедицина залишається на «ранньому» етапі розвитку, тому має певні недоліки, а саме:

- неможливість прямого контакту лікаря з хворим, внаслідок чого це може призвести до некоректно встановленого діагнозу та в майбутньому не ефективного лікування;
- потреба в якісному та постійному підключенні до Інтернет мережі;
- відсутність сучасних гаджетів у пацієнтів та неможливість встановлення програмного забезпечення телемедичних послуг;
- втрата повної конфіденційності інформації про пацієнта.

Отже, популярність телемедицини в Україні з кожним роком буде лише зростати та залишиться актуальною і в повоєнний час. Телемедицина має значний потенціал для покращення доступу до системи охорони здоров'я, тому варто інвестувати в розвиток телекомунікаційної інфраструктури, забезпечити повну конфіденційність передачі медичної інформації про

пацієнта та поліпшити ефективність надання медичної допомоги. Завдяки покращенню та розвитку телемедицини українці зможуть отримувати медичну допомогу на найвищому рівні.

СУЧАСНІ ТЕРМОПЛАСТИЧНІ БАЗИСНІ ПЛАСТМАСИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Баля Г.М., Шеметов О.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Однією з найбільш важливих та недостатньо невирішених проблем в клініці ортопедичної стоматології є проблема лікування пацієнтів з повною відсутністю зубів.

За даним групи авторів повні знімні протези потребує 63,6% населення. За останні 5 років спостерігається стала однонаправлена тенденція до збільшення відсотка осіб похилого віку, що користуються знімними протезами.

Протягом багатьох років ведуться розробки нових базисних стоматологічних матеріалів та їх дослідження. В даний час все частіше лікарі стоматологи-ортопеди використовують безакрилові термопластичні пластмаси, які дозволяють поліпшити функціональні якості повних знімних протезів і уникнути всім відомих недоліків акрилових пластмас.

Мета. Вивчити в клініці ортопедичної стоматології ефективність застосування термопластичних матеріалів «Vertex ThermoSense», (Нідерланди) та «Deflex Acrylate», (Аргентина) у пацієнтів з повною відсутністю зубів.

Матеріали і методи. В нашій роботі ми використали поліамід (нейлон) «Vertex ThermoSense», (Нідерланди) та термопластичний матеріал на основі поліметилметакрилату «Deflex Acrylate», (Аргентина). Основними характеристиками цих матеріалів є відсутність вільного мономеру, висока щільність та легкість, змога проведення полагодження та перебазування.

Нами було проведено лікування 20 пацієнтів з повною відсутністю

зубів. Протягом останніх 3-5 років вони користувалися повними знімними протезами, що були виготовлені з акрилових пластмас. Всі пацієнти відмічали незадовільну фіксацію протезів, 12 пацієнтів відмічали подразнення та дискомфорт з боку слизової оболонки протезного ложа, 8 пацієнтів зверталися з приводу починки протезів. Пацієнтам були виготовлені повні знімні протези з пластмас: з «Vertex ThermoSense» – 10 пацієнтам, з «Deflex Acrylate» – 10 пацієнтам.

Оцінка ефективності протезування з використанням вказаних базисних термопластичних матеріалів проводилась за допомогою електроміографічних досліджень жувальних м'язів.

Результати дослідження. Були сформовані три групи пацієнтів: перша група – 10 осіб (протези з поліаміду (нейлону) «Vertex ThermoSense»); друга – 10 пацієнтів (протези з на основі поліметилметакрилату «Deflex Acrylate»); третя – контрольна – 10 осіб з інтактними зубними рядами. Всього було записано та статично оброблено 50 електроміограм. Всім особам проводили функціональні проби – «вольове стиснення» і «довільне жування».

В контрольній групі при вольовому стисненні спостерігається швидке виникнення високоамплітудних коливань з поступовим згасанням до закінчення проби. У стані відносного фізіологічного спокою нижньої щелепи біоелектрична активність не реєструвалася, відповідно на електроміограмі спостерігається ізометрична лінія.

Проба «довільне жування» характеризується чіткою послідовністю залпів активності з періодами спокою. Біоелектрична активність відрізняється досить високою амплітудою на початку періоду жування з поступовим зниженням її до кінця в міру зменшення твердості харчового подразника.

На електроміограмі пацієнта, який довгий час користувався повними знімними протезами, амплітуда стискання значно знизилася при вольовому стисненні та довільному жуванні, що суттєво відрізняється від показників

норми. Що стосується коефіцієнта «К», який має бути максимально наближений до одиниці, то його показник збільшився в двічі.

Також пацієнтам проводились записи електроміограм через 6 місяців користування новими протезами. Амплітуда стискання при вольовому стисненні та при довільному жування значно збільшилася, порівняно з результатами до ортопедичного лікування, а коефіцієнт «К» наближається до одиниці. Показники у пацієнтів першої та другої клінічних груп через місяць користування повними знімними протезами майже не різняться між собою. Це свідчить про кращу стабілізацію протезів, які виготовляються з термопластичних матеріалів.

Висновки. На основі виконаної роботи ми відмітили, що використання базисних термопластичних матеріалів «Vertex ThermoSense» та «Deflex Acrylate» дозволяє досягти кращої фіксації та стабілізації повних знімних пластинкових протезів за рахунок більш точного відображення рельєфу слизової оболонки протезного ложа. У зв'язку з відсутністю вільного мономеру ці матеріали є біосумісними, вони не є токсичними, практично не викликають алергічних реакцій та можуть застосовуватися у пацієнтів з підвищеною чутливістю до акрилатів. Протези з термопластичних матеріалів дуже добре обробляються та поліруються, що суттєво підвищує якість протезів, знижується ризик запалення слизової оболонки протезного ложа. Адаптація до цих протезів проходить швидше, ніж до акрилових, та майже безболісно.

Виходячи з результатів проведеної роботи в клініці ортопедичної стоматології, при повній відсутності зубів у пацієнтів можна рекомендувати до використання протези з термопластичних матеріалів «Vertex ThermoSense» та «Deflex Acrylate».

**ТОПОГРАФІЧНІ ТА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЕЛЕМЕНТІВ СНЩС
У ПАЦІЄНТІВ З ОДНОСТОРОННІМ ВИВИХОМ
СУГЛОБОВОГО ДИСКА**

Лунькова Ю.С., Ілляшенко Ю.І., Перепелова Т.В., Петренко Р.В.,

Коваль Ю.П., Павліш І.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Патологія скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) одне з найпоширеніших захворювань в стоматології. Дисфункцію в СНЩС лікарі стоматологи виявляють у 37-67% пацієнтів, що звертаються. Такі порушення СНЩС набагато частіше бувають у жінок ніж у чоловіків, що складає у співвідношенні 8:1. Висока поширеність, надзвичайний різноманітність форм, складнощі діагностики і лікування яскраві ознаки ,що характерезують розлади СНЩС.

Мета дослідження виявити та систематизувати топографічні та структурні зміни при односторонніх вивихах дисків СНЩС за результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ).

Матеріали. Нами було обстежено 20 пацієнток, група досліджуваних була сформована лише з жінок, які мали внутрішні порушення - однобічний вивих суглобових дисків СНЩС.

Методи. Для виявлення функціональних і морфологічних змін із боку СНЩС, ретельного вивчення патології СНЩС ми використовували у роботі результати МРТ. Укладання в кососагітальному зрізі, в двох фіксованих станах: при закритому та відкритому роті. Ми використовували укладку TMJ Osag FSE T1 та T2 зважених зображень. Починали сканування при закритому роті, а потім - при відкритому до 3 см роті щоб визначити максимальне фізіологічне зміщення внутрішньосуглобового диска і суглобової голівки. Щоб утримати рот стабільно у відкритому положенні застосовували фіксатори з немагнітного матеріалу. Стандартний протокол МР-дослідження включав виконання T1 і T2 зважених зображень: парасагітальних, паракорональних у положенні фіксованої оклюзії та при відкритому роті.

Щоб спостерігати кінематику суглоба сканування виконували при поступовому відкриванні рота від закритого до максимально відкритого положення. Парасагітальні зрізи виконувались по площині, перпендикулярній довгій осі суглобової голівки. Ця зона дослідження включає зовнішній слуховий прохід, дно скроневої ямки, а також висхідну гілку нижньої щелепи. Ця проекція найкраща для дослідження диску СНЩС. Спочатку виконують T1 зважені зображення які дозволяють чітко диференціювати форму та структуру, а також ступінь дегенерації диска СНЩС. Потім виконують T2 зважені зображення, не змінюючи напрям площини сканування, товщину зрізів і проміжків між ними та величину поля огляду.

Результати дослідження. При вивченні результатів МРТ досліджень, спостерігаємо, що з правого боку при закритому роті центральне положення дисків зустрічається в 31,6% випадків, при відкритому роті центральне положення дисків залишається у 84,2% випадків, анатомічних змін диска СНЩС немає. З правого боку при закритому роті переднє положення дисків діагностується в 68,4% випадків, із яких: цілком переднє - в 52,6%, переднє на 2/3 - у 10,5%, переднє на 1/2 - у 5,3%, переднє на 1/3 не виявлено. При відкритому роті з правого боку переднє положення диска діагностується в 15,8% випадків, із яких: цілком переднє положення диска не виявлено, переднє на 2/3 положення дисків - у 15,8% випадках, переднє на 1/2 і переднє на 1/3 положення дисків не виявлено. З лівого боку при закритому роті центральне положення дисків зустрічається в 57,9% випадків, при відкритому роті центральне положення дисків залишається в 78,9% випадках. З лівого боку при закритому роті переднє положення дисків діагностується в 42,1% випадках, із яких: цілком переднє - 5,3%, переднє на 2/3 - у 31,6%, переднє на 1/2 не виявлено, переднє на 1/3 - у 5,3% обстежених. При відкритому роті з лівого боку переднє положення дисків діагностується у 21,1% випадку, з яких: цілком переднє положення диска відсутнє, переднє положення на 2/3 - у 15,8% випадках, переднє положення дисків на 1/2 - у

5,3%, переднє положення дисків на 1/3 відсутнє. З правого боку анатомічних змін дисків СНЩС немає в 68,4% випадках, у 15,8% випадках диски стоншені, також диски стоншені з дегенеративними змінами в 10,5% випадків, у 5,3% випадків відбулися дегенеративні зміни дисків. З лівого боку анатомічних змін дисків СНЩС немає в 78,9% випадках, стоншення дисків, дегенеративні зміни в поєднанні зі стоншенням дисків відсутні, у 21,1% випадках відбулися лише дегенеративні зміни дисків.

Висновок. Патологічні зміни в групі з одностороннім вивихом в СНЩС з правого боку зміни положення дисків при закритому роті в 68,4%, при відкритому роті в 15,8% випадків, одночасно з лівого боку при закритому роті - в 42,1% при відкритому роті - у 21,1% випадків. При цьому лише з правого боку стоншена форма дисків у 15,8% випадків та стоншена форма дисків із дегенеративними змінами в 10,5%. Дегенеративні зміни дисків виникли з обох боків: із правого - в 5,3%, із лівого - у 21,1% випадків. В подальшому дослідження полягають у порівнянні результатів змін у СНЩС при захворюваннях у пацієнтів з одностороннім і двостороннім вивихом диска при різних видах прикусу.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ГНІЙНОМУ ЗАПАЛЕННІ КІСТИ КУПРИКА

Люлька О.М.,¹ Кравців М.І.,¹ Кизименко О.О.,² Буря Л.В.¹

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава.

²КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», м. Полтава

Вступ. У структурі хворих з хірургічною патологією куприкової зони, що звертались за медичною допомогою в клініку кафедри хірургії №1 протягом 2022-2023 років, відбулись зміни в бік збільшення випадків з гострим гнійним запаленням у порівнянні з хронічним. Якщо при хронічному запаленні кісти куприка хірургічна тактика визначена, то при гострому гнійному процесі наявність різних факторів перебігу та особливостей

хвороби призводили до різноманітних тактичних підходів до лікування цієї патології.

Мета. Метою роботи було визначення хірургічної тактики при гострому гнійному запаленні кістки куприка в залежності від локальних змін та розповсюдженості патологічного процесу.

Матеріали і методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 78 хворих з кісткою куприка в стадії гнійного запалення, що перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтава протягом 2022-2023 років. Всі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку. Вік хворих коливався від 19 до 46 років. Перебіг хвороби визначався у вигляді гострого запалення з нагноєнням у 65 (83%) госпіталізованих, а у інших 13 (17%) пацієнтів були ознаки гнійного процесу на фоні хронічного запалення. У 3 (3,8%) хворих був рецидив захворювання після раніше проведених оперативних втручань висічення кістки куприка.

У всіх хворих були клінічні ознаки місцевого запального процесу з наявністю інфільтрату та, в більшості випадків, нориці з гнійними виділеннями, зміни у лабораторних показниках крові різного ступеня вираженості. При необхідності проводились додаткові інструментальні дослідження (ректороманоскопія, сонографія, комп'ютерна томографія) та рентгенологічні обстеження (фістулографія).

Результати дослідження.

Одномоментна радикальна операція висічення кістки куприка виконана 15 (19,2%) хворим у випадках гострого гнійного запалення при розмірах запального інфільтрату до 4 см, що мало, безумовно, позитивні ефекти та наслідки. Так, одразу досягалась радикальність проведеного оперативного втручання, антибіотикотерапія та протизапальна терапія мали високу ефективність, чим створювались умови до первинного загоєння післяопераційної рани. Тривалість лікування становила 8-10 діб. Рецидив захворювання спостерігався у 1 (6,7%) пацієнта. Ще в одному випадку (6,7%) спостерігались дискомфорт та помірні больові відчуття в ділянці операції, що

пов'язано з формуванням тригерних зон через гіпертрофічний рубець. Причинами цього, на нашу думку, було вимушене виконання асиметричного розрізу, надмірне затягування лігатур та, як наслідок, деформація підшкірної клітковини в зоні операції. Часткову неспроможність швів діагностовано також у 1 (6,7%) пацієнта.

Розміри запального інфільтрату у 63 (80,8%) випадках гострого гнійного запалення кістки куприка не дозволили виконати одномоментну радикальну операцію. Цим хворим проведено хірургічне втручання в два етапи: після розкриття та санації гнійного вогнища на 4-6 добу виконували радикальне висічення кістки куприка. Перевагами такої тактики були: менша травматичність операції; більш адекватна, ніж при вираженому гнійному запаленні, візуалізація куприкових ходів. Зменшення розмірів інфільтрату дозволило робити невеликих розмірів симетричний розріз по задній серединній лінії та запобігти виникненню надмірного дефіциту тканин, що при зашиванні рани призводить до їх натягнення та ішемії, що в свою чергу, може викликати неспроможність швів, некроз країв рани, нагноєння та вторинне загоєння. Рецидивів захворювання за період спостереження не діагностовано, а неспроможність швів з вторинним загоєнням рани спостерігалось у 3 (4,8%) випадках.

Висновки.

Таким чином, первинно радикальне одномоментне висічення кістки куприка у стадії гострого гнійного запалення має сенс виконувати при розмірах запального інфільтрату не більше 4 см. За інших умов, доцільно проводити хірургічне втручання в два етапи (санація запального вогнища та подальше його висічення).

**ПРОФЕСІЙНА ДЕФОРМАЦІЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ІЗ СПЕЦИФІЧНИМИ
УМОВАМИ НАВЧАННЯ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Охріменко І. М.¹, Пронтенко К. В.²

¹Національна академія внутрішніх справ, Київ, Україна

²Житомирський військовий інститут імені С. П. Корольова,
Житомир, Україна

Одним із негативних чинників будь-якої професійної діяльності є професійна деформація. Особливо гостро проблема професійної деформації стосується соціометричних професій, до якої належать науково-педагогічні працівники закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання (далі – ЗВО СУН). Професійна деформація доволі часто є причиною формального виконання функціональних обов'язків та посадових повноважень. Разом із тим, не виключена поява стереотипів поведінки та негативних звичок, змінюються механізми сприймання колег по роботі, ускладнюється комунікація з учасниками освітніх відносин. Проте під впливом специфічних умов професійної діяльності змінам може піддаватися не лише модель поведінки особистості викладачів, але й психологічні особливості (з'являються ознаки інтелектуального виснаження, емоційне вигорання тощо).

З метою визначення показників професійної деформації офіцерів-викладачів з різним досвідом службової діяльності нами на базі Національної академії внутрішніх справ було проведене емпіричне дослідження (136 осіб з різними досвідом роботи (до 5 років – 21 особа, 5-10 років – 45 осіб, 10-15 років – 42 особи, понад 15 років – 28 осіб). Така практика є виправданою для ранньої діагностики негативних особистісних змін під впливом службової діяльності, що дозволяє створити систему діагностики та профілактики несприятливих деструктивних явищ. Психодіагностичне опитування проводилося за методикою діагностики рівнів професійної деформації. Разом із тим, проводилося анкетування з використанням авторської анкети, яка

містила два блоки запитань для визначення професійних та психологічних показників деформації офіцерів.

За результатами дослідження встановлено, що в респондентів з досвідом педагогічної діяльності до 5 років суттєво не виявляються деформаційні зміни. Вони перебувають на стадії адаптації й тільки пристосовуються до умов служби. Характерним для цієї групи є активне поглинання професійної діяльності, домінування фахової спрямованості через засвоєння нових стандартів поведінки. У офіцерів з досвідом 5-10 років та 10-15 років визначальним є середній рівень деформації. Такі особи пройшли період адаптації до службової діяльності завдяки перевірці можливостей саморегуляції поведінки й способу життя згідно організаційно-управлінських, методичних, комунікативних умов професії; набули досвіду, що сприяє виконанню професійних завдань. У цей період викладачі вже мають певні негативні прояви, але вони не співвідносяться з деформацією. Разом із тим, у офіцерів-викладачів ЗВО СУН з досвідом понад 15 років прослідковуються деякі показники глибокого рівня професійної деформації. Даний рівень докорінно змінює особистість науково-педагогічного працівника: прогресування негативних моделей поведінки, укорінення несприятливих якостей, протиборство між окремими якостями в психологічній структурі. Деформація набуває форм фанатичного віддання роботі, дедалі частіше спостерігається виправдовування себе та власних амбітних позицій.

Авторська анкета з визначення професійних та психологічних показників деформації науково-педагогічних працівників використовувалася для встановлення умов появи й розвитку особистісних змін. Ключові позиції, які підлягали дослідженню, охоплювали визначення професійних (контактність; активність під час виконання професійних завдань; наявність стресових явищ; бажання змінити рід діяльності; бажання звільнитися) та психологічних (надмірна напруженість; стан знервованості; емоційність та емпатія;

виснаженість; задоволеність роботою) показників деформації, що виявляються упродовж службової та педагогічної діяльності фахівців.

Так, зокрема, контактність кількісно домінує у викладачів з досвідом службової діяльності 5-10 років (46.7%), що є цілком закономірним, адже такі респонденти пройшли всі етапи адаптації і здатні більш якісно себе позиціонувати в стосунках. Щодо категорій респондентів з досвідом більше 10 років, то вони поступово віддаляються від надмірних та постійних професійних контактів, вказуючи, що витрачають надмірно енергії за такої моделі поведінки, саме тому такі контакти носять переважно ситуативний характер.

У причинно-наслідковому зв'язку перебувають такі показники як «наявність стресових явищ» та «активність» офіцерів-викладачів, адже стресові явища та ситуації здатні провокувати надмірну активність та додаткові зусилля під час виконання професійних завдань. Респонденти з досвідом педагогічної діяльності 5 років і більше краще справляються зі своїм стресом, порівняно з менш досвідченими (цей показник є найбільшим 33.3%). Аналогічна ситуація прослідковується й за показником «активність у виконанні професійних завдань». Це означає, що більш досвідчені викладачі вже встигли напрацювати власну модель поведінки та не виявляють надмірної активності (респонденти з досвідом 10-15 та більше 15 років виявляють схожі показники – 23.8% та 21.4%).

У той час, ми встановили, що в офіцерів зі стажем педагогічної діяльності до 5 років не проглядається свідомого бажання змінювати рід діяльності (62.0%), а тим більше – звільнитися із ЗВО СУН (80.9%). У той час, респонденти з більшим стажем служби все частіше замислюються над зміною робочого місця (33.3% респондентів з досвідом 10-15 років, 42.9% – більше 15 років).

Щодо психологічних показників деформації офіцерів, встановлено, що надмірна напруженість та стан знервованості яскраво прослідковується у викладачів зі стажем роботи до 5 років (часто 42.9% і 47.6% відповідно). З

часом надмірне напруження та прояви знервованості стають не такими вираженими. Ці показники в позиції «часто» менш характерні для респондентів з більшим досвідом службової діяльності: 5-10 років – 35.6% і 37.8%; 10-15 років – 31.0% і 33.3%; більше 15 років – 25.0% і 21.4%. Звідси можна стверджувати про зниження напруженості по мірі опанування професією та накопичення досвіду.

Схожу тенденцію можна вбачати й за показником «емоційності та емпатії». Якщо у офіцерів з досвідом до 5 років ці прояви є достатньо стійкими (47.6%). У той час, більш досвідчені респонденти достатньо стримані та більш обережні в демонстрації своїх емоцій. В цьому можна вбачати ймовірність накопичення негативних емоцій, які будуть ретельно приховуватися, проте рано чи пізно здатні спровокувати «вибух» та сильне внутрішнє хвилювання.

Наведені дані свідчать й про наявність у опитаних з досвідом 10-15 та більше 15 років проявів виснаження (10-15 років – 33.3%; більше 15 років – 32.1%). Для порівняння офіцери з меншим досвідом роботи (до 5 років та 5-10 років) показник виснаженості представлений значно менше (19.0% та 26.7%).

У осіб зі стажем службової діяльності до 5 років робота часто викликає відчуття задоволеності (52.4%). Проте з часом службові перепони, а також значні фізичні й психічні навантаження здатні знижувати ступінь задоволеності професією. У 45.2% респондентів з досвідом 10-15 років та у 46.4% з досвідом більше 15 років лише іноді спостерігається відчуття задоволеності роботою.

Загалом з'ясовано, що синдром професійної деформації є закономірним явищем для офіцерів-викладачів, які працюють з людьми і діяльність яких неможлива без ділової комунікації. Разом із тим, визначено, що наявність несприятливих чинників їх діяльності може викликати прогресуюче відчуття незадоволеності професією, внутрішню напруженість, відчуття психологічного дискомфорту й невпевненості в собі. Через повторення несприятливих службових чи педагогічних ситуацій, подібні психічні стани

можуть закріплюватися в якості й переходити в стійкі прояви поведінки (наприклад, конфліктність, дратівливість, підозрілість, байдужість до оточуючих і роботи).

Проведене анкетування дозволило також окреслити закономірність: від того, настільки часто офіцер переносить негативні емоції на своє професійне (колеги, курсанти) чи соціальне (сім'я чи друзі) оточення, залежить рівень його стресостійкості. Стало можливим встановити соціабельність (контактність) особистості викладачів, що здатне лежати в основі прояву таких її рис, як от: відкритість, толерантність чи агресивність. Питомої ваги додає встановлення у респондентів бажання звільнитися та припинити службову активність, а також з'ясувати рівень їх задоволеності педагогічною професією. Якщо бажання звільнитися або змінити рід діяльності виникає часто, то можна говорити про блокування розвитку особистості, як професіонала. Разом із тим, байдуже або, навпаки, фанатичне ставлення до власної кар'єри викликає відчуття тривоги та сприяє деформації (виконання обов'язків застарілими підходами, ігнорування нових методів навчальної діяльності тощо).

Отримані результати викликають певне занепокоєння, адже часті думки про зміну роду діяльності вказують на середній рівень деформації та стають перепоною в подальшій професіоналізації фахівців. Логічним буде припустити, що такі офіцери-викладачі не вбачають перспектив своєї службової діяльності, працюють з малим ентузіазмом або взагалі через силу. У той час, деформаційні зміни особистості можуть навпаки сприяти постійному перебуванню фахівця в напрузі та/або тривозі, адже його погляди й позиції формуються на базі прогресуючого бажання швидше змінити рід діяльності, досягнути успіхів у іншій сфері (наприклад, реалізація власних бізнес-проектів, консультативна практика тощо). Це підтверджує наші попередні припущення, що професійна деформація зумовлює загострення проявів особистості та блокує її розвиток.

Отже, на основі результатів нашого дослідження ми визначили, що в педагогічній діяльності офіцерів-викладачів ЗВО СУН професійна деформація розвивається не так стрімко, проте цілком вираженими можуть бути її прояви з набутим досвідом. Спостерігається динаміка рівнів професійної деформації: від початкового до глибинного. За наявності незначного досвіду (до 5 років) професійні та психологічні показники деформації мають незначні прояви, що викликано адаптаційним періодом становлення фахівців. Натомість з більшим досвідом (10-15 і більше) викладачі стають впевненішими, проте за окремими показниками (наявність стресових явищ, активність у виконанні професійних завдань, виснаженість тощо) спостерігається прогресуюча тенденція до деформаційних змін. Це визначає доцільність проведення відповідних заходів психологічної корекції, без яких можуть набувати поширення випадки девіантної поведінки (зокрема, зловживання психоактивними речовинами як способу подолання стресу або компенсації виснаження), що безумовно шкодить професійному здоров'ю та є перепорою для подальшої роботи.

ПРОБЛЕМА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ЧИННИКИ І РІШЕННЯ

Перлова А.В., Мунтян О.В., Курдиш Л.Ф., Мунтян В. Л.

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

Вступ. У практиці кожного стоматолога іноді виникають ситуації, коли потрібно надавати невідкладну допомогу пацієнтам. Ці випадки можуть включати непритомність, напади бронхіальної астми, гіпертонічний криз, інфаркт. Проте, найнебезпечнішими станами вважаються алергічні реакції на медикаментозні засоби. У таких ситуаціях критично важливо діяти швидко і правильно. Для надання невідкладної медичної допомоги в стоматології, існує наказ який регламентує алгоритм проведення невідкладних заходів дорослому населенню (№ 1496н від 07.12.2011 "Про затвердження порядку

надання медичної допомоги дорослому населенню при стоматологічних захворюваннях"). Проте, не дивлячись на постійне вивчення цієї проблеми під час навчання в університеті та удосконалення навичок на початкових етапах самостійної роботи лікарем, на жаль, статистика помилок у наданні невідкладної допомоги у стоматологічній практиці залишається високою. У Європейських країнах та США кількість випадків медичних помилок при наданні невідкладної допомоги становить близько 10%. Це означає, що один з десяти пацієнтів зазнає проблем при її отриманні. На відміну від розвинених країн, в Україні подібна статистика ніколи не аналізувалася, залишається не достатньо вивченою та потребує уваги.

Саме тому, виникає необхідність аналізу лікарських помилок у наданні невідкладної допомоги, оскільки це має критичне значення для покращення медичної практики та збереження життів пацієнтів.

Метою нашого дослідження було дослідити доступні літературні джерела та електронні ресурси, які стосуються випадків невідкладних станів під час стоматологічного лікування та виявити проблеми, що пов'язані з якістю надання невідкладної медичної допомоги.

Матеріали та методи

Під час виконання роботи вивчено та проаналізовано отримані результати досліджень у доступних літературних та електронних джерелах.

Результати дослідження

У результаті проведеної роботи нами було встановлено, що в Україні не існує спеціалізованої системи реєстрації випадків медикаментозної алергії, що призводить до відсутності точних даних про кількість реакцій гіперчутливості до лікарських засобів, їх типи та наслідки, а також відсутня інформація про ефективність лікування таких реакцій на госпітальному та амбулаторному рівнях. Окрім того, недостатній контроль за відпуском лікарських засобів призводить до неконтрольованого самолікування з усіма його наслідками. Протягом довготривалого періоду часу, була припинена робота експертної групи з алергології і клінічної імунології, та лише

нещодавно вступив в дію наказ МОЗ України від 05.05.2023 № 849 "Про затвердження складу груп експертів МОЗ України", таким чином, це сприятиме вирішенню даної проблематики.

Ще однією виявленою проблемою стала не висока активність практикуючих стоматологів у підвищенні свого професійного рівня та поглибленні знань в цьому питанні, що регулярно проходячи курси підвищення кваліфікації, питанням надання невідкладної медичної допомоги при критичних станах приділяється недостатньо уваги. Крім того, виявлено, що лікарі-стоматологи мало часу приділяють збору анамнезу та навіть при наявності алгоритму надання невідкладної допомоги не мають достатньо добре відпрацьованих практичних навичок. Також адміністрацією приватних стоматологічних лікувальних закладів не акцентується увага на регулярних тренінгах по наданню невідкладної допомоги із залученням усіх учасників процесу. Кожен співробітник, починаючи з адміністратора клініки, чітко повинен знати та виконувати свій об'єм маніпуляцій згідно протоколу надання невідкладної допомоги, тому що не можливо повністю виключити виникнення ускладнень та смертність при невідкладних станах навіть за наявності всіх необхідних засобів.

Висновок

З урахуванням отриманих результатів можна зробити висновки, що регулярне теоретичне та практичне удосконалення своїх знань та вмінь значно знизить ризик виникнення помилок у алгоритмі дій при наданні невідкладної медичної допомоги.

Відповідно до інструкції дії з надання невідкладної допомоги в стоматології передбачаються наперед та всі співробітники повинні бути проінформовані.

Адміністрації приватних стоматологічних клінік повинні забезпечити виконання всіх дій медичного персоналу таким чином, щоб між співробітниками була злагодженість дій та кожен виконував свою роль за алгоритмом уніфікованого протоколу. Саме тому, лікарі стоматологи повинні

на регулярній основі проводити тренінги по наданню невідкладної допомоги на робочому місці.

**МАТЕМАТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ
БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗА ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ВКЛЮЧЕНИХ
ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ**

Петренко Р.В., Шеметов О.В., Ілляшенко Ю.І., Коваль Ю.П.,

Павліш І.В., Луцькова Ю.С.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Проблема збереження кісткової тканини альвеолярних відростків після видалення зубів залишається актуальною і потребує подальшого вивчення питань про вибір оптимального часу для ортопедичного лікування, раціональної конструкції протеза та характер репаративних і атрофічних процесів.

В основу даної роботи покладене математичне обґрунтування раціональної конструкції знімного протеза з регульованим розподілом жувальних зусиль на підлеглі тканини при протезуванні включених дефектів зубних рядів.

Мета даного дослідження - описання математичних розрахунків, запропонованої конструкції протеза з використанням жорсткого і жорстко-еластичного матеріалу матриці здатної витримати функціональне навантаження без шкоди для пародонта й адгезивного з'єднання системи.

Враховуючи, що метою виконуваних досліджень є порівняльний аналіз напруженого стану опорних зубів, що сприймають функціональні навантаження від мостоподібних протезів, за рахунок застосування різних конструктивних рішень замкового кріплення, а також достатньо нескладну геометрію і незначну кількість фізико-механічних характеристик матеріалів окремих елементів, виконання розрахунків виконувалось із застосуванням традиційних методів теоретичної механіки та опору матеріалів.

В якості фізико-механічних характеристик матеріалів елементів системи використовувались модуль пружності та границя міцності. Розрахунки виконувались із застосуванням рівнянь рівноваги та умов сумісності деформацій.

Найпростіше рішення мостоподібного протеза унеможливорює опору протезного базису на тканини альвеолярного відростка і передбачає сприймання і перерозподіл усього функціонального навантаження мостоподібним протезом безпосередньо через атакмени тільки між опорними зубами. Функціональне навантаження в такому разі може мати вигляд зосереджених сил які прикладаються до кожного заміщуваного зуба та змінюються в межах 50-300 Н (5-30 кг).

Найнесприятливішим навантаженням для мостоподібного протеза є випадок пережовування харчової грудки, розміри якої перевищують розміри власне мостоподібного протеза. У такому разі навантаження при подрібненні харчової грудки охоплює всі заміщувані зуби і тому прикладається до кожного з них. Крім того, величина функціонального навантаження може досягати максимальних значень.

За необхідності заміщення дефектів зубних рядів більше двох зубів пропонується застосувати мостоподібні протези із замковими кріпленнями і тілом протеза, яке спирається на тканини альвеолярного відростка. Таке конструкційне рішення дозволяє частково розвантажити замкові з'єднання (а також опорні зуби) за рахунок передачі частини функціонального навантаження безпосередньо на слизову оболонку альвеолярного відростка і тим самим створити можливість збільшення кількості заміщуваних протезом зубів.

Розвантаження атакменів можливе за рахунок збільшення піддатливості кріплення мостоподібного протеза, яке досягається застосуванням у матрицях кріплення протеза жорстко-еластичних пластмас. У цьому разі простір у тілі протеза навколо матриці заповнюється шаром жорстко-еластичної пластмаси товщиною до 2 мм.

Порівнюючи значення отриманих зусиль, які передаються замковими з'єднаннями на опорні зуби від мостоподібних протезів, що частково спираються на тканини пародонта з використанням вставок із жорстко-еластичної пластмаси в матрицях замкових з'єднань і без вставок, неважко визначити, що зменшення зусиль на опорні зуби в разі застосування жорстко-еластичної пластмаси в замкових матрицях за відповідних розмірів протезів і механічних характеристик матеріалів становить близько 30%, що досить суттєво.

ТЕНДЕНЦІЇ СУЧАСНОЇ ПАРАМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Плужнікова Т.В.¹, Дубінін С.І.¹, Харченко Н.В.²

¹Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка,

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Парамедицина, або інша її назва – "мобільна інтегрована медична допомога" – це сфера, яка швидко розвивається на стику системи екстреної медичної допомоги та громадського здоров'я. Основною метою розвитку парамедицини є економія часу на транспортуванні пацієнтів, підвищення доступу хворих до первинної медичної допомоги та покращення кваліфікації бригад невідкладної допомоги.

Парамедики є експертами в наданні широкого спектру рятувальних медичних послуг за сучасними стандартами на догоспітальному етапі та в оперативному транспортуванні постраждалих до лікарні. Це початок нової системи розвитку професійних компетенцій працівників екстреної медичної допомоги, яку започаткувало МОЗ України.

Згідно постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги» змінено склад бригаад екстреної медичної допомоги та введено поняття «сестринські бригади». Ці бригади працюватимуть паралельно з медичними та сестринськими бригадами екстреної медичної допомоги. Три бригади будуть на озброєнні до 2025 року і склад усіх бригаад екстреної медичної

допомоги відповідатиме єдиному стандарту. У перехідний період до 2025 року будуть впроваджені нові стандарти екстреної медичної допомоги. До цього часу усі фельдшери з медицини невідкладних станів і медичні сестри, які зараз працюють у бригадах екстреної медичної допомоги, мають пройти перенавчання і отримати кваліфікацію «парамедик». Парамедик – це фахівець, який надає широкий спектр рятувальних медичних послуг за сучасними стандартами на догоспітальному етапі й своєчасно транспортує постраждалого до лікарні.

Зміни стосуються також водіїв, які мають перенавчитися і отримати кваліфікацію «екстрений медичний технік». Екстрений медичний технік (EMT) – це людина без медичної освіти, але зі спеціалізованою підготовкою, яка має допомагати лікарям і парамедикам у наданні професійної медичної допомоги пацієнту. Екстрені медичні техніки надають основну медичну допомогу пацієнтам на місцях, включаючи зупинку зовнішньої кровотечі, накладення шийних комірців, можуть працювати на службі швидкої допомоги, у лікарні, а також у пожежній службі та поліції.

Парамедики надають розширену медичну допомогу пацієнтам на місцях, включаючи введення ліків, проведення внутрішньовенних втручань, реанімацію пацієнтів та надання дихальної підтримки за допомогою інтубації та штучної вентиляції.

В Україні тривалість навчання парамедиків складає три роки. Під час першого року навчання майбутні парамедики здобуватимуть загальну освіту, яка відповідає освітньому рівню «бакалавр». Одночасно вони опановуватимуть вміння і навички для надання розширеної першої допомоги. В наступних роках вони здобуватимуть вищий рівень рятувальної медицини – розширену екстрену допомогу. Маючи освітній рівень «бакалавр», парамедики зможуть продовжити освіту в магістратурі.

Парамедицина сягає своїм корінням у міжнародні програми невідкладної медичної допомоги. Однією з її моделей є RESPIGHT, яка

базується на австралійській моделі і охоплює багато галузей існуючих парамедичних програм вітчизняного та міжнародного співтовариства.

Парамедицина створена з метою:

- зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги на нетермінові, нетранспортні послуги, які не підлягають відшкодуванню, щоб забезпечити наявність вільних бригад для виїзду на більш тяжкі виклики;
- скорочення простою між дзвінками;
- покращення доступу населення і задоволення потреб громади у первинній медичній допомозі, забезпечення її безперервності;
- зменшення частоти повторної госпіталізації в лікарні, спостереження за перебігом хронічних захворювань та орієнтація на пацієнтів з високим ризиком;
- економія фінансування системи охорони здоров'я і часу.

Наприкінці 2023 року майже 200 українських медиків завершили в НАТО підготовку, яка допоможе українській системі охорони здоров'я долати наслідки руйнівної російської війни та підвищити спроможність української медичної системи в умовах широкомасштабної збройної агресії рф. Ці тренінги були спільно організовані Румунією і Євроатлантичним центром НАТО з координації реагування на катастрофи (EADRCC) і профінансовані шістьма країнами Альянсу. Учасниками були представники екстрених служб з різних українських відомств.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ УСУНЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Повшенюк А. В., Шінкарук-Диковицька М. М., Пилипюк О. Ю.,

Капиця Д. В., Повшенюк А. Я.

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

Вінниця, Україна

Страх пацієнтів перед невідомим під час лікування зубів протягом тривалого часу викликало занепокоєння стоматологів, оскільки це одна з основних причин нехтування стоматологічною допомогою.

Тривога і страх викликають у людини когнітивні, фізичні, поведінкові та емоційні реакції. Це проблема, яка часто зустрічається в стоматологічній практиці. Тривога досить часто тісно пов'язана з больовим подразником і тому ці пацієнти відчують сильніший і триваліший біль. Лікування таких пацієнтів є стресом і для стоматолога, що спровокований обмеженою співпрацею, потребою в більшій затраті часу та ресурсів на лікування, і зрештою призводить до неприємних переживань як для пацієнта, так і для лікаря. Ірраціональний страх перед стоматологією, що супроводжується гіпертонією, жахом, неспокоєм, називається «дентофобією» та діагностується відповідно до МКХ-10, як F40.2 специфічні (ізолювані) фобії.

Тривогу можна виміряти за допомогою шкал тривоги та фізіологічних показників. Шкали тривожності є надійними для оцінки реакції пацієнтів на стрес. В той час, як вимірювання вегетативної нервової активності (артеріальний тиск і частота серцевих скорочень) пацієнта є досить корисним для оцінки внутрішнього стресу. Враховуючи, що етіологія стоматологічної тривожності є багатофакторною, монотерапії для її лікування не існує. Належне визначення джерела та рівня тривоги може допомогти стоматологу прийняти рішення про правильний план лікування.

Стоматологічну тривожність можна контролювати за допомогою психотерапевтичних та фармакологічних втручань або комбінації обох, залежно від кваліфікації та досвіду стоматолога, ступеня тривоги та клінічних

ситуацій. На підставі конкретних показань, надзвичайно тривожних та фобічних пацієнтів можна лікувати фармакологічно за допомогою седації або загальної анестезії, коли нефармакологічна техніка управління поведінкою не забезпечує бажаного результату. Загальновизнаною є необхідність у методах уникнення сеансів седації загальними анальгетиками. Метод «tell-show-do» є одним із найбільш поширених методів управління поведінкою, що заснований на принципі теорії навчання. Тобто, перед виконанням будь-якої процедури пацієнт повинен бути добре поінформованим і слід продемонструвати за допомогою фантома, відео, фото, що саме буде відбуватися. Ця техніка формування поведінки зменшує невизначеність і підвищує передбачуваність у клінічних умовах. Вона передбачає словесні пояснення процедур у фразах зрозумілих пацієнтові (розповісти - «tell»); демонстрацію для пацієнта візуальних, слухових, нюхових і тактильних моментів процедури в не загрозливій обстановці (показ - «show»); а потім, не відступаючи від пояснення та демонстрації, завершення процедури (робити - «do»).

Поєднання декількох методів, до прикладу відволікання разом із «tell-show-do», може бути доцільним та дати кращий результат. Аудіовізуальне відволікання бере на себе контроль над двома типами відчуттів, слухом та зором, і в той же час йому вдається частково ізолювати пацієнта від неприємного йому стоматологічного середовища. Додаткове ж використання техніки контролю поведінки надасть пацієнту шанс відчувати, що він контролює процедуру лікування та підвищить довіру до лікаря. Вона полягає у подачі сигналу стоматологу про припинення процедури. Сигналом може бути просто піднята рука, щоб повідомити лікаря-стоматолога, що пацієнт хоче припинити процедуру. Стоматолог повинен припинити процедуру за попередньою домовленістю, щоб не втратити довірчі відносини. Пацієнтам також можна надати дзеркала або використовувати інтраоральні камери, щоб вони могли спостерігати за процедурою.

Налякані та тривожні люди уникають відвідування стоматолога, через відчуття страху, що під час лікування зубів станеться щось жахливе. Така

поведінка зрештою призводить до поганого здоров'я органів ротової порожнини. Вони звертаються за стоматологічною допомогою лише в гострих невідкладних ситуаціях, які часто вимагають складних і травматичних процедур лікування, що, у свою чергу, ще більше загострює та зміцнює їх страх, і призводить до повного уникання лікування в майбутньому. У зв'язку з цим надзвичайно важливо не лише ефективно виявляти людей, які страждають на стоматологічні захворювання, але й належним чином лікувати їх. Лікар-стоматолог повинен прагнути полегшити тривогу та страх таким чином, щоб ці пацієнти були позитивно мотивовані на довготривалій час для майбутніх профілактичних візитів.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕОТИДІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

*¹Поліщук С. С., ¹Барило О. С., ¹Фурман Р. Л., ²Свистунов Д. М.,
¹Поліщук В. С., ²Кузько О. В.*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

²Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,
Вінниця, Україна

Вступ. Ускладнення, які виникають при переломах нижньощелепної кістки, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не лише як загальномедична, але і як соціально-економічна. Порушення функції нерва різного ступеню виникають при безпосередній травмі нерва під час травми, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності та / або тривалої зміни чутливості тканин в зоні іннервації, розвитку больового синдрому різної інтенсивності, а також супроводжується емоційно-стресовими порушеннями і значно погіршує якість життя пацієнта. Проблема відновлення функцій

нижньоальвеолярного нерва безпосередньо залежить від тривалості його компресії уламками нижньої щелепи, так як на процес реабілітації впливають головним чином фактори порушення повноцінного кровопостачання, як самого нерва, так і тканин, що ним іннервується.

Мета дослідження. Дослідити ефективність використання препаратів нуклеотидів (Нуклео ЦМФ форте) в комплексі лікування переломів нижньої щелепи.

Матеріали та методи. Проведено лікування 40 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Пацієнти розділені на 2 групи: основна група та група порівняння. Для чистоти дослідження, були відібрані пацієнти з ангулярними переломами (ізолювані односторонні, поєднані двосторонні при відсутності клінічних проявів пошкодження нерва з протилежної сторони. При цьому, у пацієнтів зміщення уламків не спостерігалось, або було до 1 см. Проводилось дослідження чутливості тканин області підборіддя, нижньої губи на стороні ушкодження і симетричної стороні за допомогою сенсорних тестів. Пацієнту пропонували закрити очі, щоб краще зосередитися на реєстрації та аналізі відчуттів, а також, щоб виключити можливість визначення виду подразника зором. Площа порушення чутливості шкіри даної зони обов'язково фіксували на прозорій плівці, із спеціально нанесеною сіткою, розробленої для подальшого динамічного порівняння. Обстеження проводилось в першу, 7-у та 14-у добу.

Результати. Провівши дослідження ми отримали наступні результати. Станом на першу добу площа порушення тактильної, температурної, больової чутливості майже не відрізнялась між групами ($p > 0,05$). Станом на 7 добу в основній групі, в співвідношенні до групи порівняння, площа порушення тактильної чутливості була менша в 1,31 рази ($p > 0,05$), температурної в 1,34 рази ($p > 0,05$), больової в 1,33 рази ($p > 0,05$). В даний період ще не можна сказати про достовірно краще відновлення іннервації. Станом на 14 добу в основній групі, в співвідношенні до групи порівняння,

площа порушення тактильної чутливості була менша в 2,41 рази ($p < 0,05$), температурної в 2,49 рази ($p < 0,05$), больової в 2,62 рази ($p < 0,05$).

Висновок. Використання препарату нуклеотидів значно прискорюється зменшення площі порушення тактильної, температурної, больової чутливості при переломах нижньої щелепи.

ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ РЕАКЦІЙ НА СТРЕС ЗА ДОСВІДОМ КУ «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»

*Рак Т.І., Коршенко В.О., Матвієнко Т.М., Романюк М.В., Комишан І.В.,
Приліпка К.О., Філатова В.Л.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Стрес — це захисна реакція організму на будь-які зовнішні подразники, яка може проявлятися психічно, фізично, емоційно, та дає змогу адаптуватися до змін. Ця реакція може бути природною; якщо вона тимчасова, людина справляється з подразниками і продовжує спокійно жити. Але в умовах воєнного стану, воєнних дій виникає постійний вплив різноманітних факторів стресу на життя людей, що може призвести до виснаження психіки як наслідок постійного стресу. Досить часто виникають гострі реакції на стрес як окремі реакції, також вони можуть запускати механізми виникнення ряду хронічних захворювань.

Нашу увагу привернуло зростання звертань за медичною допомогою щодо гострих реакцій на стрес в Полтаві та прилеглому районі в останні роки. Так, бригади екстреної медичної допомоги КУ «Полтавський обласний центр екстреної допомоги та медицини катастроф» виїжджали на виклики щодо гострої реакції на стрес і в 2022 році загальна кількість викликів серед місцевих мешканців склала 1980 та 3560 випадків серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) відповідно, в 2023 році – 2080 серед місцевих мешканців та 3817 випадків серед ВПО відповідно.

Питома вага гострих реакцій на стрес серед населення Полтави і прилеглому району склала 3,1 і 3,45 для ВПО в 2022 р. та 3,3 серед полтавських мешканців і 3,6 для ВПО в 2023 р.

Привертає увагу значно вища частота надання медичної допомоги ВПО з зон бойових дій та постраждалим, які перемістилися в Полтаву та область, в порівнянні з місцевими мешканцями.

Слід врахувати, що як наслідки гострої реакції на стрес зростають загострення хронічних захворювань таких як ішемічна хвороба зі стенокардією, гострий коронарний синдром, гостра серцева недостатність, фібриляція або тріпотіння передсердь, пароксизмальна тахікардія, транзиторна ішемія головного мозку, гострий мозковий інсульт, гіпертонічний криз з ускладненнями і без і навіть летальні випадки.

Привертають увагу прояви окремих симптомів стресу (як і стресового розладу) у вигляді:

- фізичних реакцій: труднощі зі сном, напруга, втома, тахікардія, болі, розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ).
- емоційних реакцій: гнів, тривога, оніміння, сором, порожнеча, зниження здатності відчувати задоволення та ін.
- когнітивних реакцій: кошмари, погана концентрація уваги, нерішучість, занепокоєння.
- міжособистісних реакцій: недовіра, дратівливість, проблеми на роботі, у школі.

Для профілактики негативних наслідків гострих реакцій на стрес слід рекомендувати і використовувати науково обґрунтовані інструменти:

- усунення чинників стресу. Якщо це неможливо, переосмислення думки щодо нього;
- розвиток соціальної підтримки, підтримка друзів та рідних, взаємодопомога;
- збалансоване харчування;
- розслаблення м'язів;

- повноцінний сон;
- фізична активність. Під час фізичної активності знижується рівень гормону стресу кортизолу, виникає відчуття піднесеного стану;
- своєчасне звернення за допомогою до лікаря. Своєчасне медичне втручання допоможе подолати наслідки стресу, пропрацювати наслідки, визначити, як діяти наступного разу.

Таким чином, зростання звертань за медичною допомогою щодо гострих реакцій на стрес серед місцевих мешканців Полтави та прилеглому району та ВПО зокрема потребує подальшого спостереження та вивчення для розробки дієвих профілактичних заходів щодо їх попередження.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАЗОМОТОРНИЙ РИНИТ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Самойлік Є.В.

КНП «Великобагачанська ЦЛ»

Вазомоторний риніт – це хронічне запальне захворювання слизової оболонки носа, спричинене IgE опосередкованою ранньою і пізньою фазою алергічної відповіді, що характеризується наявністю щодня впродовж 1 години і більше хоча б двох з таких симптомів: закладеність носа, виділення з носа (ринорея), чихання, свербіж у носі. Усі інші форми риніту, де участь алергічних механізмів не доведено, запропоновано відносити до неалергічних ринітів.

Вазомоторний риніт не є серйозним захворюванням, але він може суттєво порушувати якість життя як дорослої людини, так і дитини, викликати дискомфорт, незручність у спілкуванні. Діти переносять його тяжче. Часто цей патологічний стан змушує хворого постійно використовувати судинозвужувальні краплі, що може згодом призвести до розвитку медикаментозного чи атрофічного риніту

Для не алергічного риніту характерним є відсутність такого типового для АР назального симптому, як свербіж у носі. При цьому симптоми не АР

виникають у зв'язку з дією неалергічних, неінфекційних тригерів, таких як зміни погоди, вплив різких запахів і сигаретного диму, прянощів, гарячої їжі, лікарських препаратів, зміни температури повітря, вологості, атмосферного тиску та ін. У таких осіб не виявляють супутні алергічні захворювання, а результати шкірних, провокаційних і лабораторних тестів з алергенами, спрямованих на виявлення алерген-специфічних IgE, є негативними.

Вазомоторний риніт зустрічається дуже часто, і з кожним роком все частіше виставляється цей діагноз. Коли хворий приходить на прийом до лікаря то пред'являє скарги на затруднення носового дихання, свербіж у носі, періодичні виділення із носу слизового характеру, нічне сопіння та навіть хропіння. Доцільно використовувати препарат «Форінекс» по 2-3 вприскування 3 рази на добу, протягом 10 діб, після покращення стану по мірі необхідності.

Було взято групу пацієнтів в яких був встановлений діагноз алергічний риніт та був призначений препарат «Форінекс». Після призначення препарату було проведено опитування цієї групи хворих про полегшення стану на 2, 7 та десятій день лікування. На 2-у добу після початку лікування хворі не відмічали ніяких змін в своєму стані. Перше поліпшення пацієнти відчували поступово на 3-4у добу від початку лікування, що досягало максимуму на 10-у добу лікування. На 10-у добу, під час передньої риноскопії було відмічено, що нижні носові раковини зменшились в розмірах, хворі не відмічали наявності виділень.

Всі пацієнти, що брали участь в дослідженні, відмітили поліпшення якості життя.

Таким чином на препарат «Форінекс» має місце в лікуванні вазомоторного риніту.

АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Терзі О.О.¹, Шпак І.В.²

¹Інститут безпеки ПрАТ "ВНЗ «МАУП» м. Київ, Україна

²Одеський національний медичний університет м. Одеса, Україна

Завжди під час збройного конфлікту в ризику знаходяться як медичний персонал, так і пацієнти й самі лікарні, шпиталі, що зумовило Україну реагувати на виклики, які виникли перед системою охорони здоров'я в умовах активних бойових дій, через внесення змін до законодавства у сфері медичної діяльності.

Законом України «Про правовий режим воєнного стану» військове командування разом із військовими адміністраціями (у разі їх утворення) можуть самостійно або із залученням органів виконавчої влади, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування повинні встановлювати особливий режим у сфері виробництва та реалізації лікарських засобів, які мають у своєму складі наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, інші сильнодіючі речовини, перелік яких визначається Кабінетом Міністрів України (стаття 8).

Кабінет Міністрів України 25 лютого 2022 року ухвалив Постанову № 157, якою внесено зміни до постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 і від 29 грудня 2021 р. № 1440 щодо програми медичних гарантій, на основі яких МОЗ кожного місяця виплачує 1/12 від загальної ціни договору, який медичний заклад підписав із Національною службою здоров'я України, без додаткового надання лікарнями звітів за кількість наданих послуг. Відповідно до Постанови КМУ № 157 для надавачів медичних послуг, які розташовані на території дії воєнного стану, розрахунок фактичної вартості медичних послуг на місяць за всіма пакетами послуг визначається відповідно до Програми медичних гарантій, а положення договорів щодо внесення електронних даних в ЕСОЗ не застосовується. Також Постановою КМУ № 157 передбачється, що запланована та фактична

вартість медичних послуг для всіх напрямів ПМГ розраховується як 1/12 від загальної ціни договору, починаючи з місяця введення воєнного стану.

Міністерство охорони здоров'я України Наказом № 496 від 17 березня 2022 р. урегулювало деякі питання надання первинної медичної допомоги (ПМД) в умовах воєнного стану, яким надавачам ПМД потрібно забезпечити: (1) ведення обліку переміщених осіб, які звертаються для отримання первинної медичної допомоги, за формою, встановленою Наказом; (2) надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані з числа переміщених осіб; (3) проведення вакцинації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень.

Міністерство охорони здоров'я України Наказом «Деякі питання організації надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України» № 1770 від 29 вересня 2022 року затвердило Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності до надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України і Порядок етапності надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України.

Значення телемедицини в умовах воєнного стану набуває нового життєвоважливого значення. Міністерство охорони здоров'я України 20 червня 2022 року ухвалило Наказ № 1062 «Про організацію надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини в умовах воєнного стану», яким затвердило «Перелік ушкоджень, поранень та інших станів, надання медичної допомоги при яких, потребує застосування телемедицини в умовах воєнного стану». Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» відповідно до Наказ МОЗ № 1062 повинен: (1) забезпечити організацію та координацію надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини при ушкодженнях, пораненнях та

інших станах; (2) визначати заклади охорони здоров'я, які надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини при ушкодженнях, пораненнях та інших станах; (3) вживати заходів спільно з Директоратом високотехнологічної медичної допомоги та інновацій Міністерства охорони здоров'я України для залучення лікарів відповідних спеціальностей до телемедичного консультування закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини при ушкодженнях, пораненнях та інших станах; (4) подавати до державного підприємства «Електронне здоров'я» для підключення до телемедичних платформ списки: лікарів, які проводитимуть телемедичне консультування; закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини при ушкодженнях, пораненнях та інших станах.

Задля ефективного функціонування телемедицини важливо забезпечити технічну складову, за яку відповідає Державне підприємство «Електронне здоров'я» і повинно забезпечити: (1) підключення до телемедичних платформ: лікарів, які проводитимуть телемедичне консультування; закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини при ушкодженнях, пораненнях та інших станах; (2) організацію розробки, доопрацювання, оновлення та підтримки в актуальному стані інформаційних матеріалів з питань організації роботи з телемедичними платформами; (3) технічний супровід необхідний для функціонування телемедичних платформ.

ГІПОХЛОРИТНА АВАРІЯ: АЛГОРИТМ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Медикаментозна обробка кореневого каналу в поєднанні з інструментальною є обов'язковою для успішного лікування захворювань ендодонта. Найбільш ефективним антисептиком для іригації кореневої

системи в сучасній ендодонтії є розчин гіпохлориту натрію. При контакті з живими та некротизованими тканинами пульпи гіпохлорит натрію спричиняє їх розчинення шляхом окислення та гідролізу клітинних білків. Доведено, що кращий антибактеріальний ефект та функції розчинника має розчин з вищою концентрацією гіпохлориту, але й агресивна і токсична дія на тканини періодонту концентрованого розчину відповідно більша. Випадкова перирадикулярна екструзія розчину гіпохлориту натрію (гіпохлоритна аварія) спричиняє цитотоксичну дію на прилеглі тканини, що супроводжується гострим різким болем, розвитком набряку, емфіземи м'яких тканин, неврологічними симптомами, утворенням гематоми, виразок а, отже, потребує ургентної допомоги. Виникнення такого ятрогенного ускладнення в першу чергу залежить від мануальних навиків лікаря, але певні анатомічні особливості (такі як широкий апікальний отвір кореневого каналу, патологічна резорбція апексу, наявність фенестрацій кортикальної пластинки, несформована верхівка кореня, тощо) підвищують його ризик. Враховуючи важкі наслідки гіпохлоритної аварії, алгоритм дій для її усунення, а також профілактики є актуальною проблемою сучасної стоматологічної практики.

Особливість клінічного випадку. В клініку звернувся пацієнт П., 36 років зі скаргами на зміну кольору коронки зуба на верхній щелепі справа, а також на неприємні відчуття в зубі при накушуванні. Об'єктивно: На медіально-апроксимальній та жувальній поверхнях 15 зуба виявлено реставрацію без ознак вторинного карієсу. Коронка 15 зуба мала сірувате забарвлення в пришийковій ділянці. Перкусія викликала неприємні відчуття, слизова оболонка навколо причинного зуба не змінена, пальпація перехідної складки в проекції кореня 15 зуба безболісна. На апікальній рентгенограмі 15 зуба пломбувальний матеріал прослідковується в 2/3 кореневого каналу, в апікальній третині ендогерметик не візуалізується, наявна патологічна резорбція верхівки кореня, навколо якої визначається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами розмірами близько

5,5 мм. Встановлено діагноз: Хронічний гранулематозний періодонтит 15 зуба (K04.5 Хронічний апікальний періодонтит за МКХ-10).

Здійснено розпломбування та інструментальну обробку кореневого каналу з використанням ротаційних інструментів Soco. Верхівковий отвір через патологічну резорбцію мав діаметр 40. Для іригації використовували 5,25% розчин гіпохлориту натрію. На етапі медикаментозної обробки кореневого каналу пацієнт поскаржився на різкий пекучий біль в ділянці правої щоки. Швидко почав з'являтися набряк м'яких тканин в проекції верхівки 15 зуба, який поширювався до нижньої повіки правого ока.

Алгоритм невідкладної допомоги. Було негайно здійснено аспірацію іриганта з кореневого каналу, промивання дистильованою водою. Водночас на щоку накладено холодний компрес. Проведено додатково інфільтраційну анестезію (Убістезин 4%-1,8 мл). Ендодонтичний доступ в 15 зубі закрито тefлоновою стрічкою. Одну годину пацієнт перебував під наглядом лікаря в клініці. Біль поступово зменшився, набряк м'яких тканин поширився на повіку правого ока, з'явилась гіперемія шкіри в ділянці набряку. При пальпації набряк болісний, крепітації не спостерігалось. Через годину кореневий канал промито дистильованою водою, висушено та внесено пасту на основі гідроксиду кальцію, накладено тимчасову пломбу. Загальний стан пацієнта задовільний. Призначено лікування: нестероїдний протизапальний засіб (Німесулід 100 мг 2 р/день тривалістю 3 дні); антибіотик з метою профілактики бактеріального ускладнення (Цедоксим 200 мг кожні 12 годин тривалістю 5 днів); антигістамінний препарат (Лоратадин 10 мг 1/день тривалістю 5 днів).

Наступне відвідування здійснювалося через 24 години. Скарги були на «припухлість» щоки, повік правого ока, неприємні відчуття в 15 зубі при накушуванні. Об'єктивно: набряк щоки помітно зменшився, відкривання правого ока обмежене через періорбітальний набряк. Колір шкіри не змінений (гіперемії не спостерігали). Пальпація слабо болісна по перехідній складці в проекції верхівки кореня 15 зуба, перкусія зуба – незначно болюча.

Тимчасова пломба збережена. Проведене лікування: ізоляція причинного зуба кофердамом, видалення тимчасової пломби, в кореновому каналі наявна незначна кількість серозного ексудату, здійснено іригацію коренового каналу, висушування, пломбування матеріалом на основі гідроксиду кальцію, зуб закрито тимчасовою пломбою.

Наступне відвідування проводили через 14 днів. Скарги відсутні. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра звичайного кольору, періорбітальний набряк відсутній, пальпація безболісна. Рот відкривається в повному обсязі, слизова оболонка в проекції верхівки кореня 15 зуба без патологічних змін, тимчасова пломба в зубі збережена, перкусія безболісна. Продовження лікування хронічного апікального періодонтиту 15 зуба: ізоляція кофердамом, видалення тимчасової пломби, антисептична обробка коренового каналу відповідно до протоколу іригації, висушування, obturaція способом вертикальної конденсації гутаперчі з наступним рентген-контролем; відновлення анатомічної форми коронки 15 зуба фотокомпозитом. Під час спостереження за динамікою загоєння періапікального вогнища резорбції кістки через 6 місяців виявлено зменшення його розміру з 5,5 мм до 2 мм.

Висновки. Таким чином, використання розчину гіпохлориту натрію як універсального та незамінного іриганта в ендодонтичній практиці може призвести до його випадкового виведення в періапікальні тканини. Надзвичайно важливим тут є комплекс невідкладних заходів, спрямованих на полегшення стану пацієнта та попередження можливих серйозних ускладнень гіпохлоритної аварії. Описаний клінічний випадок переконливо свідчить, що всі негайно вжиті заходи та призначене лікування сприяли не лише профілактиці небажаних наслідків, але й успішному завершенню лікування деструктивної форми хронічного періодонтиту.

МАГНІТОЛАЗЕРНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

*Фурман Р. Л.¹, Барило О. С.¹, Поліщук С. С.¹, Свистунов Д. М.²,
Поліщук В. С.¹, Кузько О. В.²*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

²Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Вінниця,
Україна

Велику популярність в останнє десятиліття набуло лікування лазерним випромінюванням внаслідок багатофакторності впливу, простоті і атравматичності методики, відсутності алергічних реакцій. Як відомо, поєднані фізіотерапевтичні методи повинні базуватися насамперед на синергізмі біологічної дії поєднаних в одній процедурі лікувальних фізичних факторів. Так як при переломах нижньої щелепи, особливо в ділянці тіла та кута щелепи, досить часто виникає пошкодження нижньоальвеолярного нерва, при проведенні фізіотерапевтичного лікування необхідно враховувати вплив даних процедур на перебіг відновлення нижньоальвеолярного нерва після травми.

Мета. Метою нашого дослідження являється комплексна оцінка основних показників больового синдрому у пацієнтів з переломами нижньої щелепи з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої застосуванням магнітолазерної терапії.

Матеріали та методи. Проведено лікування 40 хворих з переломами нижньої. Пацієнтів було поділено на 2 групи по 20 чоловік. Всім пацієнтів проводилось операцію репозиції та фіксації нижньої щелепи, використано антибіотик широкого спектру дії, нестероїдні протизапальні препарати. В основній групі додатково застосовано магнітолазерну терапію апаратом Узор-А-2К з 4 дня лікування.

Оцінювання больового синдрому та симптомів невротатії проводилось з використанням опитувальника DN4, візуально-аналогової шкали (ВАШ) (оцінювалась суб'єктивні відчуття інтенсивність болю).

Опитувальник DN4 – для діагностики нейропатичного болю, Bouhassira D, et al., 2005. Згідно методики опитувальника DN4, проводиться бесіда з пацієнтом. Опитувальник складається з двох блоків: перший блок (7 питань) заповнюється на підставі опитування пацієнта, другий блок (3 питання)— клінічного огляду. Перший блок дозволяє оцінити позитивні сенсорні симптоми, такі як спонтанний біль (відчуття печії, хворобливе відчуття холоду, відчуття наче ударів струмом), парестезії та дизестезії (відчуття повзання мурашок, поколювання, оніміння, свербіж). Другий блок дозволяє лікарю виявити аллодинію і негативні сенсорні симптоми. Кількість балів >4 означає наявність у пацієнта нейропатичного болю. Максимальна кількість балів – 10.

Візуальна аналогова шкала (ВАШ) Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974). Цей метод суб'єктивної оцінки болю полягає в тому, що пацієнта просять відмітити на неградуєній лінії завдовжки 10 см точку, яка відповідає мірі вираженості болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню «0» (відсутність болю), правий - «10» (біль нестерпний). До безумовних переваг цієї шкали відносяться її простота і зручність. Візуально-аналогова шкала відображає інтенсивність болю, що відчуває пацієнт, на час обстеження. Інтенсивність болю пацієнт відмічає самостійно. Недоліком ВАШ є її одновимірність, тобто за цією шкалою хворий відмічає лише інтенсивність болю. Тому для дослідження використовують і інші методи дослідження болю.

Результати та обговорення. Проаналізувавши дані шкали опитувальника DN4, ми виявили наступну закономірність. На початку дослідження різниці між показниками майже не було, більш того, в основній групі вони були дещо більшими. На 7 добу різниця між величинами була несуттєва (в основній групі показники менші в 1,09 раз ($p > 0,05$)) і майже

такою ж (в 1,25 раз ($p > 0,05$)) залишилась до кінця спостереження (14 доба). Так як даний опитувальник в основному відображає ознаки дизестезивних проявів, можна припустити що магнітолазерна терапія незначно впливає на регресію цих проявів при переломах.

При аналізі показників ВАШ (візуально-аналогової шкали) видно тенденцію до зниження, і в основній групі і в групі порівняння. Ми спостерігали за значним зменшення болю в основній групі. В цій групі на час поступлення на лікування показники майже не відрізнялись від таких в групі порівняння ($p > 0,05$), на 7 добу вони були нижчими на 3,05 рази ($p < 0,05$), а на момент виписки (14 доба) показники ВАШ були в 12,5 раз меншими ($p < 0,05$) від таких в групі порівняння. Звідси видно, що больовий синдром (в основному – спонтанний біль та біль при навантаженні) в основній групі на момент виписки зі стаціонару був майже відсутнім і хворі не потребували в застосуванні будь-яких знеболюючих. Тоді як в групі порівняння відмічався біль середньої важкості, що потребував застосування знеболюючих препаратів.

Висновки. Дана фізіотерапевтична процедура значно зменшує інтенсивність ноціцептивного болю, але призводить до помірного регресу проявів всіх видів невротатій, пов'язаних з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва.

ПАРАМЕДИК В УКРАЇНІ: ХТО ЦЕ?

А. В. Хайлов¹, В. О. Коршенко²

¹ДУ «Полтавський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України», Полтава, Україна

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

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. Який же підхід є більш ефективним?

Наразі не існує жодної з цих моделей у чистому вигляді, всі країни створюють комбінації обох систем, аби задовольнити свої вимоги та цілі.

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» був прийнятий у 2012 році, проте до 2018 року додаткових інвестицій у розвиток системи державою не залучалося. У Державний бюджет України 2019 року було закладено фінансування в розмірі 1 млрд грн на реалізацію проекту розвитку системи екстреної медичної допомоги. Розвиток системи екстреної медичної допомоги в Україні передбачає створення таких нових професій, як екстрений медичний реагувальник, екстрений медичний технік та парамедик.

Кабмін вніс зміни до Постанови «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги», згідно з якою, до базового складу бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД) входитимуть парамедик і екстрений медичний технік. Ухвалена Постанова змінює склад бригад екстреної медичної допомоги та вводить поняття «бригади парамедиків». Такі бригади працюватимуть паралельно з лікарськими і фельдшерськими бригадами екстреної медичної допомоги. Ці три види бригад будуть працювати до 2025 року. У 2025 році склад всіх бригад ЕМД повинен відповідати єдиним стандартом. До цього часу всі фельдшери, медсестри і медбрати, які працюють в бригадах екстреної медичної допомоги, повинні пройти перенавчання і отримати кваліфікацію «парамедик». І саме останній має стати головною ланкою ЕМД. То хто ж він такий?

Після впровадження змін у системі ЕМД (очікуваний термін реформи — 5 років), мінімальним загальнопрофільним стандартом стане бригада з двох парамедиків та одного медичного техника (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. 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 одночасно підвищити якість надання допомоги на місці події – для цього потрібен цілий комплекс заходів.

Парамедицина, також відома як "мобільна інтегрована медична допомога", - це сфера, яка швидко розвивається на стику системи екстреної медичної допомоги та громадського здоров'я. Мета розвитку парамедицини – зекономити час на транспортуванні пацієнтів, підвищити доступ хворих до первинної медичної допомоги та покращити кваліфікацію бригад невідкладної допомоги, а саме:

- зменшення кількості викликів швидкої медичної допомоги на нетермінові, нетранспортні послуги, які не підлягають відшкодуванню, щоб забезпечити наявність вільних бригад для виїзду на більш тяжкі виклики;
- скорочення простою між дзвінками;
- покращення доступу населення і задоволення потреб громади у первинній медичній допомозі, забезпечення її безперервності;

- зменшення частоти повторної госпіталізації в лікарні, спостереження за перебігом хронічних захворювань та орієнтація на пацієнтів з високим ризиком;
- економія фінансування системи охорони здоров'я і часу;
- ефективне надання допомоги в умовах дефіциту медичних працівників (особливо актуально під час пандемії).

Під час першого року навчання майбутні парамедики будуть здобувати загальну освіту, яка відповідає освітньому рівню «бакалавр». Одночасно вони будуть опановувати вміння і навички для надання розширеної першої допомоги. На II та III курсах вони здобуватимуть вищий рівень рятувальної медицини – розширену екстрену допомогу. Маючи освітній рівень «бакалавр», парамедики зможуть продовжити освіту в магістратурі». В Україні відбулося 3-и випуски парамедиків, оскільки лише 1 листопада 2017 року введена нарешті нова професія "парамедик". З 1 вересня 2018 року був перший набір на цю спеціальність у медичних коледжах. Ті медики, які мають медичну освіту, фельдшери, зможуть стати парамедиками, пройшовши підвищення кваліфікації до рівня парамедика. Парамедик вище, ніж фельдшер, тому що у нього ширші кваліфікаційні вимоги, ніж у фельдшера екстреної медичної допомоги.

Метою є підготовка фахівця парамедика-бакалавра, який володіє інноваційним способом клінічного мислення, фундаментальними знаннями та відповідними компетентностями, необхідними для ефективного надання екстреної медичної допомоги хворим і постраждалим у невідкладному стані на місці події, у процесі транспортування до лікувальної установи та на ранньому госпітальному етапі.

В 2019р. стартував цикл підготовки українських інструкторів на базі Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського. Навчання проводять професійні працівники екстреної допомоги з Америки, Польщі та Литви. Крім працівників екстреної допомоги, до команди українських інструкторів увійшли викладачі ТДМУ ім.

І. Я. Горбачевського та Українського науково-практичного центру екстреної медицини та медицини катастроф.

Після навчання вже українські інструктори продовжили навчати своїх колег, як надавати екстрену допомогу за сучасними міжнародними стандартами. Одна з головних ідей сучасного навчання полягає в тому, щоб рівний вчив рівного. Тобто парамедик вчив парамедика, а лікар - лікаря. Важливо, щоби в кожній команді використовували єдині сучасні принципи надання екстреної допомоги, а інструктор був поруч і до нього можна було звернутись за допомогою. Найважливіше - доведені наукою сучасні підходи і відпрацювання практичних навичок, тому саме на цих моментах зосереджена програма”.

Ця нова система розвитку розпочалася в Одеській, Вінницькій, Донецькій, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві. Працівники, які пройшли тренінги, зможуть обійняти посади парамедиків та отримати нові умови праці в тому числі збільшену заробітну плату. Єдині високі стандарти і комфортне професійне середовище працівників екстреної допомоги для пацієнтів сприятимуть суттєвому підвищенню якості екстреної медичної допомоги. Старт програми - це початок нової системи розвитку професійних компетенцій працівників екстреної медицини, ініційованої МОЗ України. Інтенсивна транзиторна програма для працівників системи екстреної медицини проводиться за сприяння Міжнародного комітету червоного хреста та Швейцарського бюро співробітництва. Особливість програми полягає у тому, що вона має прикладний характер та передбачає динамічне, інтегративне та інтерактивне навчання, яке включає поєднання як теоретичної, так і практичної частин; спрямоване на підготовку висококваліфікованих фахівців-парамедиків, які володіють актуальними знаннями і практичними навичками в сфері медицини невідкладних станів.

Таким чином, «Екстрена медицина/парамедик» передбачає стажування та проходження практики у центрах екстреної медичної допомоги і медицини катастроф; орієнтована на використання пакета сучасних інформаційних

технологій із метою оптимізації і підвищення ефективності діагностично-лікувального процесу в сфері екстреної медичної допомоги. Зазначена програма дозволяє сформувати фахівців із новим стратегічним стилем клінічного мислення, здатних генерувати інноваційні рішення, використовувати їх на практиці, здійснювати дослідження в сфері екстреної медичної допомоги.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЦИСТЕКТОМІЇ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ

Хатту В.В., Буханченко О.П., Бойко І.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність: На сучасному етапі розвитку щелепно-лицевої реконструктивно-відновної хірургії залишається актуальним питання усунення дефектів альвеолярних відростків щелеп, покращення умов репаративного остеогенезу, використання біосумісних кістковозамінних матеріалів, профілактики післяопераційних ускладнень та покращення якості життя пацієнта після комплексного лікування.

Периапікальні хронічні запальні ураження сприяють розвитку одонтогенних кіст щелеп, кількісна перевага серед яких належить радикальним та резидуальним кістам (57 - 78 %). Внаслідок нагноєння вони є причиною виникнення абсцесів, флегмон, періоститу та остеомієліту щелеп.

Розмір кісткового дефекту більше 10 мм в діаметрі погіршує репаративну регенерацію тканин, що проявляється довготривалим і неповноцінним відновленням втрачених тканин, формуванням вторинних дефектів і деформацій, підвищує ризик ускладнень після оперативних втручань, подовжує терміни передпротезної підготовки та протезування.

Мета: Проаналізувати клінічний перебіг репаративного остеогенезу після проведення оперативних втручань, що формують дефекти нижньої щелепи. при стандартному протоколі лікування та за авторською методикою.

Матеріали і методи: Було проведено рандомізоване контрольоване проспективне групове пряме дослідження. Сформовано однорідну за об'єктом дослідження клінічну вибірку з 20 хворих із радикулярними кістами щелеп, які лікувалися в відділенні щелепно-лицевої хірургії КП «ПОКЛ ім. Скліфасовського ПОР» Пацієнти були розділені на 2 групи: основна – 10 осіб, порівняльна – 10.

Після проведення операції цистектомії кістковий дефект заповнювали препаратом кріоконсервованої плаценти, також у комплексному лікуванні застосовували препарат «Квертин» за схемою рекомендованою виробником - основна група, кров'яним згустком – група порівняння.

Результати дослідження: Обстеження хворих проводили з використанням загальноклінічних та медико-статистичних методів дослідження. Пацієнтів оглядали до операції та на 2, 5, 7 добу після проведеного хірургічного втручання. З'ясовували скарги хворого, вираженість больових відчуттів за вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю ВАШ; оглядали й оцінювали стан слизової оболонки порожнини рота в ділянці проведеного втручання, наявність чи відсутність гіперемії та набряку, біль при пальпації, стан швів. Також відмічали термін зняття швів та визначали середньостатистичне значення цього показника окремо для кожної групи спостереження.

При з'ясовуванні скарги хворого, а також оцінки вираженості больових відчуттів за вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю ВАШ встановлювали, що даний індекс був на 1,3 бали нижчим за умов використання кріоконсервованої плаценти на 2-гу та 0,8 балів – на 5-ту добу відносно групи контролю.

Висновки: Слід зазначити, що за умов проведення лікування за авторською методикою клінічні показники зазнавали покращення – а саме

зниження балів клінічних показників на 0,7, 1,1 та 0,4 бали відносно групи контролю на 2-гу, 5-ту, 7-му добу після проведеного хірургічного втручання відповідно.

Таким чином, виповнення дефекту кісткової тканини, який утворився внаслідок оперативного втручання, препаратом кріоконсервовано плаценти сприяє покращенню клінічної симптоматики та зниженню суб'єктивних больових відчуттів у післяопераційному періоді у пацієнтів даної клінічної групи відносно контролю.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ

Шеметов О.В., Кузь В.С., Коваль Ю.П., Петренко Р.В., Мартиненко І.М.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Вся різноманітність зовнішніх проявів нервової діяльності організму зводиться до двох явищ – м'язового руху та секреторної діяльності. Рухова активність пов'язана з безліччю подразників, які формують певну функціональну систему, так званий «динамічний стереотип», що зумовлює рухи.

Найважливішим показником функціонального стану нервово-м'язової системи залишаються електрозбудливість та електрична активність, які можуть характеризувати загальний стан організму та змінюватись в залежності від різних патологічних процесів.

Внаслідок повної втрати природних зубів зубощелепна система зазнає значних морфологічних та функціональних змін, порушуючи анатомічну форму та взаємозв'язки м'яких та твердих тканин обличчя. На цьому тлі різко змінюється психоемоційний стан пацієнтів, що страждають порушеннями функції жування, мови.

Повна відсутність зубів ставить перед лікарями-ортопедами завдання відновлення втрачених функцій з урахуванням індивідуальних особливостей

кожного пацієнта, які визначаються клінічними умовами та залежать від ступеня функціональних порушень у жувальному апараті.

Функціональним елементом скелетних м'язів є м'язове волокно. Його скорочення здійснюється внаслідок збудження нервового рухового волокна. М'язові волокна всередині м'яза об'єднані у функціональні групи – нервово-м'язових рухових одиниць (РО). При поверхневому відведенні реєструється потенціал дії (ПД), що є сумою ПД багатьох м'язових волокон. Тривалість, форма та амплітуда ПД РО залежать від кількості складових її волокон.

На ці показники впливають і фізичні параметри електродів, у зв'язку з чим набуває значення ідентичність постановки досліджень при багаторазових повтореннях.

Мета дослідження. На цій підставі метою цього дослідження стала якісна оцінка ступеня функціональної патології за даними електроміографічного аналізу у пацієнтів з повною відсутністю зубів.

Матеріали та методи. Дослідження виконані за допомогою комп'ютерного електроміографа «Нейро-ЕМГ-Мікро» фірми «Нейрософт». Електроди для поверхневого відведення є срібними дисками діаметром до 7 мм, вмонтовані попарно в спеціальні фіксуючі плати, які забезпечують постійну міжелектродну відстань, що дорівнює 15 мм, що важливо для оцінки амплітуди активності, що реєструється. Електроди закріплюються за допомогою полос лейкопластира над ділянкою рухової точки досліджуваного м'яза. Від якості контакту електродних поверхонь зі шкірою залежить наявність та характер «перешкод» на електроміограмі.

В стоматології найчастіше інших м'язів вивчаються *m. masseter* та *m. temporalis*, як найбільш доступні для дослідження. Однак повнота уявлень про нервово-м'язові механізми багато в чому визначається функціональними пробами, що забезпечують активність рухових одиниць.

У дослідженнях прийняли участь 52 особи обох статей віком від 55 до 75 років, що повністю втратили всі природні зуби. Вони склали клінічну групу. Комплекс виконаних нами електроміографічних досліджень пацієнтів

з повною відсутністю зубів мав на меті встановлення ступеня функціональних порушень до виготовлення протезів.

Для цього ми спробували проаналізувати функцію жувальної мускулатури при виконанні жування без протезів. Однак оцінити записи біострумів вдається лише за їх якісними характеристиками.

Пацієнти клінічної групи були поділені на 2 підгрупи (24 та 28 осіб), перші з яких вперше звернулися з приводу виготовлення повних знімних протезів, а другі змушені були переробити повні знімні протези після багатьох років користування.

Постановка досліджень полягала у проведенні наступних функціональних проб: відносний спокій нижньої щелепи – вольове трьох-секундне стиснення щелеп – спокій – довільне жування харчового подразника (шматочок хліба вчорашньої випічки обсягом 1 см³). У стані відносного спокою нижньої щелепи електрична активність не реєструється та на електроміограмі виглядає у вигляді ізометричної лінії. Функціональна проба «максимальне вольове трьох-секундне стиснення» відрізняється суб'єктивними неприємними відчуттями в скронево-нижньощелепних суглобах, а за характером активності є нерівномірним за силою та кількістю задіяних моторних одиниць.

Амплітуда біострумів коливається в межах від 50 до 87 мкВ. Вищі коливання перемежуються з дуже низькими протягом усього запису; перехід від активного стану до спокою нестійкий, згладжений. На електроміограмі досить чітко визначається звичний для жування бік. Функціональна проба «довільне жування» без протезів також піддається лише якісному аналізу. Записи деструктуровані у вигляді одного процесу активності без проміжків гальмування у жувальних м'язах обох сторін. Вся структура представлена чергуванням низько- і більш високоамплітудних (до 100-110 мкВ) коливань, що виникають синхронно в м'язах обох сторін, але виражених тільки на звичній стороні.

Тимчасові показники на таких електроміограмах аналізу не підлягають.

Результати дослідження та їх обговорення. Втрата зубів призводить до стійких порушень координаційних механізмів акту жування. Водночас у стані відносного спокою нижньої щелепи у всіх записах пацієнтів обох груп зареєстровано ізометричну лінію.

У осіб першої підгрупи клінічної групи проба «стиснення» щелеп характеризується низьким потенціалом, миттєвим включенням у процес скорочення окремих рухових одиниць. Водночас характер скорочень виглядає неоднорідним, є невеликі ділянки вищої та мінімальної активності. На наш погляд, це свідчить про порушення координаційних механізмів діяльності жувальних м'язів.

Характер «стиснення щелеп» у пацієнтів другої підгрупи відрізняється тим самим миттєвим включенням у процес скорочення безлічі рухових одиниць, але амплітуда коливань біопотенціалів виявляється вищою. Це можна пояснити тим, що в процесі користування старими протезами у пацієнтів виробився стійкий динамічний стереотип жування, і рефлекторні механізми більш активні. Особливу увагу звертає на себе відношення збудливих і гальмівних процесів. У нормі останні за довжиною трохи переважають над часом скорочення, а в цифрових показниках наближаються до одиниці.

При функціональній пробі «довільне жування» в осіб клінічної групи структура запису виглядає згладженою, без чіткої межі переходу від стану активності до стану спокою. Разом з тим у осіб другої підгрупи перехід від активності до спокою виражений краще і є можливість виділення окремих залпів активності, що ми пояснюємо виробленням того ж стійкого стереотипу жування.

У процесі жування чітко простежується робоча сторона, рефлекторна зміна сторін практично відсутня.

Час активності все ж таки помітно превалює над тривалістю часу спокою.

Ще помітніше ці порушення відрізняють електроміограми в осіб, які раніше не користувалися повними знімними протезами. Характер записів менш рівномірний, рясніє сплесками активності у стані відносного спокою жувальних м'язів. У записах чітко виділено робочу сторону жування, яка характеризується дещо вищою амплітудою коливань. Співвідношення збудливих і гальмівних процесів значно перевищує показники норми.

Таким чином, ступінь функціональних порушень у діяльності жувальних м'язів обох сторін характеризується певними змінами характеру електроміографічних записів, що, в першу чергу, проявляється у зменшенні сили збудливих процесів як при вольовому стисканні щелеп, так і при довільному жуванні. Не менш значними виглядають інші показники якісної оцінки електроміограм, що може бути відправним моментом при аналізі результатів протезування.

Висновки.

1. ЕМГ як метод об'єктивної оцінки функціонального стану жувальних м'язів дає можливість встановити ступінь порушень за повної втрати зубів.
2. Отримані дані можуть бути вихідним матеріалом для порівняння результатів ортопедичного лікування.

ОСОБЛИВОСТІ МІОРЕФЛЕКТОРНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО РІЗНИХ ВИДІВ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗА УМОВИ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

*Павліш І.В., Коваль Ю.П., Перепелова Т.В., Іляшенко Ю.І.,
Петренко Р.В., Лунькова Ю.С., Шеметов О.В.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. На сьогодні актуальність лікування пацієнтів з патологічним стиранням стрімко зростає у різних вікових групах, що підтверджується дослідженнями низки авторів. Виділяють наступні фактори, які сприяють розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів: функціональні перевантаження в результаті втрати зубів, помилки допущені при

попередньому протезуванні, використання абразивних зубних паст, шкідливі звички, бруксизм, порушення прикусу, аномалії розвитку твердих тканин зубів, генетична схильність, професійна шкідливість, загально-соматична патологія. Найчастіше спостерігається поєднання декількох факторів, що в подальшому тільки посилює тяжкість патології. У випадку поєднання патологічного стирання твердих тканин зубів із дефектами зубних рядів відбуваються більш вагомі процеси в зубо-щелепному комплексі, що призводить до значних морфофункціональних порушень, що, в свою чергу, створює труднощі ортопедичної реабілітації такої категорії пацієнтів.

Метою роботи було дослідження показників електроміографії жувальних м'язів у пацієнтів з патологічним стиранням зубів, яке поєднувалося із дефектами зубних рядів до та через 30 днів після ортопедичного лікування.

Матеріали та методи. На базі кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією Полтавського державного медичного університету проведено лікування 34 пацієнтів віком від 35 до 60 років з генералізованою формою патологічного стирання твердих тканин зубів I-II ступенів, у поєднанні з дефектами зубних рядів I, II та III класів за Кеннеді, серед мешканців міста Полтава та Полтавського району, що звернулися з метою лікування до ортопедичного відділення. Пацієнтами надана добровільна свідомо згода на участь у дослідженні.

Пацієнти розподілені на дві групи дослідження. До I групи увійшли пацієнти з генералізованим патологічним стиранням та дефектами зубних рядів III класу за Кеннеді малої та середньої протяжності, а саме 12 жінок та 6 чоловіків. II групи склали пацієнти з генералізованим патологічним стиранням та дефектами зубних рядів I, II класів за Кеннеді та III клас великої протяжності, 8 жінок та 8 чоловіків. До групи контролю обрано 20 молодих осіб обох статей віком від 20 до 25 років з інтактними зубними рядами.

Обстеження пацієнтів проводили наступним чином: вивчення анамнезу захворювання, загальноклінічне обстеження, визначення міжальвеолярної висоти, електроміографія жувальних м'язів.

Пацієнтам I групи дослідження було запропоноване ортопедичне лікування із заміщенням дефектів зубних рядів незнімними ортопедичними конструкціями.

Пацієнтам II групи було запропоновано заміщення дефектів зубних рядів знімними покривними ортопедичними конструкціями.

Основними аспектами при плануванні лікування був вибір опорних зубів, гігієнічний стан ротової порожнини, товщина і податливість слизової оболонки в межах протезного ложа.

Статистична обробка матеріалу за результатами дослідження проводилося за допомогою інструментів програмного пакету Statgraphics-19 (Statgraphics Technologies Inc., The Plains, Virginia, USA). Рівень значущості для всіх статистичних тестів був на рівні 0,05, з достовірністю 95,0%. Використовувалися описова статистика для визначення закономірностей розподілу значень у вибірці, а непараметричні методи.

Результати. Дані електроміографічного обстеження дослідних груп до лікування показали різний ступінь ритму жувальних рухів. Відмічалось нерівномірне включення рухових одиниць у процес скорочення порівняно зі здоровими пацієнтами, визначалась звична сторона жування, а також чітке чергування фаз активності та спокою, що стало причиною подовження часу жування та зниження його ритму.

На 30 день після проведеного лікування дані ЕМГ жувальних м'язів вказували на морфо-функціональні зміни у щелепно-лицевому апараті пацієнтів I та II груп. У I групі, з незнімними ортопедичними конструкціями, показники ЕМГ значно наблизилися до показників групи контролю, а саме:

- середня амплітуда жування змінилася з $509 \pm 4,4$ мкВ до $537 \pm 7,2$ мкВ в правих жувальних м'язах та з $513 \pm 3,0$ мкВ до $540 \pm 2,3$ мкВ у лівих жувальних м'язах;

- частота коливань під час жування у правих жувальних м'язах до лікування становила $300 \pm 5,6$ Гц, через 30 днів після лікування – зменшилася до $292 \pm 3,6$ Гц; в свою чергу у лівих жувальних м'язах вона зменшалася з $295 \pm 3,3$ Гц до $289 \pm 4,2$ Гц;
- тривалість фази активності у правих жувальних м'язах змінилася з $420 \pm 3,0$ мсек до $380 \pm 2,5$ мсек, а у лівих жувальних м'язах – з $430 \pm 5,7$ мсек до $387 \pm 3,2$ мсек;
- тривалість фази спокою у правих жувальних м'язах зросла від $235 \pm 6,0$ мсек до $239 \pm 5,4$ мсек, а у лівих жувальних м'язах від $240 \pm 3,0$ мсек до $245 \pm 2,5$ мсек;
- співвідношення тривалості збудливих та гальмівних процесів (коефіцієнт «К») змінився з 1,67 до 1,25 у правих жувальних м'язах, та з 1,78 до 1,30 у лівих жувальних м'язах, що практично наближається до норми.

У II групі дослідження, пацієнти зі знімними ортопедичними конструкціями, дані ЕМГ відповідали наступним показникам:

- середня амплітуда жування змінилася з $358 \pm 9,3$ мкВ до $487 \pm 5,2$ мкВ в правих жувальних м'язах та з $325 \pm 8,6$ мкВ до $440 \pm 3,3$ мкВ у лівих жувальних м'язах;
- частота коливань під час жування у правих жувальних м'язах до лікування становила $346 \pm 9,2$ Гц, через 30 днів після лікування – зменшилася до $298 \pm 9,2$ Гц; в свою чергу у лівих жувальних м'язах вона зменшалася з $360 \pm 8,1$ Гц до $290 \pm 5,2$ Гц;
- тривалість фази активності у правих жувальних м'язах змінилася з $511 \pm 5,6$ мсек до $398 \pm 3,7$ мсек, а у лівих жувальних м'язах – з $530 \pm 7,1$ мсек до $380 \pm 8,2$ мсек;
- тривалість фази спокою у правих жувальних м'язах зросла від $210 \pm 8,5$ мсек до $242 \pm 4,5$ мсек, а у лівих жувальних м'язах від $215 \pm 9,8$ мсек до $248 \pm 3,0$ мсек;

- співвідношення тривалості збудливих та гальмівних процесів (коефіцієнт «К») змінився з 2,17 до 1,48 у правих жувальних м'язах, та з 1,78 до 1,35 у лівих жувальних м'язах, що має тенденцію наближення до норми.

Відповідне ортопедичне лікування патологічного стирання, ускладненого наявними дефектами зубних рядів, різноманітними конструкціями сприяло появі нових міотатичних рефлексів, створенню нового стереотипу жування.

Висновки. Визначення різниці біопотенціалів жувальних м'язів дозволяє оцінити ступінь та характер наявних порушень у пацієнтів з патологічним стиранням.

Позитивна динаміка показників електроміографії при лікуванні пацієнтів із генералізованою формою патологічного стирання, що ускладнене дефектами зубних рядів, вказує на якість проведеного лікування, доцільність вибору ортопедичної конструкції та плинність процесу адаптації до неї, що, в свою чергу, сприяє відновленню жувальної функції та мовлення, підвищує естетичний вигляд пацієнта, відповідно, покращує його психо-емоційний стан.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ТА СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСНЕ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ПІД ЧАС ОРТОПЕДИЧНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ

*Ілляшенко Ю.І., Коваль Ю.П., Перепелова Т.В., Петренко Р.В.,
Лунькова Ю.С., Павліш І.В.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Електроміографічне дослідження (ЕМГ) являється одним із основних діагностичних та функціональних методів, який застосовують в різних стоматологічних напрямках діяльності, а в першу чергу в ортопедичній стоматології, де основною метою лікування є відновлення нормального функціонування зубо-щелепної системи, де м'язи являються невід'ємною

його частиною. Завдяки даному методу можливо об'єктивно оцінити діяльність нейром'язової системи шляхом реєстрації електричних потенціалів жувальних м'язів.

Вивчаючи зарубіжну та вітчизняну літературу, ми дійшли висновку, що більшість науковців проводять ЕМГ-дослідження інтактного жувального апарату, тобто пацієнти з яких формуються контрольні групи при проведенні різних досліджень складають діти та молоді особи 20-30 річного віку. Але порівнювали дані ЕМГ дослідження з ЕМГ людей похилого, старечого віку, що ставить під сумнів достовірність отриманих результатів. Окрім того для порівняння даних отриманих під час дослідження не розроблені вікові та статеві градації пацієнтів, які б могли відображати норму у функціонуванні м'язів. Так як порівнювати отримані дані після проведення ЕМГ дослідження з результатами, які отримані в однакових за віком та статтю групах. Нажаль класифікація за ВООЗ, яку найчастіше використовують для формування груп під час досліджень, не в повній мірі відповідає нашим критеріям формування груп. Тому за основу формування груп була взята класифікація вікових періодів людини згідно з рішенням спеціального симпозиуму геронтологів (1963 р.), яка чітко відображала розподіл досліджуваних осіб за статтю, та більш докладно відображає вікові категорії.

Умови проведення та методика ЕМГ-дослідження у осіб контрольної групи та осіб з порушеннями в зубо-щелепній системі проводили із застосуванням стандартизованого підходу, який був введений та доповнений на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією ПДМУ.

Внаслідок того, що результати досліджень у практично здорових осіб з інтактними зубними рядами навіть в одній групі мали розбіжності в отриманих результатах внаслідок різних умов проведення, що спонукало нас поставити на меті продовжити дослідження в плані розвитку стандартизації ЕМГ-дослідженнях та в подальшому класифікувати межі норми у різних вікових групах для проведення порівняльного аналізу стану жувальних м'язів з різними патологічними станами, в даному випадку, порівнювали з

пацієнтами, які потребували подальшого протезування з попереднім роз'єднанням зубних рядів (патологічна стирання зубів, вторинні деформації, захворювання скронево-нижньощелепного суглоба). Оцінка ЕМГ-дослідження проводилась за наступними критеріями:

- якісні показники – наявність чи відсутність активності в періоді спокою нижньої щелепи;
- швидкість включення нервово-м'язових рухомих одиниць м'язу в фазу активності;
- характер переходу м'язу від активності до стану спокою;
- розчленованість структури записів в процесі жування;
- можливість визначення чергування сторін жування (робочу та балансуєчу сторони).
- кількісні показники – амплітуда біопотенціалів (максимальне значення);
- частота слідування потенціалів;
- час активності;
- час спокою;
- коефіцієнт «К» (співвідношення часу активності до спокою).

Таким чином, оцінивши вище зазначені параметри, які отримані після проведення ЕМГ-дослідження, та порівнявши результати в контрольних групах та в групах з вище зазначеними патологічними станами ЗЩС, врахувавши вікові особливості в групах, тобто зміни які відбуваються в кожній групі в зубо-щелепній системі, а також статеві відмінності функціонування м'язової системи з урахуванням впливу різних чинників, можна порівнювати більш індивідуалізовано з різними віковими категоріями зміни у функціонуванні жувальних м'язів на різних етапах проведення ортопедичного лікування. А також надасть можливість лікарям, які досліджують стан жувальних м'язів, спростити порівняльний аналіз у осіб яких досліджують на етапах проведення лікування без набору контрольної групи просто порівнявши з вже відомі критерії оцінки у практично здорових осіб.

**ОБҐРУНТУВАННЯ БІОМЕХАНІЧНИХ ОСНОВ РОЗВИТКУ
ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ
ШЛЯХОМ МАТЕМАТИЧНОГО РОЗРАХУНКУ**

*Коваль Ю.П., Ілляшенко Ю.І., Перепелова Т.В., Петренко Р.В., Лунькова
Ю.С., Павліш І.В.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

В організмі людини рухова активність забезпечується скелетними м'язами і м'язи, які здійснюють рухи нижньої щелепи також відносяться до даного виду. Основний критерій, який визначає силу скелетних м'язів, є площа поперечного перерізу. Але м'язи, які різняться за довжиною при однаковій площі поперечного перерізу по різному здійснюють переміщення.

В основу даної роботи покладено дослідження та математичні розрахунки Даніеля Бернуллі (1700-1782), який в тому числі вивчав механізми м'язового скорочення, що явилось основою для публікування його роботи «Нова спроба теорії м'язового руху», де висвітлено дані про ступінь укорочення м'язів, часу скорочення і розслаблення, а також отримане диференціальне рівняння, що описує м'язове скорочення. В результатах даної роботи встановлено співвідношення довжини м'язу до його діаметру (100:77); залежність сили скорочення м'язу від довжини м'язових волокон, де в свою чергу довжина м'язових волокон визначає силу та швидкість скорочення. В підсумку даного дослідження було встановлення твердження що довгі м'язи довгі – швидкі, а короткі – сильні.

Тому мета нашого дослідження – дослідити жувальні м'язи застосовуючи принцип Бернуллі та розкрити роль довгих і коротких м'язів в прогресуванні патологічного стирання; визначити роль біомеханічних основ патогенезу даного патологічного стану зубо-щелепної системи.

Вивчали власне жувальні, скроневі, медіальні та латеральні крилоподібні м'язи у пацієнтів з патологічним стиранням без ураження зубів застосовуючи магнітно-резонансну томографію з подальшим визначенням таких параметрів як їх ширина, товщина, довжина в програмі Distance Line.

Також проводили електроміографічне дослідження власне жувальних та скроневих м'язів. Предметом дослідження є визначення співвідношення довжини кожного м'яза до його площі поперечного перерізу застосовуючи принцип Бернуллі та подальше його математичне вираження у вигляді коефіцієнта. Даний коефіцієнт вираховується наступним чином $k = \frac{l}{\sqrt{s}}$, де k- обчислюваний коефіцієнт; l- довжина м'яза; s- площа поперечного перерізу м'яза.

Для дослідження відібрані 49 осіб від 39 до 73 років з генералізованою формою патологічного стирання зубів та без дефектів зубних рядів, яких розподілили на три групи за ступенем стирання: 1 група - легкий, 2 група – середній, 3 група – важкий. А також набрана контрольна група 15 осіб без патологічних змін в зубних рядах.

За допомогою ЕМГ-дослідження визначали звичний бік жування, тривалість фаз активності та спокою, коефіцієнт «К», амплітуду коливань біопотенціалів, кількість жувальних рухів, час жування.

Результати визначення коефіцієнта співвідношення для різних м'язів за «принципом Бернуллі» у пацієнтів контрольної групи на пріоритетному боці жування представлені в таблиці 1, а на боці другорядного значення для жування, – в таблиці 2.

Табл.1

Назва м'язу	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення
Скроневий	3,26121	4,30658	3,92235
Жувальний	2,29172	3,04213	2,61045
Крилоподібний латеральний	0,80894	1,25557	0,94671
Крилоподібний медальний	1,94299	3,23381	2,55763

Коефіцієнт співвідношення (k) для різних м'язів у пацієнтів контрольної групи на боці другорядного значення для жування

Табл. 2

Назва м'язу	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середнє значення
Скроневий	3,06857	4,79196	3,91548
Жувальний	2,28679	3,15258	2,66361
Крилоподібний латеральний	0,77322	1,39424	0,97514
Крилоподібний медальний	1,98384	3,04949	2,51334

Середні значення коефіцієнтів однойменних м'язів на пріоритетному та другорядному боці відрізняються несуттєво, що вказує на збалансовану роботу: м'язи однаково «швидкі» і однаково «сильні». Очікувано менший коефіцієнт у жувального м'яза на пріоритетному боці пов'язаний з більшою площею його поперечного перерізу при майже однакової довжині.

Обчислені середні значення коефіцієнта (k) у групи осіб без ознак патологічного стирання в подальшому будуть використані для порівняння з коефіцієнтами співвідношень у трьох групах пацієнтів з різним ступенем патологічного стирання зубів. Вже при легкому ступені стирання твердих тканин зубів спостерігаються відмінності у коефіцієнтах на звичному та другорядному боці жування у порівнянні із коефіцієнтами осіб контрольної групи. Результати визначення коефіцієнта співвідношення для різних м'язів у пацієнтів в першій, другій та третій групах та їх порівняння з контрольною.

У порівнянні з показниками контрольної групи, у першій групі пацієнтів намітилась тенденція до більш вираженої різниці у фізичних якостях м'язів: в одних починають переважати сила, а в інших – швидкість. Клінічно це проявляється у початковій стадії стирання твердих тканин зубів. З посиленням тяжкості патологічного процесу дедалі дужче видні розбіжності у коефіцієнтах співвідношення як серед однойменних м'язів пріоритетного і другорядного боків жування, так і з даними контрольної групи. Зниження показників коефіцієнтів скроневого і жувального м'язів в порівнянні з контрольною групою вказує не стільки на збільшення їх

поперечного перерізу, скільки на зменшення довжини м'язів як пристосування до зниженої висоти прикусу. Загалом зниження коефіцієнтів свідчить про сповільнення скорочення м'язових волокон і збільшення сили стискання.

Як висновок, порушення рівноваги між фізичними якостями м'язів «сила» і «швидкість» впливає на розвиток патологічного стирання зубів. Більшому коефіцієнту відношення довжини м'яза до площі його поперечного перерізу відповідає довгий, а отже швидкий м'яз. Меншому коефіцієнту відповідає короткий м'яз, отже сильний. Як наслідок – коротші м'язи сильніше стирають зуби. Довгі м'язи не сприяють надмірному стиранню зубів. Як рекомендацію для лікування патологічного стирання пропонуємо застосовувати оклюзійну шину для розтягування м'язів, перетворюючи таким чином короткі сильні м'язи на довгі швидкі.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, Ректора полтавського державного медичного університету Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. Анни Лучинської	5
Катеренчук І.П. Діагностика життєнебезпечних клініко-електрокардіографічних синдромів як причини раптової смерті (лекція).....	6
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Подвін А.М., Харченко Н. В., Ляхова Н. О. Порівняльний аналіз проходження військово-лікарської комісії: огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні.....	17
Гринь К.В. Панічна атака, як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні.....	21
Кулик Е.А., Юрченко В.С. Судинні захворювання головного мозку та надання невідкладної допомоги.....	27
Левков А.А., Горошко В.І., Шарпов І.Г., Самбурська С.І., Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І. Реабілітація після травми щелепи.....	35
Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В., Курило А.І., Колісник К.В. Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями.....	39
Левков А.А., Марченко С.М., Боголюб М.А., Кулик Е.А., Юрченко В.С., Боголюб В.В. Домедична допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки.....	45
Левков А.А., Рибалко Л.М., Москаленко П.О., Москаленко І.В., Гулько Т.Ю. Види ушкоджень у бойових і небойових умовах.....	52
Могильник А.І., Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Могильник А.М., Шандиба О.В., Архіповець О.О. Медичне сортування – запорука ефективної екстреної медичної допомоги.....	58
Сергата Є. В. Особливості нормативно-правових актів, що гарантують медичне забезпечення співробітників МВС в мирний та воєнний час.....	66
Харченко Н. В., Плужнікова Т. В., Подвін А. М. Зарубіжний досвід психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.....	77
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Бойко В. В., Цвик М. А. Досвід роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор» в умовах сьогодення.....	83
Брехунцов В.О. Професійне вигорання медичних працівників під час війни.....	85
Бублик О.О. Аналіз показників надання хірургічної стоматологічної допомоги дитячому населенню на рівні м. Полтави.....	87
Бурмінова Н. В. Безпека та конфіденційність пацієнтів у контексті телемедицини в екстреній допомозі.....	89
Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М. Ускладнення ендодонтичного лікування зубів на етапі obturaції кореневих каналів: ризики, клінічні прояви, невідкладна допомога	91
Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г. Ефективність застосування вакуумної терапії з інстиляціями l-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.....	94
Данильченко Світлана, Бабкіна Олена Короткий огляд основних адаптивних приладів у фізичній реабілітації.....	98
Денисюк Т.М., Краснова О.І. Особливості діяльності КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».....	102
Дмитрієва А. А. Своєчасне та адекватне виявлення хворих на мікроспорію для запобігання утворення епідеміологічних спалахів у колективі.....	105
Дудченко М.О., Краснов О.Г., Кравців М.І., Засць С.М., Прихідько Р.А., Немченко І.І., Сагарадзе С.А. Актуальні питання діагностики та лікування кісткових уражень у хворих з синдромом діабетичної стопи.....	106
Жара Г. І. Європейський досвід надання екстреної та невідкладної допомоги біженцям під час війни.....	110

Калашніков В.Й., Стоянов О.М., Вастьянов Р.С., Калашнікова І.В., Бакуменко І.К. Особливості артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки у пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками у вертебро-базиллярному басейні.....	114
Кальна Я. М. Поняття про парамедицину, перспективи її розвитку в Україні.....	116
Коршенко А. В. До економічних аспектів реалізації пілотного проекту реформи розвитку екстреної медичної допомоги в Україні.....	120
Котельнікова А.С., Краснова О.І. Перспективи використання телемедицини в умовах воєнного стану.....	124
Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Баля Г.М., Шеметов О.В. Сучасні термопластичні базисні пластмаси та їх використання в клініці ортопедичної стоматології.....	126
Луцькова Ю.С., Ілляшенко Ю.І., Перепелова Т.В., Петренко Р.В., Коваль Ю.П., Павліш І.В. Топографічні та структурні зміни елементів СНЩС у пацієнтів з одностороннім вивихом суглобового диска.....	129
Люлька О.М., Кравців М.І., Кизименко О.О., Буря Л.В. Особливості хірургічної тактики при гострому гнійному запаленні кістки куприка.....	131
Охріменко І. М., Пронтенко К. В. Професійна деформація науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання: погляд на проблему.....	134
Перлова А.В., Мунтян О.В., Курдиш Л.Ф., Мунтян В. Л. Проблема надання невідкладної допомоги в стоматологічній практиці: чинники і рішення.....	139
Петренко Р.В., Шеметов О.В., Ілляшенко Ю.І., Коваль Ю.П., Павліш І.В., Луцькова Ю.С. Математичне обґрунтування застосування безпосереднього протеза при протезуванні включених дефектів зубних рядів.....	142
Плужнікова Т.В., Дубінін С.І., Харченко Н.В. Тенденції сучасної парамедицини в Україні... ..	144
Повшенюк А. В., Шінкарук-Диковицька М. М., Пилипюк О. Ю., Капиця Д. В., Повшенюк А. Я. Психотерапевтичні методи усунення тривожності на стоматологічному прийомі.....	147
Поліщук С. С., Барило О. С., Фурман Р. Л., Свистунов Д. М., Поліщук В.С., Кузько О. В. Аналіз клінічного застосування препарату нуклеотидів при переломах нижньої щелепи.....	149
Рак Т.І., Коршенко В.О., Матвієнко Т.М., Романюк М.В., Комишан І.В., Приліпка К.О., Філатова В.Л. Особливості гострих реакцій на стрес за досвідом КУ «Полтавський обласний центр екстреної допомоги та медицини катастроф».....	151
Самойлік Є.В. Лікування хворих на вазомоторний риніт в практиці лікаря.....	153
Терзі О.О., Шпак І.В. Аналіз законодавства України у сфері медичної діяльності в умовах воєнного стану.....	155
Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В. Гіпохлоритна аварія: алгоритм невідкладної допомоги (клінічний випадок).....	157
Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М., Поліщук В. С., Кузько О. В. Магнітолазерна терапія в комплексі лікування переломів нижньої щелепи.....	161
Хайлов А. В., Коршенко В. О. Парамедик в Україні: хто це?.....	163
Хатту В.В., Буханченко О.П., Бойко І.В. Порівняльна характеристика змін клінічних показників після проведення цистектомії на нижній щелепі.....	168
Шеметов О.В., Кузь В.С., Коваль Ю.П., Петренко Р.В., Мартиненко І.М. Оцінка ступеня функціональної патології у пацієнтів з повною відсутністю зубів.....	170
Павліш І.В., Коваль Ю.П., Перепелова Т.В., Ілляшенко Ю.І., Петренко Р.В., Луцькова Ю.С., Шеметов О.В. Особливості міорефлекторної адаптації до різних видів протезування за умови патологічного стирання твердих тканин зубів.....	174
Ілляшенко Ю.І., Коваль Ю.П., Перепелова Т.В., Петренко Р.В., Луцькова Ю.С., Павліш І.В. Доцільність проведення та стандартизації електроміографічного дослідження власне жувальних м'язів під час ортопедичного стоматологічного прийому.....	178
Коваль Ю.П., Ілляшенко Ю.І., Перепелова Т.В., Петренко Р.В., Луцькова Ю.С., Павліш І.В. Обґрунтування біомеханічних основ розвитку патологічного стирання твердих тканин зубів шляхом математичного розрахунку.....	181
Зміст	185