

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

МАТЕРІАЛИ

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

8 вересня 2022 року



**ПОЛТАВА
2022**

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

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

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

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

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

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2022

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

ПОКРОКОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЙНИЙ МІОКАРДИТ

Полторанавлов В.А.

Полтавський державний медичний університет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця №1.

Орієнтовні дні проведення фізичної реабілітації хворих на дифтерійний міокардит

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

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

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

Таблиця №2.

Абсолютні та відносні показники негативної фізичної проби.

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

Таблиця №3.

Абсолютні та відносні показники ЕКГ негативної фізичної проби.

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

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

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

Висновки:

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

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

Похилько В.І., Климач Т.М.

Полтавський державний медичний університет

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

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