

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

МАТЕРІАЛИ

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

8 вересня 2023 року



ПОЛТАВА

2023

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., Белікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 165 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, 2023

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

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

ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА



Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

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

Проблема фізичної та психологічної реабілітації та відновлення і збереження працездатності осіб, що брали участь у бойових діях, а також мирного населення, постраждалого внаслідок збройної агресії, сьогодні є особливо актуальною, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, вкрай важливими.

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

З повагою та найкращими побажаннями.

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

**НЕОБХІДНІСТЬ ТА ШЛЯХИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВИХ ПОДІЙ В УКРАЇНІ**

Гринь К.В., Гринь В.Г., Дельва М.Ю., Пінчук В.А.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Згідно з визначенням ВООЗ, ментальне здоров'я – це стан щастя та добробуту, в якому людина реалізує свої творчі здібності, може протистояти життєвим стресам, плідно працювати та робити внесок у суспільне життя. Ментальне, або психічне здоров'я є невід'ємним компонентом загального здоров'я і благополуччя людини, яке лежить в основі інтелектуальної та соціальної діяльності, індивідуальних та колективних взаємодій, можливості приймати рішення, будувати міжособистісні та професійні зв'язки, формувати середовище, в якому вона існує [1, 2].

Порушення психічного здоров'я – це узагальнююче поняття, що охоплює психічні розлади, різні види психосоціальної неспроможності, а також інші психічні патологічні стани, пов'язані зі значним дистресом, функціональними порушеннями чи ризиком самоушкодження. Як правило, рівень задоволеності життям у осіб з порушеннями психічного здоров'я частіше нижчий за психічно здорових осіб (хоча можливі винятки) [3].

Протягом усього нашого життя численні індивідуальні, соціальні та структурні детермінанти можуть в сукупності захищати або, навпаки, згубно діяти на наше психічне здоров'я, змінювати наше становище в континуумі психічного здоров'я, порушувати його сталість.

Різні індивідуальні психологічні та біологічні фактори, такі як тип емоційного реагування, вживання психоактивних речовин і генетичні особливості, можуть робити людину більш схильною до порушень психічного здоров'я. Вплив несприятливих соціальних, економічних, геополітичних та екологічних чинників, в тому числі низький рівень

матеріального забезпечення, насильство, нерівність та несприятливі соціальні умови, також підвищує ризик виникнення психічних розладів [4].

Медичні працівники постійно на собі відчувають весь вантаж соціальних, професійних, економічних та сімейних проблем, що стосуються як їх самих, так і численних пацієнтів. Заглиблюючись у проблеми пацієнтів, лікарі та медсестри змушені переносити свої особисті турботи на другий план, що у свою чергу сприяє підвищенню ризику розвитку або обтяженню перебігу вже існуючих захворювань у них самих, зниження працездатності, емоційного виснаження та вигорання [5].

Медичні працівники зіткнулися зі збільшенням кількості проблем із психічним здоров'ям в умовах пандемії COVID-19. Розвиток тривожних розладів став супроводжувати багатьох медичних працівників, які відчували тривогу за своє життя (працюючи в осередках лікування пацієнтів), життя та стан здоров'я своїх рідних (про те, що можуть їх інфікувати) [6, 7].

Проте та ситуація, в якій Україна перебуває на сьогодні, починаючи з 24 лютого 2022 року, завдала більше шкоди психічному здоров'ю не тільки медпрацівників, а й усього населення нашої країни, ніж будь-яка інша небезпека [8, 9].

За оцінками експертів, 40–50 % населення потребуватимуть психологічної допомоги [10]. У певних групах населення кількість таких людей буде становити: з-поміж військових та ветеранів – 1,8 млн; серед людей старшого віку – 7 млн; близько 4 млн – дітей та підлітків. Прогнозована потреба в допомозі з питань психічного здоров'я на первинній ланці медицини – 27 млн звернень [11]. Водночас близько до 4 млн українців матимуть певний розлад психічного здоров'я – помірної або тяжкої форми. За даними МОЗ, у 20–30 % осіб, які пережили травматичні події, може розвинутих ПТСР. Крім того, через 5–7 років очікують зростання кількості осіб з наркотичною, алкогольною та іншими залежностями. Через психоемоційне напруження, спричинене війною, українці постаріють на 10–

15 років, тобто хвороби, притаманні для зрілого та літнього віку, будуть траплятися на 10–15 років раніше, ніж це було до війни [12].

Такі чинники, як участь у бойових діях або перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, перебування в окупації, значно підвищують уразливість людей, в тому числі медпрацівників до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, в першу чергу тривожних, депресивних розладів та посттравматичного стресу. Появу психічних розладів також можуть спричиняти: утрата почуття безпеки внаслідок вразливості практично всієї території країни для ракетних обстрілів; переміщення в інші регіони або країни й пов'язані з цим утрата роботи й звичного, комфортного середовища; побутові негаразди; фінансові труднощі; соціальна ізоляція; невпевненість у майбутньому і тривога за рідних та близьких [13].

Психологічний вантаж, який несуть на собі медичні працівники досить потужний, оскільки вони несуть відповідальність не тільки за своє життя, а й за життя бійців свого військового підрозділу (якщо це військові медики), пацієнтів, які проходять лікування у стаціонарі чи амбулаторно. Усі вони чекають від медичного працівника психологічної підтримки, покладають надію саме на нього. Але, розглянемо й «інший бік медалі»: психологічно нестійкі, негативістично налаштовані пацієнти звинувачують медичний персонал в погіршенні свого стану, неякісному лікуванні, недостатньо приділеній увазі тощо [14]. Тож, можливостей для негативного впливу на ментальне здоров'я медичних працівників безліч. Медичним працівникам залишається підтримувати один одного задля збереження власних психічних ресурсів. А зберігати їх потрібно, знову ж таки, для надання медичної допомоги населенню нашої держави.

Заходи щодо зміцнення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів засновані на визначенні індивідуальних, соціальних та структурних детермінант ментального здоров'я та вжиття заходів втручання

з метою зниження ризиків, підвищення психічної резистентності та створення сприятливого для психічного здоров'я середовища [15].

Натепер урядовими програмами, медичними закладами, психологічними службами проводиться розробка та впровадження алгоритмів заходів по сприянню зміцненню ментального здоров'я населення України.

Зокрема, програма по збереженню ментального здоров'я «Ти як» має на меті сприянню формуванню в суспільстві культури піклування про ментальне здоров'я, дати розуміння та показати інструменти, які допоможуть українцям дбати про свій внутрішній стан, бо оберігати психічне здоров'я настільки ж важливо, як і фізичний стан. Всеукраїнська програма ментального здоров'я стартувала у березні 2023 року за ініціативи Першої леді України Олени Зеленської [16].

Великі надії покладаються на медичних працівників, які надають допомогу у сфері психіатрії та психології, тому що саме від них залежить формування психічної міцності та можливості протистояти різноманітним негативним впливам, пов'язаним з ситуацією в нашій країні. Здатність до адаптування, функціонування й навіть певного розвитку під час війни, перспективи повоєнного відновлення України значною мірою залежать від рівня можливості громадян підтримувати один одного та піклуватися про ментальне здоров'я.

Список літератури

1. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015. № 14 (2). P. 231-233. doi: 10.1002/wps.20231.
2. Mental health. Key facts. 17 June 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Meule A, Voderholzer U. Life satisfaction in persons with mental disorders. *Qual Life Res*. 2020. № 29 (11). P. 3043-3052. doi: 10.1007/s11136-020-02556-9.

4. Exposure to Ambient Air Particles Increases the Risk of Mental Disorder: Findings from a Natural Experiment in Beijing / Jia Z. et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2018. № 15 (1). 160 p. doi: 10.3390/ijerph15010160.
5. Evolution of burnout and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a 1-year observational study / Cyr S. et al. *BMC Psychiatry*. 2022. № 22 (1). P. 809. doi: 10.1186/s12888-022-04457-2.
6. Burnout syndrome among hospital healthcare workers during the COVID-19 pandemic and civil war: a cross-sectional study / Elhadi M. et al. *Front Psychiatry*. 2020. 11:579563. DOI: 10.3389/fpsy.2020.579563
7. Sheraton M, Deo N, Dutt T, Surani S, Hall-Flavin D, Kashyap R. Psychological effects of the COVID 19 pandemic on healthcare workers globally: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2020. № 292. 113360. DOI: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113360.
8. International Council of Nurses. ICN Says Protection and Safety of Nurses and All Health Workers in Ukraine Is Paramount. 2022. Available online at: <https://www.icn.ch/news/icn-says-protection-and-safety-nurses-and-all-health-workers-ukraine-paramount>
9. The impact of violence on healthcare workers' mental health in conflict based settings amidst COVID-19 pandemic, and potential interventions: A narrative review / Rija A. et al. *Health Sci Rep*. 2022. № 6; 5(6):e920. DOI: 10.1002/hsr2.920.
10. Зеленська про програму ментального здоров'я: Виявилося, що «сильні не ходять до психологів». URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3703135-zelenska-pro-programu-m...>
11. У межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я визначили пріоритетні проекти. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3695613-u-mezah-vseukrainskoi-p...>
12. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zah...>

13. Vuorio A, Bor R. Safety of Health Care Workers in a War Zone – A European Issue. *Front Public Health*. 2022. 10:886394. DOI: 10.3389/fpubh.2022.886394.
14. Violence against healthcare in conflict: a systematic review of the literature and agenda for future research / Haar R. J. et al. *Conflict Health*. 2021. № 15: 37. DOI: 10.1186/s13031-021-00372-7.
15. Hasson G., Butler D. Mental Health and Wellbeing in the Workplace. A Practical Guide for Employers and Employees: Wiley. 2020. 256 p. ISBN:9780857088284, 0857088289.
16. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» за ініціативою Олени Зеленської. URL: <https://center.diiia.gov.ua/blog/vseukrainska-programa-mentalnogo-zdorova-ti-ak-za-iniciativou-oleni-zelenskoj>

СУЧАСНА ПРОБЛЕМА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА НАПРЯМИ ЛІКУВАННЯ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Калмикова Ю.С.

Харківська державна академія фізичної культури,
КНП «Міська дитяча лікарня № 5», Харків, Україна

Анотація. Розглянуто сучасний погляд на проблему метаболічного синдрому та засоби немедикаментозного лікування.

Ключові слова: метаболічний синдром, немедикаментозне лікування.

Вступ. Метаболічний синдром є значною клінічною та епідеміологічною проблемою населення індустріальних країн. Дані епідеміологічних досліджень щодо метаболічного синдрому не є оптимістичними. Спостереження, проведені науковцями і клініцистами у всьому світі, підтверджують, що сьогодні спостерігається зростаюча епідемія метаболічного синдрому. Його частота в популяціях залежить від приналежності до етнічної групи, віку і статі [1,2].

На сьогодні метаболічний синдром це одне із основних проблемних питань в галузі охорони здоров'я багатьох країн світу. Частота метаболічного синдрому серед населення є високою. Раніше метаболічний синдром вважався хворобою людей старшого віку, проте, на сьогодні збільшився відсоток осіб молодого віку, які мають цей патологічний стан [3,4].

Епідеміологічні дані свідчать про досить високу поширеність метаболічного синдрому, яка в середньому становить близько 24% та перевищує 40% у віковій групі після 60 років. З літературних джерел відомо [2,5], що в індустріально розвинених країнах серед населення віком понад 30 років поширеність даної патології коливається від 14 до 24%. Встановлено, що існують вікові та статеві особливості розвитку метаболічного синдрому. Зокрема, з віком частка хворих з даною патологією зростає [2,6]. Так, у вікових групах від 20 до 49 років метаболічний синдром частіше спостерігається в чоловіків, віком 50-69 років – практично однаково в чоловіків і жінок, а у віці понад 70 років – частіше діагностується в жінок. У жінок старших вікових груп частіше виявляють метаболічний синдром у зв'язку з настанням менопаузи [1,2].

Метаболічний синдром – це патологічний стан, для якого характерний розвиток абдомінального ожиріння, дисліпідемії, артеріальної гіпертензії та порушення вуглеводного обміну (феномен інсулінорезистентності). Основними етіологічними факторами метаболічного синдрому є генетична схильність, надмірне споживання жирів та гіподинамія [7].

Важлива роль у розвитку метаболічного синдрому відводиться генетичній схильності, надлишковому вживанню висококалорійної їжі та зниженій фізичній активності. За оцінкою G. Reaven, у 25% осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, можна виявити інсулінорезистентність [7,8].

В дослідженнях Н.І. Корильчук [9], С.М Супруненко [10], Ю.С. Калмикової і співавт. [1,2], Скрипник Н.В. і співавт [11], Ю.С. Калмикової [12] метаболічний синдром це поєднання абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності (ІР) або ЦД-2, атерогенної дисліпідемії, артеріальної

гіпертонії, порушень системи гемостазу, ендотеліальної дисфункції та хронічного субклінічного запалення.

Автори [1,2,13,14] зазначають, що надлишкова маса тіла й ожиріння як складний, багатофакторний, мультигенний розлад, який тісно пов'язаний з особливостями психо-соціально-культурним середовищем [15,16,17,18]. Ожиріння є важливим фактором ризику багатьох серйозних медичних проблем, що призводять до зниження якості життя, значного збільшення захворюваності та передчасної смерті [19], порушує діяльність серцево-судинної системи, а це є одним з головних проявів ожиріння [14,20].

Дослідження, проведені в Україні, продемонстрували, що розповсюдженість ожиріння серед осіб віком понад 45 років може становити 52,6%, а надлишкової маси тіла – 33,4%. Нормальна маса тіла виявляється лише в 13,2% дорослого населення України [21,22,23].

Ожиріння та інсулінорезистентність є основними компонентами метаболічного синдрому та основними факторами ризику серцево-судинних захворювань. Позитивна кореляція між ожирінням та інсулінорезистентністю добре відома з даних літературних джерел та досліджень. Однак у них є ще одна спільна ланка у вигляді гіперлептинемії [24].

Проблема метаболічного синдрому та цукрового діабету 2-го типу в Україні досить висока і становить близько 20% у загальній популяції та понад 50% у певних соціальних групах (гіподинамія, любителі фастфуду, курці тощо) [25]. В Україні діабет посідає третє місце за поширеністю після серцево-судинних і онкологічних захворювань. За останні десять років поширеність цукрового діабету в Україні збільшилася в півтора рази, і за станом на 1 січня 2015 року в країні зареєстровано 1 198 047 хворих, що становить близько 2,9% від усього населення [13].

За даними ВООЗ, до 2025 р. кількість хворих на ЦД у світі перевищить 330 млн осіб, 85–90% з яких припадатиме на ЦД 2-го типу [26,27]; за прогнозами до 2030 року загальна кількість хворих на ЦД досягне 592 мільйонів. Ситуація ускладнюється ще й тим, що на 1,1 млн зареєстрованих

випадків ЦД 2-го типу в Україні не діагностовані випадки ЦД у 3–4 рази перевищують кількість виявлених пацієнтів [28,29,30].

Соціальна значущість проблеми метаболічного синдрому пов'язана з підвищенням освітньої активності в середовищі пацієнтів, необхідністю впровадження основних принципів первинної профілактики ожиріння, цукрового діабету, особливо серед дітей і молоді, пропаганді принципів здорового харчування, підвищення ролі фізичної культури і спорту [31].

Дослідження виконано відповідно до пріоритетного тематичного напрямку «Теоретико-методологічні засади фізичної терапії та ерготерапії при органічних та функціональних порушеннях органів та систем організму людини в практиці охорони здоров'я», 2021-2025 рр. (№ державної реєстрації 0121U110141).

Мета дослідження: проаналізувати проблему сучасності метаболічного синдрому та визначити основні напрями лікування при метаболічному синдромі.

Завдання дослідження – на підставі вивчення спеціальної літератури проаналізувати проблему метаболічного синдрому та визначити напрями його лікування.

Матеріал і методи дослідження. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних літературних джерел з основних баз даних: PubMed, MEDLINE, Scopus, Google Scholar.

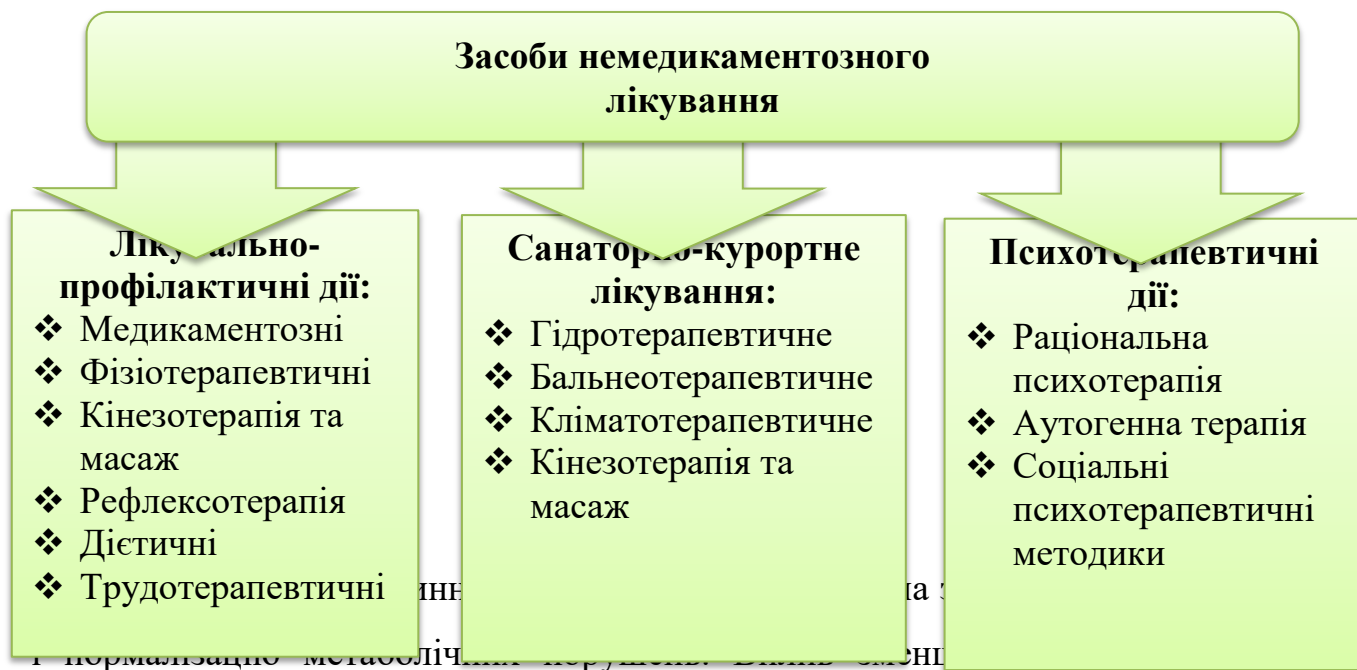
Результати дослідження та їх обговорення.

Першорядне завдання, що стоїть перед медициною, – своєчасно розпочати лікування метаболічного синдрому, що включає немедикаментозні та медикаментозні методи корекції метаболічних порушень та ожиріння, а при виборі медикаментозних засобів необхідно враховувати їх метаболічні ефекти і органопротекторну дію. Основними завданнями терапії метаболічного синдрому є: нормалізація маси тіла, підвищення фізичної активності, проведення антигіпертензивної терапії, застосування ліпідознижуючих препаратів та дезагрегаційної терапії.

Вибір лікувальних впливів і їх поєднань повинен бути диференційованим, враховувати патогенетичні, клінічні особливості, стадію захворювання і особистісну характеристику хворого (схема 1) [32, 33].

Схема 1.

Основні напрями лікування при метаболічному синдромі



рівень АТ було продемонстровано в ряді великих багатоцентрових досліджень, таких як Тонрен-1, ТАШ, Томші, XENDOS. Відзначено, що немедикаментозна терапія, пов'язана з корекцією способу життя, покращує метаболічний контроль; самоспостереження покращує глікемічний контроль; контроль рівня глюкози периферичної крові, що забезпечує рівень нормоглікемії (HbA1c = 6,5%), знижує частоту мікро- і макросудинних ускладнень; інтенсивна інсулінотерапія при цукровому діабеті 1 типу знижує захворюваність і смертність; рання інтенсифікація терапії для досягнення встановлених цілей лікування покращує комбінований показник захворюваності та смертності при цукровому діабеті 2 типу; у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу при невдалій спробі досягти цільового рівня глюкози слід розглянути можливість раннього призначення інсулінотерапії; метформін рекомендується як препарат першого ряду у пацієнтів з надлишковою масою тіла та цукровим діабетом 2 типу [34,35,36].

Вкрай важливим є і той факт, що у хворих на метаболічний синдром відзначаються порушення вуглеводного та ліпідного обміну, підвищений АТ, а також високий ризик розвитку ІХС. Тому слід проводити корекцію всіх основних патогенетичних порушень [37].

Висновки

В комплексі лікувально-реабілітаційних заходів при метаболічному синдромі важливе місце приділяється кінетотерапі. Під впливом дозованого фізичного навантаження у хворих зменшується гіперглікемія та глюкозурія, підсилюється дія інсуліну, зменшується вісцеральне ожиріння, нормалізується артеріальний тиск та зменшуються прояви серцевої недостатності. Лікувальна дія ЛФК на організм здійснюється шляхом нервової та гуморальної регуляції моторно-вісцеральними рефлексами.

Література.

1. Kalmykova Y.S., Bismak H.V., Perebeynos V.B., Kalmykov S.A. Correction of carbohydrate metabolism by means of physical therapy of patients with metabolic syndrome. *Zdorov'â, sport, reabilitaciâ [Health, Sport, Rehabilitation]*. 2021. № 7(3). P. 63-75. <https://doi.org/10.34142/HSR.2021.07.03.04>
2. Kalmykova Y., Kalmykov S., Bismak H., Beziazychna O., Okun D. Results of the use of physical therapy for metabolic syndrome according to anthropometric studies. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2021. №16(2). P. 333-347. <https://doi.org/10.14198/jhse.2021.162.09>
3. Shaposhnikova V.M., Stepanova H.M., Shaposhnikov Yu.V. The Role of the Nurse in The Prevention of Metabolic Syndrome. *World Science*. 2020. 6(58). Vol.2. P. 62-69. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30062020/7114
4. Kalmykova Y., Kalmykov S. The effectiveness of the physical therapy program for patients with metabolic syndrome based on the study of the dynamics of the functional state of the autonomic nervous system and hemodynamic parameters. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2023. 8(2). P. 117-127. [https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8\(2\).05](https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(2).05).

5. Тронько М.Д. Досягнення та перспективи розвитку сучасної ендокринології в Україні (до 25-річчя НАМН України). *Ендокринологія| Endocrinology*, 2018. №23(1). С. 5-15.
6. Тронько М.Д. Сучасний стан і перспективи розвитку фундаментальної та клінічної ендокринології на 2015-2020 роки Доповідь на VIII з'їзді Асоціації ендокринологів України м. Київ, 20-22 жовтня 2014 року. *Ендокринологія| Endocrinology*, 2015. №20(1). С. 373-380.
7. Kalmykova Y., Kalmykov S., Orshatska N. Assessment of the reaction of the cardiovascular system to dosed physical activity of patients with metabolic syndrome under the influence of the use of physical therapy. *Slobozhanskyi Herald of Science and Sport*. 2020. № 1. P. 17-24. doi:10.15391/sns.v.2020-1.003.
8. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988, № 37(12). P. 1595-1607.
9. Корильчук Н.І. Спосіб життя як основа метаболічного синдрому: погляд на наші реалії. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 114-123. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10586>
10. Супруненко С.М. Основні аспекти залежності метаболічного синдрому та чоловічого безпліддя (огляд літератури). *Вісник проблем біології і медицини*. 2020. Вип. 3 (157). С. 35-40. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2020-3-157-35-40>
11. Скрипник Н.В., Романів Т.В., Власюк Т.І., Гудз І.В. Взаємозв'язок інсулінорезистентності з функціональним станом печінки у хворих на метаболічний синдром із цукровим діабетом 2-го типу. *Терапевтика*. 2021. №2(1). С. 45-51. <https://doi.org/10.31793/2709-7404.2021.2-1.45>
12. Калмикова Ю. С. Поширеність ожиріння та метаболічного синдрому у осіб молодого віку: сучасний стан проблеми. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. № 14. С. 49-55. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.5>
13. Kalmykova Y., Kalmykov S. Physical exercise application for the correction of

- carbohydrate metabolism in diabetes mellitus. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018. № 18(2), P. 641-647. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.02094>
14. Kalmykova Y., Kalmykov S., Bismak H. (2018). Dynamics of anthropometric and hemodynamic indicators on the condition of young women with alimentary obesity in the application of a comprehensive program of physical therapy. *Journal of Physical Education and Sport*. № 18(4). P. 2417-2427. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.04364>
15. Миронюк І., Дуб М. Сучасні підходи до фізичної реабілітації студенток з ожирінням та метаболічним синдромом. *Спортивна медицини та фізична реабілітація*. 2019. №2. С. 77-83.
16. Миронюк І., Дуб М. Характерні особливості рухової активності та рухової дієздатності студенток з ожирінням. *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура*. 2019. № 34. С. 53-60. doi: 10.15330/fcult.34.53-60.
17. Мостовая ЛА, Петраш СП. Ожирение у детей и подростков. Киев: Здоров'я, 1982. С. 160.
18. Guénard F, Houde A, Bouchard L, et al. Association of LIPA Gene Polymorphisms with Obesity-Related Metabolic Complications Among Severely Obese Patients. *Obesity*. 2012. № 20(10). P. 2075-2082. doi:10.1038/oby.2012.52.
19. Kalmykov S.A., Kalmykova Yu.S., Bezyazichnaya O.V. Study of variability of antropometric and hemodynamic parameters in patients with alimentary obesity on the background of application of physical rehabilitation techniques. *News of Science and Education*. 2015. №15(39). P. 38-46
20. Osipov A., Vapaeva A., Markov K., Kondrashova E., Iermakov S., Gruzinky V., Kudryavtsev M., Bliznevsky A., Bliznevskaya V., Serzhanova Z., Kuzmin, V. Analysis of the parameter changes of students' physical development (at the age of 18-20) to identify the threat of increased body weight and obesity. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018. № 18(2). P. 800-809. doi:10.7752/jpes.2018.02118

21. Марченко В., Калмикова Ю. Аналіз ефективності програм фізичної терапії при аліментарному ожирінні. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2017. № 1. С. 33-43.
22. Kalmykova Y., Kalmykov S., Polkovnyk-Markova V., Reutska A. Application and influence of the complex program of physical therapy on the state of the cardiovascular and autonomic nervous system of young women, patients with alimentary obesity. *Slobozhanskyi herald of science and sport*. 2018. № 5 (67). P. 22-27. doi:10.15391/snsv.2018-5.004
23. Янушпольська О.О., Калмикова Ю. С., Калмиков С.А. Аналіз сучасних засобів фізичної терапії при аліментарно-конституціональному ожирінні. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2020. № 5(2). С. 11-17.
24. Щурко М. М., Лаповець Л. Є., Бойків Н. Д. Діагностичне значення лептину в пацієнтів з ішемічною хворобою серця на тлі метаболічного синдрому. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2022. № 1(11). С. 110-113. doi: [10.11603/bmbr.2706-6290.2022.1.12978](https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2022.1.12978)
25. Швед М.І., Ястремська І.О., Овсійчук Р.М. Інсулінорезистентність та гіперглікемія – основні предиктори ускладненого перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих із коморбідним метаболічним синдромом та цукровим діабетом 2-го типу: (огляд літератури та власні дані). *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2022. №4. С. 42-52. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2022.v.i4.13496> .
26. Кириченко М.П., Калмиков С.А., Калмикова Ю.С. Особливості реакцій серцево-судинної системи на фізичне навантаження у хворих на цукровий діабет 2-го типу під впливом засобів фізичної реабілітації. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2012. № 4. С. 71-73.
27. Калмиков С.А., Калмикова Ю.С., Янюк А.О. Альтернативні методики кінезотерапії з використанням елементів йогівських асан при цукровому діабеті 2 типу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2021. № 6(2). С. 5-12.

- 28.Калмыков С., Калмыкова Ю. Характеристика лекарственных растений, применяемых в фитотерапии сахарного диабета 2-го типа. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2016. № 3. С. 53-58. doi:10.15391/snsv.2016-3.010
- 29.Пустовойт Б.А., Калмиков С.А., Калмикова Ю.С. Основні підходи до лікувального харчування при цукровому діабеті. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2016. № 3. С. 195-204.
- 30.Калмиков С.А., Калмикова Ю.С. Сучасні погляди на використання методик лікувальної фізичної культури у фізичній терапії хворих на цукровий діабет 2 типу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2017. № 1. С. 10-15.
- 31.Трибрат Т.А., Шуть С.В., Сакевич В.Д. Метаболічний синдром і здоровий образ життя. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. № 2. С. 30-33. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/551>
- 32.Кирилюк М.Д. Місце і значення санаторно-курортного лікування хворих на цукровий діабет та осіб із порушеною толерантністю до глюкози (огляд літератури). *Международный эндокринологический журнал*. 2006. № 4 (6). С. 81-90.
- 33.Мітченко О.І. Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань. Київ: Моріон, 2011. С. 68-79.
- 34.Гуралевич Н. Современные подходы к диагностике и лечению метаболического синдрома. *Українська медична газета*. 2007. № 12. С. 17-18.
- 35.Єрмакович І.І., Чернишов В.А., Белозерова С.В. Сучасне лікування метаболічного синдрому: методичні рекомендації. Харків: ХНІІ терапії АМН України, 2004. 24 с.
- 36.Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / за ред. проф. М.Д. Тронька. Київ: Здоров'я, 2005. С. 67-136.

37. Сокрут В.М. Медицинская реабилитация в терапии: электронный ресурс / В.М. Сокрут, В.М. Казаков, Е.С. Поважная. 80 Min / 700 MB. Донецк: Донецкий ГМУ, 2003. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. Систем. требования: Pentium; 32 Mb RAM; Windows 95, 98, 2000, XP; MS Word 97-2000.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ У ЗАПОБІГАННІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: ВПЛИВ ЦІННОСТЕЙ ТА ПРОФЕСІЙНИХ СТАНДАРТІВ

Касьян А.Я., Горошко В.І.

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

Анотація: у роботі досліджується важлива роль медичної етики в протидії професійному вигоранню серед медичних працівників. **Мета роботи.** Ця наукова стаття спрямована на аналіз ролі медичної етики як ключового інструмента у запобіганні та подоланні професійного вигорання серед медичних працівників. **Результати дослідження.** Визначення ролі етичних цінностей у професійній поведінці медичних працівників є важливою складовою в розумінні взаємозв'язку між їхнім професійним ставленням та психологічною стійкістю до стресу та негативних емоцій. Етичні цінності та принципи визначають правила поведінки та відношення медичних працівників до пацієнтів, колег, суспільства та професійних стандартів. **Висновок.** Медична етика є важливим інструментом для запобігання та подолання професійного вигорання серед медичних працівників. Роль цінностей та професійних стандартів полягає в тому, щоб надати медичним працівникам опору, вдосконалюючи їх здатність управляти стресом, зберігати баланс та зберігати високий стандарт практики.

Ключові слова: медична етика, професійні стандарти, вигорання

Вступ. В сучасному медичному середовищі, де медичні працівники стикаються з різноманітними викликами, стресами та емоційним

навантаженням, питання професійного вигорання стає особливо актуальним. Цей феномен може виявитися у вигляді фізичної, емоційної та психологічної втоми, а також втрати мотивації та інтересу до роботи. Професійне вигорання не лише впливає на якість надання медичних послуг, а й може призвести до погіршення загального стану здоров'я медичних працівників, що, в свою чергу, може стати перешкодою для досягнення високих стандартів допомоги пацієнтам. Медична етика, визначаючи стандарти моральної поведінки та взаємодії з пацієнтами, колегами та самим собою, може бути надзвичайно корисною у здійсненні запобігання та подолання професійного вигорання[1]. Цінності, закладені в етичних принципах, визначають підхід до пацієнтів, ставлення до труднощів та розуміння власної ролі у системі охорони здоров'я. Враховуючи основоположні етичні принципи, медичні працівники можуть знаходити зміст і задоволення у своїй професійній діяльності, а також підтримувати стійке емоційне та психологічне становище. Ця наукова стаття покликана дослідити роль медичної етики як ефективного інструменту для протидії професійному вигоранню серед медичних працівників. Аналізуючи вплив етичних цінностей та професійних стандартів, ми прагнемо виявити, як ці фактори сприяють створенню підґрунтя для стійкості до стресу, збереження мотивації та здатності медичних працівників забезпечувати якісну медичну допомогу. Дослідження цієї теми може сприяти розробці ефективних стратегій та програм для попередження та ліквідації професійного вигорання, забезпечуючи не лише здоров'я та добробут медичних працівників, а й підвищення якості медичної допомоги в цілому[2].

Професійне вигорання серед медичних працівників відіграє важливу роль у якості надання медичної допомоги та їхньому власному психофізичному здоров'ю. Медична етика є ключовим фактором, що може вплинути на виявлення, попередження та подолання професійного вигорання. Етичні цінності, такі як принципи біоетики та довіра, впливають на спосіб взаємодії медичних працівників з пацієнтами та один з одним. Ці

цінності можуть надати підтримку та структуру в емоційно навантажених ситуаціях. Професійні етичні стандарти встановлюють вимоги до поведінки медичних працівників. Вони можуть допомогти визначити границі в роботі, допомагаючи уникнути перевантаження та підтримуючи збалансовану підхід до робочих завдань. Відчуття сенсу та цінності своєї роботи може зменшити емоційне виснаження та підтримати мотивацію медичних працівників. Етичні навички, такі як співчуття та емоційний інтелект, можуть зробити медичних працівників більш стійкими до стресу та негативних впливів. Етичні стандарти можуть надати медичним працівникам чіткі рекомендації стосовно обсягу роботи та обов'язків, допомагаючи уникнути перевантаження. Медична етика вимагає від медичних працівників рефлексії над їхніми діями та рішеннями, що може сприяти власному професійному розвитку та уникненню пасток вигорання[3].

Мета роботи. Ця наукова стаття спрямована на аналіз ролі медичної етики як ключового інструмента у запобіганні та подоланні професійного вигорання серед медичних працівників. Основними цілями дослідження є:

1. Визначення ролі етичних цінностей: дослідити, які етичні цінності та принципи визначають професійну поведінку медичних працівників та як вони можуть впливати на психологічну стійкість до стресу та негативних емоцій.
2. Аналіз професійних стандартів: вивчити роль професійних етичних стандартів у встановленні меж та обов'язків медичних працівників, що сприяє підтриманню рівноваги та уникненню перевантаження.
3. Дослідження взаємозв'язку: встановити взаємозв'язок між внутрішніми цінностями та зовнішніми етичними стандартами, виявити, як вони сприяють збереженню психологічного балансу медичних працівників.
4. Розробка рекомендацій: на підставі аналізу етичних аспектів роботи в медичному середовищі розробити практичні рекомендації для запобігання та подолання професійного вигорання, сприяючи стійкому психофізичному становищу медичних працівників.

5. Внесок у медичну практику: позитивний внесок у медичну практику шляхом виявлення ефективних методів використання медичної етики для підвищення якості надання медичної допомоги та збереження здоров'я медичних працівників.

Результати дослідження. Визначення ролі етичних цінностей у професійній поведінці медичних працівників є важливою складовою в розумінні взаємозв'язку між їхнім професійним ставленням та психологічною стійкістю до стресу та негативних емоцій. Етичні цінності та принципи визначають правила поведінки та відношення медичних працівників до пацієнтів, колег, суспільства та професійних стандартів. Деякі з ключових етичних цінностей, які грають важливу роль у медичній практиці, включають:

1. Емпатія: здатність відчувати та співчувати емоційному стану пацієнта є важливим для побудови довіри та ефективного лікування. Виявлення емпатії може знизити рівень стресу та покращити відносини між медичними працівниками та пацієнтами.

2. Професійна доброчесність: дотримання етичних норм та зобов'язань перед пацієнтами та колегами допомагає створити довіру та зберегти репутацію медичної спільноти. Це може сприяти психологічній стійкості, оскільки медичні працівники відчують, що їхня робота має значущість та вагу.

3. Справедливість: рівність та справедливість у відношенні до всіх пацієнтів є важливим принципом медичної етики. Відчуття справедливості може впливати на психологічну стійкість, оскільки медичні працівники не відчують додаткового стресу внаслідок нерівного ставлення до різних пацієнтів.

4. Конфіденційність: збереження конфіденційності має велике значення для пацієнтів та їхнього довір'я до медичних працівників. Дотримання конфіденційності може впливати на зниження стресу та відчуття відповідальності за долю пацієнта.

Враховуючи ці етичні цінності, медичні працівники можуть більш ефективно копіювати зі стресом та негативними емоціями. Вони розуміють, що їхня робота має глибокий сенс та сприяє поліпшенню життя пацієнтів. Водночас, враховуючи принципи справедливості та доброчесності, медичні працівники можуть зосереджуватися на якісному наданні послуг та професійному зростанні, що також впливає на їхню психологічну стійкість[4,5]. Отже, етичні цінності в медичній практиці не тільки визначають професійну поведінку, але й впливають на психологічну стійкість та здатність медичних працівників ефективно керувати стресом та негативними емоціями.

Професійні етичні стандарти грають важливу роль у встановленні меж та обов'язків медичних працівників, сприяючи підтриманню рівноваги та уникненню перевантаження. Ці стандарти визначають норми поведінки, які медичні працівники повинні дотримуватися у своїй професійній діяльності, зокрема у відношенні до пацієнтів, колег та самого себе. Основні ролі професійних етичних стандартів включають: правила поведінки медичних працівників в різних ситуаціях; норми щодо безпеки та якості надання медичної допомоги; сприяють встановленню норм етичної поведінки, які повинні дотримуватися медичними працівниками; рекомендації щодо здоров'я медичних працівників, включаючи психологічний стан; постійне вдосконалення знань та навичок. Враховуючи ці ролі, професійні етичні стандарти допомагають медичним працівникам зберегти баланс між своєю професійною та особистою сферами, підтримують їхню психологічну стійкість та забезпечують високий рівень професійної діяльності[6,7].

Справедливість є ключовим принципом медичної етики, який стосується рівності та справедливості у відношенні до всіх пацієнтів. Цей принцип визначає, що медичні працівники повинні надавати однаковий рівень допомоги та уваги всім пацієнтам, незалежно від їхньої раси, статі, віку, соціального статусу, економічного стану чи будь-яких інших факторів. Відчуття справедливості є важливим аспектом психологічної стійкості

медичних працівників. Якщо медичні працівники відчують, що їхня робота базується на об'єктивних принципах та незалежна від певних особистих або соціальних факторів, це може сприяти зменшенню стресу та покращенню їхньої психологічної стійкості. Вони не відчують додаткового навантаження або внутрішнього конфлікту через нерівне ставлення до пацієнтів, що може сприяти збереженню їхнього емоційного стану. Порушення принципу справедливості може призвести до виникнення конфліктів, недовіри пацієнтів та негативного впливу на імідж медичних працівників та медичної системи загалом. Тому дотримання справедливості є важливим фактором для забезпечення якісної та етичної медичної практики. Загалом, принцип справедливості є необхідним для створення позитивного професійного середовища, де медичні працівники можуть відчувати себе підтриманими та захищеними, що сприяє підтриманню їхньої психологічної стійкості та ефективній роботі[8,9].

Конфіденційність є однією з найважливіших принципів медичної етики і відіграє велике значення для забезпечення довіри пацієнтів до медичних працівників та збереження приватності інформації. Цей принцип визначає, що медичні працівники повинні дотримуватися строгої конфіденційності стосовно медичних даних, які стають відомі під час надання медичної допомоги. Дотримання конфіденційності має важливе значення для психологічної стійкості медичних працівників[10]. Коли пацієнти відчують, що їхні особисті дані та медична інформація залишаються в таємниці, це сприяє підвищенню довіри пацієнтів до медичних працівників. Відсутність страху від розголосу своєї медичної історії та конфіденційної інформації допомагає пацієнтам відчувати себе захищеними та підтриманими. Для медичних працівників дотримання конфіденційності також важливе з погляду відчуття відповідальності. Медичні працівники відчують, що надання конфіденційності та збереження медичних секретів є частиною їхнього професійного обов'язку. Це може сприяти зниженню стресу, оскільки медичні працівники відчують себе відповідальними та

здатними захищати інтереси пацієнтів[11]. Порушення конфіденційності може призвести до втрати довіри пацієнтів, юридичних наслідків та негативного впливу на репутацію медичних працівників та закладу в цілому. Тому дотримання цього принципу є важливим аспектом для забезпечення етичної та якісної медичної практики, а також для підтримання психологічної стійкості медичних працівників[12,13].

Отже, опираючись на аналізі етичних аспектів роботи в медичному середовищі та їх впливу на психологічну стійкість медичних працівників, розроблено практичні рекомендації для запобігання та подолання професійного вигорання, сприяючи стійкому психофізичному становищу медичних працівників:

1. Самопізнання та свідомість: медичні працівники повинні розуміти свої мотивації для обрання цієї професії, свої сильні та слабкі сторони, що допоможе уникнути ситуацій, коли працівники відчують необхідність обов'язкової допомоги кожному пацієнту в усьому. Самосвідомість допоможе у підтриманні балансу і уникненні перевантаження.

2. Здоровий режим дня: важливо дотримуватися регулярного режиму роботи та відпочинку, забезпечуючи достатній сон, збалансоване харчування та можливість для фізичної активності. Це допоможе підтримувати фізичне та психічне здоров'я.

3. Соціальна підтримка: міцні відносини з колегами, друзями та сім'єю, що допоможе відсіяти негативні емоції та стрес та зменшити відчуття ізоляції.

4. Своєчасна підтримка та навчання: можливість для професійного розвитку, навчання та тренінгів дозволить уникнути відчуття застою.

5. Самозбереження і психологічна підтримка: практика самозбереження та використання стратегій психологічної підтримки, таких як медитація, йога, дихальні вправи або професійні консультації у разі потреби.

6. Гнучкість та розвиток умінь управління стресом: навички ефективного управління стресом, такі як планування завдань, пріоритети, позитивне мислення та розвиток емоційної інтелігенції.

7. Підтримка роботодавця: оптимальні умови роботи, які враховують навантаження та можливості медичних працівників. Дотримання робочих стандартів, надання можливостей для відпочинку та підтримка від адміністрації можуть вплинути на зниження стресу.

8. Збереження гуманістичного підходу допоможе уникнути деперсоналізації та підтримає відчуття сенсу в роботі.

9. Визнання та винагорода: важливо визнавати досягнення медичних працівників, надавати винагороди та підтримку за їхню важливу роботу. Це допоможе відчувати себе цінними та мотивованими.

Висновок. Медична етика є важливим інструментом для запобігання та подолання професійного вигорання серед медичних працівників. Роль цінностей та професійних стандартів полягає в тому, щоб надати медичним працівникам опору, вдосконалюючи їх здатність управляти стресом, зберігати баланс та зберігати високий стандарт практики.

Література

1. Барабанова, М.В. Вивчення психологічного змісту синдрому «емоційного вигорання» / М.В. Барабанова // Вісник МГУ. - сер. 14, Психологія. – 2010. – №1. – С. 54–58.

2. Маляр–Газда, Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення / Н. М. Маляр–Газда // Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини. – 2015. – № 3. – С. 15–18.

3. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. – Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, – Суми – 2017. – 334 с.

4. Романовська, О. Причини та особливості прояву синдрому «професійного вигорання» в соціальних працівників / О.В. Романовська, Є.М. Набільська // Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право. – Вип. 3(11), – 2011. – 103–107.
5. Hlavatska, O. Specific features of social workers' professional burnout, *Social Work and Education*. 2017. Vol.2, pp. 27–35.
6. Sultana A., Sharma R., Hossain M. et al. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics*. 2020. Vol. 5, № 4. P. 308-11. DOI: <https://doi.org/10.20529/ijme.2020.73>
7. Shanafelt T., West C., Sinsky C. et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019. Vol. 94, № 9. P. 1681-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
8. Cooper C.L. *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. Crc Press, 1996.
9. Shkrabiuk V., Bilyk D. Emotsiine vyhorannia osobystosti: psykhologichnyi analiz problemy. *Young Scientist*. 2020. Vol. 10, № 86. P. 293-6. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>.
10. Hromtseva O. Notion of professional burnout of medical workers and research of its phenomenology. *European Journal of Management Issues*. 2019. Vol. 27, № 3. P. 63-72. URL: <https://doi.org/10.15421/191907>.
11. Chutko L. Kozyna N. *Syndrom emotsyonalnoho vyhoranyia, Klinicheskie i psykhologicheskyye aspekty*. Moscow: MEDpress–inform, 2014.
12. Maschak S. Professional burnout of a personality as a sociopsychological problem. *Naukovyi visnyk Lviv State University of Internal Affairs*. 2012. Vol.2, № 1. P. 444-52. URL: https://www.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/visnyky/nvsp/02_2012_1/12msospp.pdf.

13. Balakirjeva K. Profilaktyka ta podolannja profesjnoho ta emocijnoho vyhorannja. Kyiv: UNDP, 2020. URL: <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-48391940>.

ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ЗНАЧНИХ ПОРУШЕНЬ ГЛІКЕМІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) одне з найбільш розповсюджених та найбільш соціально значиме ендокринне захворювання [1-3]. Гострий та хронічний стрес може виступати як індуктором виникнення ЦД, так і погіршувати перебіг існуючого діабету, призводячи до прогресування гіперглікемії та її лабілізації. Війна стала потужним стресовим фактором, який знайшов своє відображення у перебігу ЦД.

Мета роботи. Оцінити вплив війни в Україні на поширеність розвитку декомпенсації ЦД, виразних гіперглікемій та гіпоглікемій, розробити комплекс заходів по їх профілактиці та мінімізації негативних впливів.

Матеріали та методи. Проведено опитування та анкетування пацієнтів з ЦД в умовах стаціонарного ендокринологічного відділення комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» та пацієнтів, які звернулися за амбулаторною консультативною медичною допомогою. Здійснено аналіз показників самоконтролю глікемії, який проводять пацієнти та лабораторних показників: глікемії, глікозильованого гемоглобіну – та відстежено їх динаміку за час війни. Проведено корекцію терапії з метою усунення виразної гіперглікемії та профілактики гіпоглікемій. Здійснено комплексну оцінку ефективності проведених терапевтичних втручань.

Результати та їх обговорення. Порухення глікемії у пацієнтів з ЦД мають складні та різноманітні патогенетичні механізми. Стрес є одним з ключових механізмів підвищення глікемії. Розвиток гіперглікемії є

характерним як для гострого, так і для хронічного стресу. У першому випадку провідну роль у розвитку гіперглікемії відіграє гіперкатехоламінемія, яка призводить до швидкого вивільнення глюкози з депо з розвитком пікової гіперглікемії. Хронічний стрес супроводжується надмірним виділенням глюкокортикоїдів, що веде не лише до мобілізації вуглеводів, а й до посилення процесів глюконеогенезу. Хронічна стресова реакція може бути як другою фазою гострого стресу, так і самостійним явищем, коли початкова гостра гіперкатехоламінемія не була виражена. Гостра стресова реакція може супроводжуватися значно більш виразним підвищенням глікемії, ніж хронічний стрес, однак саме хронічна фаза стресу, внаслідок своєї довготривалості та комплексності метаболічних змін, призводить до більш тяжких наслідків, які впливають на розвиток хронічних ускладнень ЦД, стан хворого та прогноз.

На сьогодні внаслідок війни в Україні населення перебуває під впливом як гострого, так і хронічного стресу тривалістю понад півтора року. Навіть у відносно спокійних регіонах повітряні тривоги, особливо у нічний час, призводять до надмірного виділення катехоламінів та суттєвого підвищення глікемії у хворих на ЦД. Ми відзначаємо зростання на 40% кількості пацієнтів зі скаргами на лабілізацію перебігу ЦД з розвитком клінічно значимих гіперглікемій. Гіперглікемія є не єдиним проявом впливу гіперкатехоламінемії на організм: у пацієнтів також зростає частота серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск. Наслідком як безпосередньо стресу, так і індукованих ним метаболічних та кардіо-васкулярних проявів стає зростання рівня тривожності та депресії, що, у свою чергу, знову-таки негативно впливає на показники глікемії. Гостра, пікова стресова гіперглікемія супроводжується довготривалою фазою хронічної гіперглікемії. Вказані розлади потребують проведення корекції терапії. За час війни ми відзначаємо значне, близьке до 50% зростання кількості пацієнтів з ЦД типу 2, які потребують призначення інсулінотерапії. Застосування пероральних препаратів у цих пацієнтів не забезпечує достатнього глікемічного контролю.

У переважної частини пацієнтів є змога проводити старт інсулінотерапії відповідно до сучасних алгоритмів з застосування однієї ін'єкції базального інсуліну на добу [1, 3-4], що є зручним та доступним для більшості пацієнтів варіантом терапії. Суттєвою його перевагою є й те, що такий варіант лікування не потребує надто ретельного глікемічного контролю. Старт ін'єкційної терапії, самоконтроль глікемії, процес титрування дози є простими та доступними для пацієнта. У той же час, значно зросла частка пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою у стані виразної декомпенсації ЦД, з рівнем глікованого гемоглобіну понад 10-12%, втратою маси тіла, розвитком кетозу та іншими ознаками катаболізму внаслідок абсолютного дефіциту інсуліну. Такі пацієнти потребують проведення агресивної інсулінотерапії у базал-болусному режимі зі старту терапії. Вони мають застосовувати значну кількість ін'єкцій інсуліну на добу – від чотирьох до шести, а стартова доза інсуліну у них є значно вищою і фактично еквівалентною такій у пацієнтів з ЦД типу 1. Проведення базал-болусної інсулінотерапії передбачає не лише виконання великої кількості ін'єкцій інсуліну, а й проведення багатоточкового контролю глікемії: визначати рівень глюкози у крові потрібно щонайменше перед кожною ін'єкцією інсуліну та перед сном [1,5]. Під час війни є величезні складності у проведенні корекції дози інсуліну. За звичних умов на час призначення початкової дози інсуліну та проведення початкового її титрування до досягнення оптимальних/субоптимальних показників глікемії пацієнтові забезпечують сталий режим дня та харчування. У такому випадку вдається доволі швидко здійснити підбір доз ін'єкцій інсуліну. Порушення сну внаслідок нічних повітряних тривог призводить до підвищення глікемії вранці, що ускладнює/унеможлиблює проведення адекватної корекції дози базального інсуліну. Тривоги протягом дня впливають на час прийомів їжі, а за значної тривалості і на їх кількість. Як наслідок немає змоги об'єктивно відкорегувати дози прандіальних інсулінів. Процес підбору доз інсулінів, який і без того може бути довготривалим і не надто простим, суттєво

продовжується і ускладнюється. Можливим наслідком цього є зневіра пацієнта у терапії та можливості досягнення цільових показників глікемії, погана схильність до терапії, депресивні розлади. Гарною альтернативою застосування традиційних варіантів інсулінотерапії у пацієнтів ЦД типу 2, яким ін'єкційна терапія призначається вперше, стало використання фіксованих комбінацій базального інсуліну з агоністом рецепторів глюкогаono-подібного пептиду (арГПП-1) [6]. Ця нова група цукрознижувальних препаратів стала доступною на фармацевтичному ринку України за два роки до війни. Фіксовані комбінації – це готові препарати, до складу яких у певних (фіксованих) комбінаціях входять два препарати – базальний інсулін та арГПП-1. Таким чином, виконуючи одну ін'єкцію на добу, пацієнт одночасно два найбільш потужних цукрознижувальних препаратів. Дія базального інсуліну при цьому направлена на регуляцію глікемії натщесерце, а арГПП-1 – постпрандіальної. Переваги застосування фіксованих комбінацій не обмежуються виключно зменшенням кількості ін'єкцій: вони мають мінімальний ризик гіпоглікемій, що значно виділяє їх на фоні інших режимів інсулінотерапії, титрування дози є простим та зрозумілим для пацієнтів [6]. У нашій практиці старт ін'єкційної терапії у пацієнтів з ЦД типу 2 під час війни став пріоритетним варіантом.

У пацієнтів з ЦД типу 1 та типу 2, які отримували інсулін до війни також має місце лабілізація перебігу ЦД з тенденцією до підвищення глікемії та потребі у збільшенні доз інсулінів. Пацієнт, які застосовували премікс-інсуліни або конвенційні режими інсулінотерапії потребували переходу на базал-болюсний режим з виконанням багаторазових ін'єкцій інсуліну. Застосування премікс-інсулінів не забезпечує оптимального глікемічного контролю, але є простим варіантом терапії, за якого пацієнт виконує лише дві ін'єкції інсуліну на добу. Однак, важливим недоліком такого варіанту терапії є потреба у дотриманні жорсткого режиму харчування з прийомом приблизно щодня однакової кількості їжі у фіксовані години. Пропуск прийому їжі призводить до розвитку гіпоглікемій. Війна в Україні стала

найбільш вагомим чинником до відмови від застосування премікс-інсулінів і переходу на базал-болусний режим у хворих на ЦД.

Під час війни ми відзначаємо значне зростання частоти депресивних розладів у пацієнтів з ЦД. Це обумовлено загальним занепокоєнням, хронічним стресом, порушенням циркадних ритмів, гіперглікемією та, у тому числі, інтенсифікацією терапії з переходом на ін'єкційну терапію. Під час війни у діабетологічній практиці практично вдвічі зросла частота призначення неврологічних препаратів: антидепресантів та антиконвульсантів (прегабалін, габапентин). Ці препарати у рутинній практиці застосовуються з метою терапії больової форми діабетичної дистальної полінейропатії. Під час війни конкурентним, а для антидепресантів і головним показанням до застосування цих препаратів стали депресивні та інші неврологічні розлади. Слід зазначити, що стрес та стійка гіперглікемія обумовили також прогресування та зростання інтенсивності хронічних діабетичних ускладнень, у тому числі больової форми діабетичної полінейропатії. Суттєво зросла кількість пацієнтів, які потребують застосування високих доз антиконвульсантів, зросла також частина пацієнтів, які отримують комбіновану терапію антидепресантами та прегабаліном.

Дуже велике значення має навчання пацієнтів, проведення бесід по терапії ЦД, правилам проведення самоконтролю глікемії та корекції дози інсуліну залежно від поточних, у тому числі обумовлених війною, факторів, дієти, можливостям модифікації стилю життя в умовах воєнного стану, профілактиці гіпоглікемій та інших ускладнень, усуненню психологічної дезадаптації. З цією метою потрібне створення мультидисциплінарних команд, брак чого ми постійно відчували. До цих команд мають бути залучені не лише діабетологічні фахівці – обов'язковою є участь психолога. Ми відзначали значне зростання хворих на ЦД, які під час війни зверталися не лише за психологічною, а й за психіатричною допомогою. Порівняно з мирним часом потреба у консультаціях цими фахівцями зросла в два та у

п'ять разів відповідно. Консультації, які отримали пацієнти, не лише поліпшили їх психологічний стан, а й дозволили знизити показники глікемії та підвищити схильність до протидіабетичної терапії.

З іншого боку, війна в Україні суттєво збільшила не лише кількість пацієнтів з декомпенсованими формами ЦД, а й ризик гіпоглікемічних станів у хворих. Повітряні тривоги та потреба пройти в укриття збільшили частоту ситуацій, коли у пацієнта після введення інсуліну немає змоги прийняти їжу. Також під час війни у значної кількості пацієнтів відзначаються суттєві проблеми у дотриманні режиму харчування, має місце обмежений доступ до продуктів харчування. Відзначається зростання рівня фізичної активності, що призводить до посилення незалежної від інсуліну утилізації глюкози. Як наслідок вищеперерахованого, значно зростає частота гіпоглікемій. Гіпоглікемія є найбільш поширеним гострим діабетичним порушенням та побічним явищем гіпоглікемізуючої терапії, яке суттєво погіршує якість життя хворих. Хворі на ЦД, особливо ті, хто має досвід тяжкої гіпоглікемії дуже побоюються повторних епізодів, тому часто для запобігання гіпоглікеміям вживають надмірну кількість вуглеводів, що призводить до розвитку виразних рикошетних гіперглікемій, які також є серйозним небажаним явищем і можуть потребувати проведення додаткової корекції.

Американська діабетична асоціація та інші діабетологічні товариства для лікування гіпоглікемій та запобігання рикошетним гіперглікеміям рекомендує використовувати правило 15:15, яке передбачає вживання у випадку появи гіпоглікемії або її симптомів 15 грам глюкози з наступним 15-хвилинним очікуванням [7]. Якщо симптоми гіпоглікемії зникли і не повторюються, гіпоглікемія вважається завершеною, якщо симптоми гіпоглікемії зберігаються – вживання 15 грам глюкози та термін 15-хвилинного очікування повторюють [7]. При роботі з пацієнтами під час війни ми в обов'язковому порядку інформували їх про дане правило запобігання тяжким гіпоглікеміям. Пацієнти були проінформовані про можливі варіанти та кількість солодоців, які вони мають мати при собі для

запобігання гіпоглікеміям. Вказаний алгоритм дій є простим і позитивно сприймався пацієнтами. Використовуючи рекомендації Американської діабетологічної асоціації нам вдалося знизити частоту гіпоглікемії та, що не менш важливо, рикошетних гіперглікемії у пацієнтів. Частота гіпоглікемічних епізодів під час війни у пацієнтів, які пройшли навчання була не вищою, ніж у мирний час і суттєво нижчою, ніж у пацієнтів, які такого навчання не проходили. Ми відзначали також поліпшення емоційного стану пацієнтів, впевненості в собі та схильності до виконання інших рекомендацій.

Висновки. Війна в Україні суттєво вплинула на перебіг ЦД: значно зросла частота декомпенсованих та лабільних форм діабету, частота гіпоглікемії. Ми відзначаємо зростання потреби у проведенні інсулінотерапії ЦД та її інтенсифікації. Навчання пацієнтів, робота у мультидисциплінарних групах з залученням фахівців інших спеціальностей, у тому числі психологів, дозволяє зменшити негативний вплив стресу на перебіг ЦД та підвищити ефективність терапії.

Список літератури:

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2022 Jan;40(1):10-38. doi: 10.2337/cd22-as01.
2. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B., et al.. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2015 Jan;38(1):140-9. doi: 10.2337/dc14-2441.
3. Garber A.J., Abrahamson M.J., Barzilay J.I. et al. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm - 2018 executive summary. Endocr pract. 2018 jan;24(1):91-120. Doi: 10.4158/cs-2017-0153.

4. Nichols G.A., Kimes T.M., Harp J.B. et al. Glycemic response and attainment of A1C goals following newly initiated insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012 Mar;35(3):495-7. doi: 10.2337/dc11-1171.
5. Madenidou A.V., Paschos P., Karagiannis T. et al. Comparative Benefits and Harms of Basal Insulin Analogues for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2018 Aug 7;169(3):165-174. doi: 10.7326/M18-0443.
6. Goldman J, Trujillo JM. iGlarLixi: A Fixed-Ratio Combination of Insulin Glargine 100 U/mL and Lixisenatide for the Treatment of Type 2 Diabetes. *Ann Pharmacother*. 2017 Nov;51(11):990-999. doi: 10.1177/1060028017717281. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28645216.
7. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. / Abraham MB, Karges B, Dovc K, et al. *Pediatr Diabetes*. 2022 Dec;23(8):1322-1340. doi: 10.1111/pedi.13443.

**ФІЗИЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ
КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСНОВНІ
НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ**

*Катеренчук І.П., Вакуленко К.Є., Тесленко Ю.В., М'якінькова Л.О.,
Рустамян С.Т.*

Полтавський державний медичний університет,
Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр,
Полтавський обласний кардіологічний навчальний науково-практичний
центр з профілактики та реабілітації «Разом до здорового серця».

*Найсильніші душі часом піддаються зневірі.
Бувають хвилини, коли і людям великого
розуму життя малюється в найпохмуріших
фарбах (Т. Драйзер)*

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є причиною 31% усіх смертей у світі [18]. Цей показник сягає 39%-47% (для жінок і чоловіків відповідно) в Європі [16], а в США більшість смертей спричинена серцево-судинними захворюваннями [17]. Щорічна глобальна кількість смертей від серцево-судинних захворювань становить 17,9 мільйонів; головним чином (85%) через ішемічну хворобу серця (ІХС) та інсульт. Понад 75% смертності припадає на країни з низьким і середнім доходом [18]. Вважають, що висока смертність у бідніших країнах не пов'язана з факторами ризику, а може бути пов'язана з гіршим доступом до медичної допомоги [8]. Хоча стандартизовані за віком показники смертності демонструють тенденцію до зниження в більшості країн, абсолютна кількість пацієнтів зростає [9,17].

Серцево-судинні захворювання також є частою причиною госпіталізації [6] та спричиняють непрацездатність [3]. Ішемічна хвороба серця та інсульт є найпоширенішими причинами інвалідності та відповідають за приблизно 20% стандартизованих за віком років життя з поправкою на інвалідність [10,15]. За даними Американської кардіологічної асоціації (АНА), протягом 2014-2015 років на лікування серцево-судинних захворювань було витрачено 351 мільярд доларів США (тобто 14% від загального обсягу коштів, витрачених на охорону здоров'я). Очікується, що в 2035 році ця сума наблизиться до 1100 мільярдів доларів США [17]. Це серйозна проблема, яка зачіпає як соціальну сферу, так і національну економіку.

Існують схильності та фактори ризику серцево-судинних захворювань на поведінковому, біологічному та соціальному рівнях. Етіологія і патогенез цих захворювань значною мірою залежать від способу життя. Основними факторами ризику є куріння, недостатня фізична активність і нездорове харчування (включаючи надмірне вживання алкоголю) [18]. Поведінкові фактори ризику можуть призвести до артеріальної гіпертензії, підвищення рівня глюкози та/або ліпідів у крові, надмірної маси тіла чи ожиріння [16,17]. Такі проміжні фактори можна контролювати в рамках первинної

профілактики. Детермінанти також існують на соціальному, економічному та культурному рівнях — глобалізація, урбанізація та старіння населення [1]. Додатковими факторами ризику є чоловіча стать, бідність, стрес і генетична схильність [18]. Виникнення та розвиток серцево-судинних захворювань також пов'язані з психологічними розладами, такими як тривога, депресія та розладами сну [4]. Комплексний підхід до кардіореабілітації може сприяти діагностиці таких станів і своєчасному початку лікування [10]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [18, 19], можна запобігти до 80% передчасних захворювань серця, інсульту та діабету та 75% повторних серцево-судинних подій, що підсилює потребу в оптимізованих і цілісних стратегіях профілактики.

В умовах сьогодення кардіореабілітація стає невід'ємною частиною охорони здоров'я, поряд з профілактикою, пропагандою здорового способу життя, лікуванням і паліативною допомогою. Вона розглядається як ключовий компонент медичної допомоги, як інвестиції у людський капітал, сприяє покращенню здоров'я людей, економічному і соціальному розвитку.

В Україні, як і у всьому світі, зростає число пацієнтів з серцевою недостатністю, та пацієнтів, яким проводять кардіохірургічні втручання і ці пацієнти потребують кардіореабілітаційних заходів. Важливо рано залучати пацієнтів до проведення кардіореабілітаційних заходів. Пацієнт, який переніс серцево-судинну подію і/або оперативне втручання на серці і судинах після виписки з стаціонару не повинен випадати з поля зору медичних служб.

Основи кардіореабілітації на сучасному етапі: Кардіореабілітація визначається як модель вторинної профілактики, яка знижує смертність і ризик повторних подій і покращує якість життя пацієнтів із ССЗ [11,12,14].

Систематичні огляди показали зниження загальної смертності та смертності від серцево-судинних захворювань на 20-25% [2] і зниження ризику повторних інфарктів міокарда на 38% [5]. Існує двосторонній зв'язок між покращенням якості життя та рівнем фізичної активності.

Сучасна кардіореабілітація побудована на принципах доказової медицини і передбачає комплекс наступних складових:

- проведення кардіореабілітаційних заходів у плановому порядку;
- багатоступінь (3-5 і більше етапів);
- ранній початок реабілітаційних програм;
- безперервність процесу (наступність і послідовність реабілітаційної допомоги);
- мультидисциплінарний принцип;
- комплексність застосування науково-обґрунтованих реабілітаційних заходів;
- пацієнт-орієнтований підхід.

У кардіореабілітаційному процесі з'явилась низка нових термінів і понять:

- реабілітаційний потенціал – комплекс визначених функціональних параметрів для визначення показань до реабілітації і переведення хворого з етапу на етап;
- реабілітаційний діагноз – формується на основі міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я;
- індивідуальна реабілітаційна програма;
- шкала реабілітаційної маршрутизації;
- телекардіореабілітація, дистанційні і мотиваційні технології.

Програма кардіореабілітації в основному базується на сприятливому впливі фізичних вправ (кардіореабілітація на основі вправ), але комплексні програми також включають освітні заняття, зосереджені на факторах ризику, способі життя та його модифікації, порадах щодо харчування, психологічній підтримці та оптимізованій фармакотерапії. У всіх випадках при проведенні кардіореабілітаційних заходів необхідно враховувати коморбідність.

Програми кардіологічної реабілітації підтримують пацієнтів у досягненні цілей підвищення рівня фізичної активності, здорового харчування, оптимального прийому медикаментів, регулювання маси тіла, відмови від

куріння та оптимального психосоціального благополуччя, тим самим допомагаючи їм зменшити ризик повторних серцево-судинних подій.

У нинішніх умовах важливого значення набуває виявлення ознак тривожності та депресії у пацієнтів з ССЗ, яким проводять реабілітаційну терапію. За даними ВООЗ за вересень 2021 року розповсюдженість депресії на популяційному рівні складала 5% і 5,7% у осіб старше 60 років, що склало 280 млн. чол. у всьому світі. У вересні 2022 року розповсюдженість тривожних і депресивних розладів на фоні пандемії COVID-19 виросла на 25%.

При серцево-судинних захворюваннях депресія досягає 30% і суттєво погіршує прогноз. Для пояснення підвищеної смертності у пацієнтів з ІХС з депресивними розладами пропонують два окремих механізми:

- порушення серцевого ритму (варіабельність, шлуночкова екстрасистолія);
- гіперкоагуляція (активація серотонінових рецепторів тромбоцитів).

Важливою складовою також є поведінкові механізми. Відновлення і соціальна адаптація пацієнтів з ІХС залишаються незадовільними з-за відсутності системи реабілітації, а також з-за впливу на розвиток і прогресування ІХС різноманітних психічних розладів, у тому числі афективних.

Основними напрямками вдосконалення допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями і депресивними розладами можуть бути:

- створення програм по профілактиці, терапії і реабілітації серцево-судинних захворювань з депресивними розладами;
- впровадження сучасної системи реабілітації хворих з соматичними захворюваннями і психічними розладами;
- підвищення рівня психіатричних знань у сімейних лікарів;
- освіта населення.

Ключові аспекти сучасних стаціонарних і амбулаторних програм реабілітації кардіологічних хворих:

1. Медикаментозний аспект.
2. Психологічний аспект (психологічна реадаптація).
3. Соціальний аспект (працездатність і соціальна активність).
4. Немедикаментозний вплив:
 - програма модифікації факторів ризику;
 - дієтологічне навчання;
 - формування відмови від паління;
 - поетапне розширення рухової активності;
 - ЛФК (комплекс вправ);
 - програма фізичних тренувань (дозована ходьба, тренування на велотренажерах, степ-тренування в організованих групах та домашніх умовах).

В мультидисциплінарній команді повинен бути дієтолог.

З метою підвищення ефективності кардіореабілітаційних програм нами створено кардіологічний навчальний науково-практичний центр з профілактики та реабілітації «Разом до здорового серця», де спеціалісти кардіологи та реабілітологи надають консультативну допомогу пацієнтам та їх родичам. Створюються відеоролики, які демонструються у поліклінічному відділенні, а також друкується науково-популярна література для населення.

Важливого значення надається:

- підвищенню інформованості пацієнтів про захворювання і його фактори ризику;
- підвищенню відповідальності пацієнта за власне здоров'я та його збереження;
- вивченню методів самоконтролю стану (усунення нападів стенокардії, контроль артеріального тиску, рівня холестерину, числа серцевих скорочень та ін.)
- формування високої мотивації до виздоровлення, прихильності до лікування і виконання реабілітаційних заходів.

Нами проаналізовані перешкоди для проведення кардіореабілітаційних заходів. В першу чергу, це доступність та включення реабілітації в схему комплексної допомоги, фінансова підтримка та час направлення/зарахування [14]. Що стосується участі та дотримання програми навчання, основні перешкоди включають робочі конфлікти, сімейні обов'язки, фінансові витрати, страх перед фізичними вправами, відсутність мотивації або велику відстань [7].

З метою зменшення проявів тривожності та депресії можна використовувати різновиди арттерапії, такі як танець або малювання. Урбано та інші [18] повідомили про кілька сприятливих ефектів соціальних танців або уроків самби — зниження рівня глікемії, зниження числа серцевих скорочень у стані спокою, зниження рівня холестерину та кращу релаксацію. Рустамян С.Т. [1] встановила, що використання арттерапії у комплексному лікуванні пацієнтів на програмному та перитонеальному діалізі сприяло збільшенню прихильності пацієнтів до медикаментозної терапії, зменшенню тривоги та депресії, покращення якості життя та досягнення комплаєнсу між лікарем і пацієнтом, що, у свою чергу, обмежує несприятливий вплив факторів кардіоваскулярного ризику та зменшує рівень серцево-судинних ускладнень у пацієнтів на програмному та перитонеальному діалізі. Ці дані обґрунтовують доцільність використання арттерапії у комплексній системі кардіореабілітаційних заходів у пацієнтів з серцево-судинною патологією.

Висновки: 1. Серцево-судинні захворювання становлять серйозну проблему для здоров'я в усьому світі, і очікується, що їх значення буде зростати.

2. Кардіореабілітація є оптимальним варіантом для зниження смертності та інвалідності, обумовлює економічну ефективність, зменшуючи госпіталізацію та скорочуючи загальні витрати на охорону здоров'я.

3. Кардіореабілітаційні заходи, окрім фізичного тренування, повинні включати відновлення психологічного стану пацієнта, усунення тривожності і депресії, освіту пацієнтів, що одночасно забезпечує збільшення прихильності до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування.

Література

1. Рустамян С.Т., Психосоціальні фактори як складова кардіоваскулярного ризику у коморбідних пацієнтів на програмному та перитонеальному діалізі: методи корекції : дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії: 222 "Медицина" ; 14.01.02 "Внутрішні хвороби" / С. Т. Рустамян ; ПДМУ. - Полтава, 2022. - 165 с.
2. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2016; 67:1–12.
3. Català Tella N, Serna Arnaiz C, Real Gatiús J, Yuguero Torres O, Galván Santiago L. Assessment of the length of sick leave in patients with ischemic heart disease. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017;17:32.
4. Chauvet-Gelinier JC, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med.* 2017; ;60:6–12.
5. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 2005 ;143:659–672.
6. Clark AM, King-Shier KM, Duncan A, Spaling M, Stone JA, Jaglal S, Angus J. Factors influencing referral to cardiac rehabilitation and secondary prevention programs: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20:692–700.
7. Clark AM, King-Shier KM, Thompson DR, Spaling MA, Duncan AS, Stone JA, Jaglal SB, Angus JE. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *Am Heart J* 2012; 164: 835-845. :e2.

8. Dagenais GR, Leong DP, Rangarajan S, Lanas F, Lopez-Jaramillo P, Gupta R, Diaz R, Avezum A, Oliveira GBF, Wielgosz A, Parambath SR, Mony P, Alhabib KF, Temizhan A, Ismail N, Chifamba J, Yeates K, Khatib R, Rahman O, Zatonska K, Kazmi K, Wei L, Zhu J, Rosengren A, Vijayakumar K, Kaur M, Mohan V, Yusufali A, Kelishadi R, Teo KK, Joseph P, Yusuf S. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*.2020;395:785–794.
9. European Hearth Network. European cardiovascular disease statistics 2017. [cited October 22, 2020]. Available from: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html> .
10. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*.2017;390:1260–1344.
11. Ji H, Fang L, Yuan L, Zhang Q. Effects of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation in Patients with Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit*. 2019; 25:5015–5027.
12. Kabboul NN, Tomlinson G, Francis TA, Grace SL, Chaves G, Rac V, Daou-Kabboul T, Bielecki JM, Alter DA, Krahn M. Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2018;7.
13. Krumholz HM, Normand SL, Wang Y. Trends in hospitalizations and outcomes for acute cardiovascular disease and stroke, 1999-2011. *Circulation*.2014;130:966–975.
14. Mitchell BL, Lock MJ, Davison K, Parfitt G, Buckley JP, Eston RG. What is the effect of aerobic exercise intensity on cardiorespiratory fitness in those undergoing cardiac rehabilitation? *Br J Sports Med*. 2019;53:1341–1351.

15. Salzwedel A, Jensen K, Rauch B, Doherty P, Metzendorf MI, Hackbusch M, Völler H, Schmid JP, Davos . Effectiveness of comprehensive cardiac rehabilitation in coronary artery disease patients treated according to contemporary evidence based medicine: Update of the Cardiac Rehabilitation Outcome Study (CROS-II) *Eur J Prev Cardiol.*2020;27:1756–1774.
16. Thomas H, Diamond J, Vieco A, Chaudhuri S, Shinnar E, Cromer S, Perel P, Mensah GA, Narula J, Johnson CO, Roth GA, Moran AE. Global Atlas of Cardiovascular Disease 2000-2016: The Path to Prevention and Control. *Glob Heart.*2018;13:143–163.
17. Timmis A, Townsend N, Gale CP, Torbica A, Lettino M, Petersen SE, Mossialos EA, Maggioni AP, Kazakiewicz D, May HT, De Smedt D, Flather M, Zuhlke L, Beltrame JF, Huculeci R, Tavazzi L, Hindricks G, Bax J, Casadei B, Achenbach S, Wright L, Vardas P European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J.*2020;41:12–85.
18. Urbano I, Marques ACS, Milanez M. Dance as a Supplementary Instrument for Cardiac Rehabilitation: An Integrative Literature Review. *Int J Art.* 2018;7:17–29.
19. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Delling FN, Djousse L, Elkind MSV, Ferguson JF, Fornage M, Khan SS, Kissela BM, Knutson KL, Kwan TW, Lackland DT, Lewis TT, Lichtman JH, Longenecker CT, Loop MS, Lutsey PL, Martin SS, Matsushita K, Moran AE, Mussolino ME, Perak AM, Rosamond WD, Roth GA, Sampson UKA, Satou GM, Schroeder EB, Shah SH, Shay CM, Spartano NL, Stokes A, Tirschwell DL, VanWagner LB, Tsao CW American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2020;141:e139–e596.

20. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). 17 May 2017. [cited October 22, 2020]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

21. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. [cited October 22, 2020]. Available from: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index11.html .

БОЙОВИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ІСТОРИЯ І РЕАЛІЇ.

Могильник А. І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М., Давиденко А.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ.

Останні роки в світі ознаменувалися масштабними військовими діями на тлі російського агресивно-загарбницької зовнішньої політики з країнами-сусідами, військового вторгнення в Україну, яке загрожує затягтися на роки, а можливо десятиріччя, і поширитися на інші країни, такі як Казахстан, Грузія, Азербайджан, Польща та країни Балтії. Ці дії пов'язані не тільки з психічною травматизацією учасників бойових дій, а й з багатомільйонними міграційними потоками біженців, які докорінно змінюють свій спосіб життя, хронічною психологічною травматизацією людей, які проживають у зоні військових дій, на прикордонних та окупованих територіях, та мирного населення багатьох країн, яких можуть зачепити агресивні імперські настрої москвитів [3].

Проблема бойової психологічної травми та посттравматичних розладів, що розвиваються в воєнний час, є однією з найактуальніших на сьогодні. Досі відсутні чіткі теоретичні концепції, що визначають підходи до вивчення психологічних та біологічних механізмів розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Розробляється кілька патогенетичних моделей розвитку цього розладу – біологічна, психодинамічна, когнітивна та психосоціальна. Постійні артилерійські обстріли прикордонних територій,

ракетні атаки по всій території нашої держави, щоденні звуки «повітряної тривоги», соціальна, гуманітарна та епідеміологічна ситуація на окупованих територіях Херсонської, Запорізької, Донецької та Луганської областей супроводжуються глибокими психологічними переживаннями не тільки військовослужбовців, а усіх мешканців України, зумовлюють багатофакторність і поліморфність ПТСР в сучасних реаліях [3, 20].

Розглянемо ПТСР, пов'язаний з бойовими обставинами, так званий комбатантний ПТСР. Бойова травма – це не тільки неординарний стрес, як зазначається в класифікаціях психічних розладів, а щось набагато більше. Це психічна, і фізична, і моральна травма; це травма, що зачіпає й особистісно-психологічні основи людини, та її соціальну та біологічну сутність. Бойова психічна травма (БПТ) не обмежується межами театру бойових дій, оскільки маніфестація її клінічних проявів нерідко відбувається через місяці й роки після повернення ветеранів до мирного життя. До того, встановлені дані про деструктивний вплив ПТСР на наступні покоління як через особливі взаємини в сім'ях ветеранів, так і внаслідок можливого генетичного успадкування набутих патологічних змін [8]. Попри те, що велику кількість досліджень з проблеми БПТ, багато її аспектів залишаються нерозробленими або несистематизованими. Недостатньо зрозумілі роль і співвідношення психогенних, екзогенно-органічних та конституційно-особистісних факторів, темпів та тривалості стресового впливу. Дуже суперечливі думки дослідників щодо її специфічності: від повного заперечення такої до виділення «військових психоневрозів» та визнання нозологічної самостійності ПТСР. Складні й різноманітні патогенні чинники бойових обставин не тільки підвищують частоту й обтяжують психічні розлади, а й породжують чимало незвичайних випадків, для осмислення яких необхідні нові, відмінні від колишніх категорії [2, 8].

Історія проблеми. Думки вчених з низки ключових питань проблеми ПТСР не тільки суперечливі, але й часто діаметрально протилежні. Єдино прийнятна для клініциста позиція в цьому випадку не протиставляти їх зміст,

а сприймати їх як єдине ціле з урахуванням відповідних особливостей. Перші згадки про стани, близькі за описом до ПТСР, сягають корінням в античний період [25]. Психічні порушення, пов'язані з пережитим стресом, почали вивчатися з другої половини XIX ст. Поняття психічної травми було введено вперше німецьким неврологом А. Eulenburg у 1878 р., а термін «травматичний невроз» і одна з перших його теорій належать Н. Oppenheim, який уперше сформулював її у 80-х роках XIX ст. [27]. У цей час в Англії почалася науково-технічна революція, яка супроводжувалася зростанням нещасних випадків на виробництві та транспорті та збільшенням числа постраждалих від них. Англійський хірург J. Erichsen описав «струс спинного мозку, нервовий шок та інші нез'ясовані ушкодження нервової системи», або «залізничний спинний мозок». Він пов'язував психічні розлади, що виявляються у постраждалих від катастроф, зі змінами у «мозкових оболонках та речовині спинного та головного мозку» [11]. Перший опис цих розладів зробив J. Da Costa у 1871 р. у період громадянської війни у Північній Америці та визначив їх як «солдатське серце» [9]. Але вчення про травматичні неврози більш інтенсивно розвивалося у Німеччині, причиною чого послужили розвиток залізничного транспорту та промисловості, видання законів про забезпечення постраждалих та обов'язкове страхування. Окрім бажаного комфорту, технічний прогрес ніс із собою і нещасні випадки, аварії та катастрофи. Масштаб і трагічність залізничних катастроф, великі суми компенсацій, що визначалися через суд, – все це створило новий соціальний контекст, у якому формувалося уявлення про травму. У цей період берлінський психіатр К. Moeli (1881) під впливом поглядів Р. Briquet (1859) та J. Charcot (1878) на істерію пояснював походження та розвиток «травматичного неврозу» впливом лише психічного впливу, душевного переживання. Підхід К. Moeli до «травматичного неврозу» як до функціонального розладу незабаром було підтверджено дослідженнями J. Charcot та його учнів, які висунули ідею про те, що основною причиною розладу є емоції та шок.

Психогенно-емоційне походження травматичного неврозу було визнано у Франції, Англії та Америці. Причому вчення G. Beard про неврастенії та вчення J. Charcot про істерію дали можливість останньому вже тоді характеризувати й травматичні неврози як істеричні, неврастенічні та істероневрастенічні форми, що не відрізняються по суті від звичайних картин названих захворювань, що виникають у мирний час. На думку J. Charcot, травматична подія лише каталізатор для прояву деякої конституційної схильності. Він думав, що багато випадків, що в Англії назвали «railway spine», а в Америці потім перейменували на «railway brain», були випадками травматичної істерії, викликані травматичним шоком [14]. Він вважав, що «нервовий шок» вводить пацієнта в стан, схожий на гіпнотичний, що сприяє самонавіянню і веде до істеричного симптому. Дещо по-іншому розвивалося вчення про травматичний невроз у Німеччині, де в 1889 р. була видана монографія Н. Орпенгейм «Травматичні неврози» [19]. З одного боку, автор відкидає грубо органічну основу названих розладів, з другого – не погоджується з поглядами К. Моелі J. Charcot, які відносили названі розлади до групи звичайних функціональних неврастеній, істерій та їх комбінацій. Н. Орпенгейм вважав цей розлад особливим і дав докладний опис клінічної картини травматичного неврозу, що включає поліморфні тривожно-депресивні та вегетативно-судинні прояви у поєднанні з пригніченням рефлексів. Причиною хвороби автор вважав молекулярні зміни у тканинах головного мозку внаслідок комбінованого впливу механічних та психічних факторів. У патогенезі травматичного неврозу він виділяв шок периферичних нервів з молекулярними змінами, що передається з периферії в різні частини ЦНС, паралізує як периферичні, так і центральні її частини. Залежно від інтенсивності та поширеності зазначених змін картина травматичного неврозу може бути дуже різноманітною: вона проявляється від легких розладів чутливості та дратівливої слабкості до грубих розладів чутливості, атаксій, паралічів, судом, тяжких психозів, епілепсії, недоумства тощо.

Погляди Н. Oppenheim на патогенез цього розлад збігалися багато в чому з поглядом J. Charcot.

Патофізіологічний підхід J. Charcot і Н. Oppenheim поставив під сумнів Р. Jane. Він запропонував теорію про підсвідомі психологічні механізми істерії, формування яких визначає «невротична схильність», навіюваність пацієнтів. У 1894 р. R. Sommer ввів термін "психогенії" [24]. Під ними він розумів велику групу захворювань, що позначаються збірною назвою "істерія". Це поняття чітко розмежовує розлади, зумовлені органічним ураженням нервової системи. Ще через рік вийшла робота з викладеною в ній точкою зору на істерію, як на суб'єктивно доцільне для індивіда захворювання, що є засобом порятунку від несприятливих зовнішніх умов. Йдеться про спільну роботу J. Breuer та S. Freud [7], які стверджували ідентичність травматичного неврозу та істерії. Багато авторів виходили з того, що цей розлад не обов'язково пов'язаний з війною або травмою, а може бути викликаний також нещасним випадком.

У 1904 р. E. Kraepelin висунув поняття «Schreckneurosen» і «Angstneurosen» – невроз переляку, або невроз жаху. Психоаналітичне трактування психогеній підтримали провідні психіатри початку ХХ ст. Так, E. Kraepelin провідну роль відводив болючому нахилу та прагненню суб'єкта уникнути уявлень, пов'язаних з психотравмою. На думку E. Bleuler, травматичний невроз «переважно виникає внаслідок несвідомого страху йти на фронт, а надалі — на ґрунті боротьби за пенсію». Неусвідомлюваному бажанню «втечі у хворобу з нестерпної реальності» відводив вирішальну роль і K. Jaspers. Основою для об'єднання симптомів, що виникли після травми, в єдину групу послужили спостереження, що проводяться під час воєнних дій і відразу після них. Спочатку вони були віднесені до галузі компетенції кардіологів та неврологів. У період громадянської війни в Америці з'явилася велика кількість солдатів, які страждали загальною слабкістю, тахікардією і болями в ділянці грудей – фізичними, як тоді вважали, розладами, що настали в результаті фізичної напруги та отримали

назву «серце солдата» або «тривожне серце». В учасників Першої світової війни спостерігалася втома, виснаження та тривожність. Вважалося, що у деяких випадках цей, як тоді називали «шок від вибуху», викликаний дрібними глибинними ураженнями мозку, супроводжувався істотними психічними порушеннями («військова втома», «військовий невроз») [26]. До кінця XIX ст. склалися дві моделі травми: дисоціативна, що сягає французької психіатричної традиції (P. Janet), і модель відреагування J. Breuer і S. Freud. Кожна з цих позицій мала своїх прихильників та противників. Обидві теорії наголошували на психологічній природі травми.

P. Janet показав, що випадки істеричного розладу часто беруть початок у травматичних подіях, які не пов'язані з фізичною травмою, але супроводжуються сильними емоційними переживаннями. Він вважав, що травматичні розлади викликаються подіями, до яких людина виявляється погано підготовленою, до яких вона не може адаптуватися. P. Janet наголошував на патогенній ролі «шокової емоції», що призводить до відмови від пошуку нових форм поведінки, зникнення актів адаптації; шоківі емоції повертають людину до примітивних форм поведінки, що забезпечують негайний захист та мобілізує енергетичні резерви організму. Якщо проблема залишається невирішеною, людина, будучи нездатною до адаптивної активності, починає повторювати ті самі дії, відтворюючи бентежливу подію. Поступово вона дедалі більше стає відчуженою, автоматичною, підсвідомою, що прирікає її на позачасовість, неможливість зміни [6].

У поглядах S. Freud на проблему травми особливу увагу займав феномен фіксації на травмі. Коріння болючого афекту він бачив у сексуальній сфері. Він зазначав, що «картина стану при травматичному неврозі наближається до істерії з багатьма подібними моторними симптомами, але, зазвичай, перевершує її сильно вираженими ознаками суб'єктивних страждань, близьких до іпохондрії чи меланхолії, і симптомами широко розлітої загальної слабкості та порушення психічних функцій» [5].

На початку ХХ ст. нервові хвороби йшли за розрядом соматичних, тому хворі з діагнозом «травматичний невроз» надходили до загальних шпиталів та випадали з поля зору психіатрів. Проте вже тоді виявилось, що психічні захворювання часто виникають без видимих ушкоджень нервової системи, і навіть у солдатів, які не були під артилерійським обстрілом. У цих випадках психіатри воліли говорити про «множинну етіологію хвороби» – накладення таких факторів, як фізична втома, вплив клімату, недоїдання, недосипання, емоційні переживання, конституційна схильність. Тоді ж виникла думка, що причина травматичного неврозу – емоційний шок.

У середині ХХ ст. психіатрія потребувала осмислення і класифікації даних, що накопичилися. Багато в чому цьому сприяли роботи А. Kardiner, у яких автор об'єднав психологічні та фізіологічні симптоми та сформував загальне поняття «фізионевроз». Цьому значною мірою сприяли дослідження Е. Lindemann, який описав стадії переживання горя та можливі патологічні реакції у цьому процесі. Механізми переходу від різноманітних психічних розладів невротичного, а часом і психотичного рівня, в єдину клінічно окреслену діагностичну категорію досі недостатньо вивчені [18]. Зростання чисельності людей, які перенесли психічну травму внаслідок перебування в зоні локальних збройних конфліктів, стихійних лих, екологічних та техногенних катастроф, є незаперечним фактом як минулих років, так і сучасності [10]. Реакція на стрес досягає діагностичних критеріїв у 80% осіб, які перенесли катастрофічні події. Клінічні прояви та динаміка цих розладів залежать від багатьох факторів, насамперед від інтенсивності та тривалості травмуючого впливу, адаптаційних особистісних ресурсів, медико-соціальної системи реабілітації. Катамнестичні дослідження показують, що близько 30% пацієнтів одужують повністю, у 40% зберігаються окремі болючі симптоми, а у 30% хворих стан протягом багатьох років не покращується або стається обтяження хворобливих розладів зі стійкою соціальною дезадаптацією [1].

Сучасні реалії проблеми.

За критеріями Міжнародної класифікації хвороб XI-го перегляду, прояви ПТСР поділені на кілька основних груп і включають нав'язливі повторні переживання травмуючої ситуації, уникнення спогадів і ситуацій, пов'язаних з даною подією; суб'єктивне відчуття постійної небезпеки, настороженість та полохливість. Крім цього вперше виділено таке поняття, як «complex post-traumatic stress disorder». «Складний ПТСР» також характеризується трьома основними групами симптомів, але поряд із порушеннями регуляції емоцій, ідентичності та взаємовідносин пацієнт знецінює себе. Особи зі складним ПТСР зазвичай зазнають тривалого або багаторазового впливу травм, таких як жорстоке поводження в дитинстві та насильство в сім'ї чи спільноті, не можуть вийти з ситуації, що склалася. Складний ПТСР характерний, наприклад, для військовополонених, осіб, що тривало знаходяться у зоні збройного конфлікту; в'язнів концтаборів, заручників. Поширеність цього розладу в популяції становить 1-8 %, а в госпіталізованих до лікувальних психіатричних установ – до 50 % усіх пацієнтів з невротичними розладами [15].

ПТСР – це можливий психопатологічний наслідок впливу травмуючої події (ТП), що загрожує психологічній або фізичній цілісності людини. Крім того, ПТСР асоціюється з вищим ризиком самогубства та суїцидальних думок [16], а також з іншими негативними клінічними наслідками, такими як постійний посттравматичний головний біль та невротичні [23]. У США підраховано, що понад 80% населення в якийсь момент зазнає ТП і більш ніж у 8% цих осіб згодом розвинеться ПТСР. З погляду клінічного перебігу та симптоматики, ПТСР є гетерогенним станом, що створює труднощі з метою оцінки його поширеності. Велика різноманітність ТП може викликати ПТСР, тип ТП може впливати на клінічний перебіг розладу [12].

Вивчення впливу на психофізіологію людини екстремальних стресових ситуацій сприяє як розробці підходів до профілактики стресових розладів, так і наданню адекватної терапевтичної допомоги та проведення успішної соціально-психологічної реабілітації у пацієнтів у разі їх розвитку.

Психогенний вплив різних екстремальних умов на людину складається з безпосередньої загрози для її життя та здоров'я, а також опосередкованої загрози, пов'язаної з очікуванням її реалізації [13]. До «глобальних» психотравмуючих ситуацій відносять, наприклад, міжнаціональні конфлікти та військові дії, різні природні та техногенні катастрофи. Так, при вивченні наслідків ядерного бомбардування Хіросіми та Нагасакі було встановлено, що психічні розлади відзначалися у всіх, хто вижив. Війна як психотравмуючий фактор поєднує майже всі патогенні впливи на людину, властиві стихійним лихам і катастрофам, завдає величезної фізичної, психологічної, духовної та соціально-економічної шкоди [4].

Про поширеність ПТСР, асоційованого з бойовою травмою, свідчать такі дані. У 1988 р. уряд США вперше офіційно визнав данні Американської асоціації у справах ветеранів війни у В'єтнамі, що півмільйона в'єтнамських ветеранів (це 15 % їх загального числа) страждають на досить серйозні психічні розлади, що вимагають лікування, причиною яких є їхня участь у бойових діях. До початку 90-х років, за статистичними даними, близько 100 тисяч в'єтнамських ветеранів наклали на себе руки, а близько 40 тисяч ведуть замкнутий спосіб життя. Вивчення психологічних та психіатричних особливостей формування та динаміки нервово-психічних розладів в учасників В'єтнамської війни відіграло велику роль у визначенні діагностичних критеріїв ПТСР. Хронічні стресові розлади в учасників військових конфліктів стали розглядатися як закономірний наслідок їхньої участі в бойових діях та отримали назви «бойового стресу» та «бойової психічної травми».

За останніми даними, у США серед цивільних осіб точкова поширеність ПТСР варіювала в діапазоні від 8,0 до 56,7%, однорічна поширеність – від 2,3 до 9,1%, а довічна поширеність – від 3,4 до 26,9%. Серед військовослужбовців поширеність варіювалася в діапазоні від 1,2 до 87,5%, поширеність протягом одного року – від 6,7 до 50,2%, а поширеність протягом усього життя – від 7,7 до 17,0% [22]. Поширеність була вищою у

субпопуляціях, включаючи співробітників служб екстреного реагування, біженців, військовополонених. Ризик виникнення та характер розвитку ПТСР, його вираженість та клінічна картина залежать від цілого ряду факторів, а саме:

- виду та особливостей травмуючої ситуації (вираженість, несподіваність виникнення, тривалість дії стресових факторів);
- готовності людей до здійснення своєї діяльності в екстремальних умовах, яка залежить від їх особистісних рис, рівня психологічної та професійної стійкості, фізичної підготовки та інших факторів;
- правильної організації діяльності в екстремальній ситуації;
- швидкої та адекватної соціально-психологічної допомоги особам, які пережили психотравмуючу ситуацію [17].

У науковій літературі відзначається патоморфоз психогенних розладів воєнного часу з превалюванням не класичних форм гострих реактивних станів та психозів, а розладів доболісного рівня, переважно дисгармонійних психологічних реакцій, соматовегетативних порушень та розвитку адикцій без формування синдрому залежності [16]. Дисгармонійними реакціями при бойовому стресі вважають психологічні реакції з клінічною картиною різноманітних і мінливих моторних, афективних і психовегетативних симптомів емоційної напруги: тривога, пригніченість, дратівливість, агресивність, відчай, замкнутість, гіперактивність, транзиторне звуження свідомості. На відміну від хворобливих психопатологічних порушень, прояви хворобливих психологічних реакцій вкрай мінливі, швидкоплинні, не окреслені певними синдромами.

Коли військовослужбовці проходять етап медичної евакуації, психогенні реакції, пов'язані з бойовою травмою, у 64,8% випадків розв'язуються літично, у 2,3% випадків – затяжною течією, у 32,9% випадків – субкомпенсацією. Згодом саме затяжні та субкомпенсовані розлади характеризуються «переходом» до ПТСР, симптоми якого мають найбільшу вираженість у період від 3 до 6 місяців після закінчення дії стресового

фактора. Існують випадки розвитку відстроченого у часі ПТСР, коли за гострим періодом бойової травми немає будь-яких клінічних проявів розладу. Близько 30% пацієнтів з ПТСР компенсуються в період від 1 до 3 років, приблизно у 40-60% зберігаються помірні або легкі порушення, а у 10-20% розлад переходить у важкі хронічні форми [1]. Разом з тим, великі клінічні прояви розладів, що розвиваються внаслідок військових дій, не завжди однозначно вкладаються у діагностичні критерії ПТСР. Різноманітні підходи як у клініко-діагностичному, так і в методологічному плані суттєво ускладнюють позначення чітких меж між окремими психопатологічними категоріями та подальший порівняльний аналіз структури захворюваності [21].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. Т. 1. 672 с.
2. Могильник А. І., Бодулев О. Ю., Адамчук Н. М. Проблеми психологічної підготовки фахівців в сучасних реаліях української медицини // Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів в умовах реформування системи охорони здоров'я: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Київ, 09 жовтня 2020 року / М-во охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2020. С.421 – 425.
3. Могильник А. І. Санітарно-епідеміологічна обстановка при природних та антропогенних катастрофах. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я в Україні в мирний час та під час війни: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2022. С. 17–23.
4. Могильник А.І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М. Організація надання медичної допомоги військовим під час бойових дій // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

- «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. Полтава, 2023. С. 61-68.
5. Фрейд З. О психоанализе. Харьков: Фолио, 2001. 706 с.
 6. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. М.: Изд-во АСТ, 2011. 160 с.
 7. Breuer J., Freud S. On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena (1893). *International Journal of Psycho-Analysis*. 1956. Vol. 37. P. 8-13.
 8. Bunk D., Eggers C. Die Bedeutung beziehungsdynamischer Faktoren fur die Psychopathogenese von im Kindesalter Naziverfolgten. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1993. Vol. 61(2). P.38-45. DOI: 10.1055/s-2007-9990746. (дата звернення: 23.08.2023).
 9. Da Costa J.M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am. J. M. Sc.* 1871. Vol. 7. P. 61-117.
 10. Defrance J., Foucher S., Ramdani E., Guilloton L., Lefort H. Soins // Post-Traumatic STRESS Disorder And Psychogenic Pain. – 2019. – Vol. 6, no. 841. – Pp. 9–11. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.10.015> (дата звернення: 23.08.2023).
 11. Erichsen J.E. On concussion of the spine: nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects. London: Longmans. 1875. 340 p.
 12. Kessler R. C., Rose S., Koenen K. C. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13, no. 3. P. 265-274.
 13. Koenen K. C., Ratanatharathorn A., Ng L. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol. Med.* 2017. Vol. 47, no. 13. P. 2260-2274.
 14. Libbrecht K., Quackelbeen J. On the early history of male hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought.. *Journal of the history of the behavioral sciences*. 1995. Vol. 31. P. 78-79.

15. Maercker A., Cloitre M., Bachem R., Schlumpf Y.R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder // *Lancet*. 2022. Vol. 400, no. 10345. P. 60–72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2). (дата звернення: 23.08.2023).
16. McKinney J. M., Hirsch J. K., Britton P. C. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: serial indirect effects via depression and anger. *J. Affect Disord.* 2017. Vol. 214. P. 100-107.
17. Mogilnyk A., Leluk Y., Suprunenko S. The influence of information-psychological warfare on the consciousness of society. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*. East European Institute of Psychology (Ukraine – Poland). Issue 1(I), 2018. P. 156 - 167.
18. Nohales L., Prieto N. What’s the post-traumatic stress disorder (PTSD)? // *Rev Prat.* – 2018. – Vol. 68, no. 1. – Pp. 92–96.
19. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen* (1889). Kessinger Publishing, 2009. 156 p.
20. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research — past, present, and future. *Biol. Psychiatry*. 2006. Vol.60. P. 376-382. URL: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.004> (дата звернення: 21.08.2023).
21. Ross M. C., Wonders J. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993. Vol. 7. P. 265-269.
22. Schein J., Houle C., Urganus A. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Curr. Med. Res. Opin.* 2021. Vol. 37, no. 12. P. 2151-2161. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>. (дата звернення: 23.08.2023).
23. Serafini G., Gonda X., Pompili M. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 62. P. 39-50.

24. Sommer R. Diagnostik der geisteskrankheiten für praktische ärzte und studierende. Wien und Leipzig: Urban & Schwarzenberg, 1894. 302 p.
25. Tomb D.A. The Phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder. Psychiatr. Clin. North Am. 1994. Vol. 17(2). P. 237-250.
26. Van der Hart O, Brown P. Abreaction Re-evaluated. Dissociation. 1992. Vol. 5 (3). P. 127-140. URL: https://www.researchgate.net/publication/228582008_Abreaction_re-evaluated (дата звернення: 23.08.2023).
27. Van der Hart O., Brown P. Concept of psychological trauma. Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147 (12). P. 1691. doi: 10.1176/ajp.147.12.1691a. (дата звернення: 23.08.2023).

**АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ
ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЛАПАРОСКОПІЧНИМ ТА
ВІДКРИТИМ МЕТОДАМИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО
ВІКУ З СУПУТНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Черній В.І., Денисенко А.І., Яшан О.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ.

Вступ.

Актуальність наукової проблеми пов'язана з появою нових сучасних технологій Fast Track хірургії. Це і використання карбоксиперитонеуму при лапароскопічних операціях, і специфічні «круті» положення пацієнта на операційному столі, і тривалість оперативних втручань, і можливі прояви «технічної» гіперкапнії, респіраторного і, навіть, метаболічного ацидозу, при використанні карбоксиперитонеуму, а також зростання віку пацієнтів, що оперуються та, нерідко наявність тяжкої супутньої патології. Все це підвищує ризики періопераційних ускладнень та потребує перегляду відповідного анестезіологічного менеджменту та періопераційної інтенсивної терапії.

Грижі живота одне з найбільше розповсюджених захворювань. Вони зустрічаються у 3% населення земної кулі і становлять 8-20% хворих хірургічних відділень загального профілю. При несвоєчасному радикальному хірургічному лікуванні грижі ускладнюються у 8-10% хворих. Особливо небезпечним ускладненням є защемлення. При лікуванні защемлених гриж значно підвищується летальність 5-7%, тоді як при неускладнених грижах вона дорівнює 0,05-0,09%. Після операцій защемлених гриж збільшується кількість рецидивів захворювання до 15% [1].

Серед усіх хірургічних втручань операції з приводу черевних гриж займають друге місце після апендектомії. У США щорічно виконується більше 700000 операцій з приводу гриж, в Україні - близько 90000, із них з приводу защемлених гриж - понад 13000. Летальність при планових операціях з приводу гриж на Україні не перевищує 0,06%, при защемленні досягає 3%; при пізній госпіталізації в стаціонар хворих защемленими грижами летальність досягає 10%, а серед осіб похилого віку до - 14%. Відсоток рецидивів при планових операціях 10%, а при повторних операціях 45,5% - 63,7%. Лікування хворих з грижами в нашій країні потребує значного покращання. Співвідношення планових і ургентних операцій у нас становить 6:1, в той час, як у Європі та США це співвідношення рівняється 15:1 на користь планових операцій.

У міру старіння населення частота вентральних гриж у людей похилого віку збільшується. Пластику вентральної грижі не слід розглядати як операцію з низьким ризиком, особливо у людей похилого та старічого віку, на яких непропорційно впливають множинні вікові фактори, які можуть ускладнити операцію та несприятливо вплинути на результати. Хоча вікові фактори ризику добре відомі в інших галузях хірургії, в даний час є мало даних, що описують їх вплив на вентральної грижі [2].

Актуальність теми пластики вентральної грижі є найчастішою проблемою серед старіючого населення тому, що літній вік часто сприймається як протипоказання до планової хірургії грижі. Людей похилого

віку особливо складно лікувати, враховуючи унікальні фактори ризику, пов'язані зі старінням (когнітивний та функціональний статус, мультиморбідність, поліфармацевтика, саркопенія та нутриційний статус тощо) [2].

Аналіз кількох реєстрів лікування гриж продемонстрував, що у пацієнтів старше 65 років значно вищий рівень періопераційних ускладнень у порівнянні з пацієнтами до 65 років. На сьогоднішній день проведено аналіз ендоскопічної, лапароскопічної хірургії пахової грижі або відповідних додаткових факторів впливу. Вдалося виявити 24 571 пацієнта з первинною паховою грижею, оперованих з використанням будь-якої методики: TAPP (n = 17 214) або методом TEP (n = 7357). Пацієнтів у віковій групі до 65 років виключно (≤ 65 років) порівнювали з пацієнтами старше 65 років (>65 років) з точки зору їх періопераційних результатів. Більш висока частота періопераційних ускладнень при ендоскопічній/лапароскопічній хірургії пахової грижі у пацієнтів старше 65 років має багатофакторний генез і спостерігається, зокрема, у 80-річного віку. Основними спостережуваними ускладненнями були ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, серцева недостатність, плевральний висип і пневмонія, які частіше зустрічалися у віковій групі старше 65 років. Крім того, немає визначення чи справді слід вважати 65 років вікове обмеження для ендоскопічного лікування первинної пахвинної грижі [3].

Актуальними питаннями для обговорення залишаються показання до лікування грижі живота, доцільність хірургічного лікування та вибір найкращого методу лікування гриж з урахуванням безлічі факторів, таких як час післяопераційного відновлення, післяопераційний біль, рецидиви, ускладнення, економічні витрати, більш підходящий відкритий або підхід з використанням сітки/без сітки, найбільш підходящий підхід до анестезії та необхідність рутинного використання антибіотиків [4]. Питання впровадження лапароскопічних операцій в герніології є надзвичайно актуальним і перспективним. Проблема профілактики рецидиву грижі після

хірургії та застосування малоінвазивних технологій при лікуванні великих гриж потребує спеціальні умови для хірургічного лікування. Оптимізація діагностики, лікувальних алгоритмів та методів анестезії для пацієнтів з грижею передньої черевної стінки буде можлива через дослідження та аналіз сучасних методик лікування вентральні грижі, частоти і структури післяопераційних ускладнення та частоти рецидивів.

Мета дослідження: розробити анестезіологічний менеджмент при герніопластичі передньої черевної стінки у хворих похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями. Підвищити якість, ефективність та безпеку анестезіологічного забезпечення оперативного втручання за рахунок впровадження регіонарних методів знеболювання.

Матеріал та методи.

Обстежено 95 пацієнтів похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями та з грижами передньої черевної стінки.

Вік хворих становив 66–78 років, функціональний клас тяжкості стану за ASA — II–IV. У 42 (30,2%) пацієнтів були супутні захворювання, переважно серця, судин і шлунково-кишкового тракту то що.

Для знеболювання операції (герніопластика з використанням спеціальних трансплантатів-«сіток») використовували мультимодальну анестезію.

1-а група: 30 хворих, яким проведено операцію - герніопластика передній черевної стінки відкритим способом з використанням традиційного протоколу (внутрішньовенна анестезія із збереженням спонтанного дихання + спинномозкова анестезія) та традиційного моніторингу.

2-а група: 5 хворих, яким проведено операцію - герніопластика передній черевної стінки відкритим способом з використанням протоколу (внутрішньовенна анестезія із збереженням спонтанного дихання + регіонарний метод знеболювання (TAP-блок) та використанням безперервного періопераційного моніторингу.

3-а група: 30 хворих, яким проведена герніопластика передній черевної стінки лапароскопічним способом (лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна герніопластика (TAPP) під інгаляційною анестезією з використанням інгаляційного анестетика севофлюрана (VIMA – volatile induction/maintenance anaesthesia) в умовах низько-поточної анестезії та фентаніла (+ індукція пропофолом) в умовах штучної вентиляції легенів та використанням безперервного періопераційного моніторингу.

4-а група: 30 хворих, яким проведена герніопластика передній черевної стінки лапароскопічним способом (ендоскопічна тотальна екстраперитонеальна герніопластика (TEP) під інгаляційною анестезією з використанням інгаляційного анестетика севофлюрана (VIMA – volatile induction/maintenance anaesthesia) в умовах низько-поточної анестезії та фентаніла (+ індукція пропофолом) в умовах штучної вентиляції легенів та використанням безперервного періопераційного моніторингу.

У всіх групах була стандартизована премедикація: пантопразол 40 мг, ондансетрон 8 мг, декскетпрофен (дексалгін) 50 мг внутрішньовенно. Для седатії використовувався у першій групі пропофол 1,5-2,5 мг/кг, а у другій групі -декметомедин 0,2 мкг/кг/год до 1 мкг/кг/год.

Інтраопераційна аналгезія стандартизована у всіх групах: інфулган (парацетамол) 1000 мг та фентаніл 2-2,5 мкг/кг/год внутрішньовенно. У хворих 1-ї та 2-ї груп додатково використовували регіонарні методи знеболювання (спинномозкова анестезія, TAP-блок), та фентаніл використовувався епізодично.

Для післяопераційної аналгезії використовували дексалгін (декскетпрофен) та інфулган (парацетамол) внутрішньовенно.

Групи хворих були репрезентативні за віком і статтю. Тривалість операції у 1-й, 2-й групах становила 62(7,6), а 3-й, 4-й групах суттєво відрізнялась і становила 138(17,3)хв.

Під час операції проведено дослідження показників центральної та системної гемодинаміки розрахунковим методом [5]. Моніторинг

вентиляційних показників, газового складу дихальної суміші, показників серцево-судинної системи, температури тіла. Моніторинг нервово-м'язової провідності та глибини наркозу вбудованим монітором наркозно-дихального апарату «Dräger Fabius Tiro» та біомонітором «Infinity Delta, Dräger, Germany». Досліджено газовий, електролітний склад та кислотно-лужний стан крові аналізатором «Cobas b 221, Roche Diagnostics GmbH, Germany, Austria, показники кисневого режиму [5].

Статистичне опрацювання результатів здійснювали за допомогою пакету програм MedStatv.4 (ліцензійний № MS 000020).

Результати та дискусія

У 1-й групі хворих, де герніопластика передній черевної стінки проводилося відкритим способом з використанням традиційного протоколу (внутрішньовенна анестезія із збереженням спонтанного дихання + спинномозкова анестезія) дані моніторингу свідчать про відносно стабільні показники гемодинаміки (ATs, ATd, SAT, CI, ЧСС) та дихання (SpO₂, pCO₂), які легко коригувалися підвищенням FiO₂, інфузійним внутрішньовенним навантаженням ізотонічним розчином. Фентаніл використовувався епізодично.

У 2-й групі хворих, де герніопластика передній черевної стінки також проводилося відкритим способом з використанням протоколу (внутрішньовенна анестезія із збереженням спонтанного дихання + TAP-блок) дані моніторингу свідчать про досить стабільні показники гемодинаміки (ATs, ATd, SAT, CI, ЧСС) та дихання (SpO₂, pCO₂), які легко коригувалися підвищенням FiO₂, інфузійним внутрішньовенним навантаженням. Фентаніл не використовувався.

У 3-й групі хворих (TAPP), на момент індукції, накладання карбоксиперитонеуму і початку операції, порівняно з вихідними значеннями, знизилось SAT, CI, що, імовірно, було пов'язано з положенням пацієнта на операційному столі, внаслідок компресії нижньої порожнистої вени та гемодинамічним ефектом дії пропофола. Знизились показники DO₂ і VO₂

при підвищенні показників екстракції кисню до $(29,2 \pm 0,2)\%$, що вказує на напруження кисневого режиму й відповідні ризики порушень енергокисневого забезпечення при тривалому карбоксиперитонеуму.

У 4-й групі хворих (ТЕР) зниження DO_2 і VO_2 було дещо менш виражені, при нормальному значенні екстракції кисню $(27,8 \pm 0,2)\%$. Більш виражені порушення кисневого режиму в 3-й групі хворих (ТАРР), імовірно, були пов'язані з негативними проявами карбоксиперитонеуму. Надалі в обох групах спостерігалось поступове відновлення показників гемодинаміки й кисневого режиму до вихідних значень.

Встановлено, що при підвищенні інтраабдомінального й екстраперитонеального тиску під час оперативного втручання зростала концентрація CO_2 як в артеріальній крові, так і в суміші, що видихається. З негативних ефектів гіперкапнії на особливу увагу заслуговує респіраторний, а надалі, змішаний ацидоз (табл.1, табл.2).

Табл.1 Динаміка показників вентиляції легень, КЛС у пацієнтів 3-й групи (ТАРР) ($n=30, M \pm m$) під час операції

РЕЕР (мм рт.ст.)	0	0	0	0	0	0	0
PetCO ₂ (мм рт.ст.)	35,86 ±0,04	35,86 ±0,03	36,52 ±0,02	35,81 ±0,03	36,27 ±0,03	36,36 ±0,03	36,24 ±0,03
PaCO ₂	40,68 ±0,14	41,68 ±0,13	42,74 ±0,13	41,68 ±0,14	41,36 [#] ±0,14	40,67 [#] ±0,13	40,69 [#] ±0,13
pH	7,404 ±0,02	7,433 ±0,03	7,430 ±0,03	7,402 [#] ±0,03	7,403 ±0,03	7,392 [#] ±0,03	7,368 [#] ±0,03

Примітка:

1. * - різниця достовірна в порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$).
2. # - різниця достовірна в порівнянні з аналогічним етапом групи II ($p < 0,05$).

В 3-й та 4-й групах під час операції підвищувалися TV, PaCO₂, PetCO₂. Однак, підвищення PetCO₂, PaCO₂ у групі ТАРР виникало лише через 1,5 год після початку операції, не було критичним і легко коригувалося протягом операції. У групі ТЕР підвищення PetCO₂, PaCO₂ відбувалося вже через 30

хв після створення екстраперитонеального тиску що вимагало більш ретельної корекції (табл.1, табл.2).

Табл.2. Динаміка показників вентиляції легень, КЛС у пацієнтів 4-й групи (TEP) (n=30, M±m) під час операції

PEEP (мм рт.ст.)	0	0	2,15 ±0,06	2,97 ±0,06	3,12 ±0,05	3,21 ±0,05	3,32 ±0,05
PetCO ₂ (мм рт.ст.)	36,18 ±0,06	35,82 ±0,06	35,94 ±0,06	37,23 ±0,06	37,33 ±0,06	38,48 ±0,05	38,57 ±0,05
PaCO ₂	41,14 ±0,06	41,26 ±0,06	44,01 ±0,06	44,23 ±0,06	45,17 ±0,06	45,84 [#] ±0,06	46,1 [*] ±0,06
Ph	7,421 ±0,06	7,413 ±0,06	7,384 ±0,06	7,355 [#] ±0,0	7,347 ^{*#} ±0,06	7,345 [*] ±0,06	7,343 ^{*#} ±0,06

Примітка:

1. * - різниця достовірна в порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$).
2. # - різниця достовірна в порівнянні з аналогічним етапом групи II ($p < 0,05$).

У 3-й групі зміни рН крові під час операції були відсутні, тоді як у 4-й групі, незважаючи на активну корекцію газів крові, розвивався некомпенсований ацидоз (табл.1, табл.2). Причому, респіраторний ацидоз протягом оперативного втручання трансформувався в некомпенсований змішаний ацидоз. Тому застосовувалася корекція 4,2% розчином соди-буфер. Дозу вираховували залежно від показників дефіциту баз (-BE) за формулою: об'єм 0,5-молярного буферованого гідрокарбонату натрію 4,2 % у мл = дефіцит баз (-BE) x кг маси тіла хворого x 0,3 x 2 (фактор 0,3 відповідає частці позаклітинної рідини порівняно з загальною рідиною). Препарат Сода-Буфер створений за принципом бікарбонатного буфера крові, тому більш фізіологічний для організму та більш патогенетичний для корекції метаболічного ацидозу порівняно із препаратом сода.

Нами розроблена програма періопераційного менеджменту усунення гіперкапнії та її наслідків. Для цього, застосовувалися безпечно збільшення дихального об'єму та частоти дихання, підвищення позитивного тиску

наприкінці видиху (Positive End Expiratory Pressure, PEEP), зміни співвідношення вдих/видих із 2:1 на 1:1. [6].

Проте, не зважаючи на вище вказані заходи, повної компенсації цих процесів, досягти не вдалося. Упродовж усіх етапів дослідження відбувалося збільшення TV, PEEP, PetCO₂, та PaCO₂. Нами встановлено сильний оборотний кореляційний зв'язок важелів менеджменту TV з PaCO₂ і рН артеріальної крові (коефіцієнт парної кореляції Пірсона – 0,965), що вказує на відповідний механізм розвитку ацидозу та шляхи його корекції. Усе вище вказане підтверджує ефективність важелів менеджменту «технічної» гіперкарбії щодо зниження ризику виникнення метаболічного ацидозу. Розроблена нами програма періопераційного менеджменту усунення гіперкапнії та її наслідків дозволяє запобігати розвитку критичної гіперкапнії і ацидозу, тим самим, уникати виникнення небезпечних ускладнень післяопераційного перебігу.

Внутрішньочеревний тиск у здорових осіб без ожиріння становить 5 та менше мм рт. ст., з ожирінням 9-10 мм рт. ст. При ендовідеохірургічних втручаннях (ЕВХВ) потрібне підвищення внутрішньочеревного тиску до 15 мм рт. ст. і вище, що призводить до ряду ефектів: до системної абсорбції вуглекислого газу та підвищення вимог до його усунення, збільшення венозного застою, зниження порталного кровотоку, зниження діурезу, зниження дихального комплаєнсу, підвищення тиску у дихальних шляхах, погіршення роботи серця. Однак тиск на очеревину знижує кровообіг у судинах з низьким тиском, капілярах та венах, що може сприяти запальній або стресовій реакції. Тиск на печінку (вени), діафрагму та легені може зменшити переднавантаження на серце, зменшувати обсяг легень приблизно на третину, спровокувати ателектаз, шунтування легеневого кровообігу та порушення вентиляційно-перфузійного співвідношення. Таким чином, бажано знизити тиск, щоб звести до мінімуму серцево-легеневі ускладнення, і одночасно знайти баланс, щоб забезпечити гарне поле зору [7].

Особливо небезпечні наведені ефекти у людей похилого та старечого віку.

Оцінка парціального тиску вуглекислого газу в артеріальній крові (PaCO₂) шляхом прямого аналізу газів артеріальної крові є золотим стандартом моніторингу вуглекислого газу під час загальної анестезії. Однак, оскільки прямий вимір PaCO₂ є інвазивним та дискретним, моніторинг парціального тиску вуглекислого газу в кінці видиху (PetCO₂) краще для безперервного моніторингу вуглекислого газу [8].

Патофізіологічні зміни, що відбуваються в організмі хворого при лапароскопічних операціях з використання карбоксиперитонеуму, потребують перегляду відповідного анестезіологічного менеджменту та періопераційної інтенсивної терапії, особливо у людей похилого та старечого віку, на яких непропорційно впливають множинні вікові фактори, які можуть ускладнити операцію та несприятливо вплинути на результати. Людей похилого віку особливо складно лікувати, враховуючи унікальні фактори ризику, пов'язані зі старінням.

Наявні нечисленні дані свідчать про те, що мультиморбідність, поліфармацевтика, функціональний статус, слабкість, когнітивний статус, саркопенія та нутриційний статус пов'язані з несприятливими результатами лікування вентральної грижі у людей похилого віку [2].

Герніопластика передньої черевної стінки відкритим способом з використанням розробленого нами протоколу анестезії (внутрішньовенна анестезія із збереженням спонтанного дихання + спинномозкова анестезія або TAP-блок) не має таких порушень метаболізму у пацієнтів, як EBXB, зводить нанівець використання фентанілу. Перші одержані результати свідчать про доцільність заміни спинальної анестезії на TAP-блок як з точки зору безпеки анестезії, так і її адекватності.

Ключовим аспектом проведення безпечної анестезії у людей похилого та старечого віку є адекватний періопераційний моніторинг.

Висновки

1. Вибір анестезіологічного менеджменту при герніопластиці передньої черевної стінки у хворих похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями (лапароскопічним або відкритим методами) повинен бути персоналізованим та залежати від факторів ризику оперативного втручання, пов'язаних зі старінням, слабкістю, мультиморбідністю, поліфармацевтикою, функціональним та когнітивним статусом.
2. Враховуючи, що усі фізіологічні метаболічні процеси здійснюються суворо в межах референтних значень гомеостазу, і, в першу чергу, газового складу дихальних сумішей та кислотно-лужного стану рідин і тканин організму, вважаємо, що прояви гіперкапнії, дихального та змішаного ацидозу а, також, порушення кисневого стану призводять до порушень метаболізму у пацієнтів, яким проводяться герніопластика ендовідеохірургічним засобом.
3. У хворих похилого та старечого віку, яким проведена герніопластика передньої черевної стінки лапароскопічним засобом (TAPP, TEP) для адекватного контролю за станом хворого потребується використання періопераційного енергомоніторингу.

Список використаної літератури:

1. Б. І. Слонецький, М. І. Тутченко, І. В. Вербицький, В. О. Коцюбенко Сучасні тенденції діагностико-лікувальної тактики \в пацієнтів із защемленими вентральними грижами. Запорозький медичинський журнал. 2021. Т. 23, № 4(127). С. 583-589. DOI: [10.14739/2310-1210.2021.4.232565](https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.4.232565)
2. Julia Hamilton et al Age-Related Risk Factors in Ventral Hernia Repairs: A Review and Call to Action. J Surg Res. 2021 October. Vol. 266. P. 180–191. doi:[10.1016/j.jss.2021.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.04.004).
3. F. Mayer et al Is the age of >65 years a risk factor for endoscopic treatment of primary inguinal hernia? Analysis of 24,571 patients from the Herniated Registry. Surg Endosc. 2016. Vol.30. P. 296–306. DOI [10.1007/s00464-015-4209-7](https://doi.org/10.1007/s00464-015-4209-7).

4. Carhuallanqui-Ciocca E.I. et al Bibliometric analysis of the scientific production on inguinal hernia surgery in the web of science. *Front Surg.* 2023. Vol. 22, №10. P.1138805. doi: [10.3389/fsurg.2023.1138805](https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1138805).
5. Денисенко А. І. Персоніфіковане анестезіологічне забезпечення та періопераційна інтенсивна терапія при хірургічних втручаннях. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Київ – 2023. 39с.
6. В.І. Черній, А.І. Денисенко Стратегія зниження гіперкапнії при трансабдомінальних та екстраабдомінальних ендовідеохірургічних герніопластиках. *Медицина невідкладних станів.* 2022. Т. 18, №4. С 19-24. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.18.4.2022.1496>.
7. Thomas Galetin1, Amelie Galetin Influence of gas type, pressure, and temperature in laparoscopy—a systematic review *Ann Laparosc Endosc Surg.* 2022. Vol, № 7. P. 6-12. | <https://dx.doi.org/10.21037/ales-21-24>.
8. Aslıhan Gürün Kaya, Miraç Öz, Şeyda Nur Özpinar et al Effect of lactate levels on carbon dioxide pressure discrepancies між перевіреними і артеріальними міркуваннями серед hypercapnic patients receiving nonvasive ventilation. Research Article: April 6th, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1468404/v1>

ВПЛИВ КУРИЛЬНОГО СТАТУСУ ЛІКАРЯ НА РІВЕНЬ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ТЮТЮНОПАЛІННЯ

*Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андрєєв Д. О., Буря Т. С.,
Ляхова Н. О., Краснова О. І.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Після проведення анкетування серед треста тридцяти двох лікарів департаменту Мен і Луара, що на заході Франції, було з'ясовано, що лише 32% лікарів цікавились стосовно куріння пацієнта кожен раз під час проведення консультації, і тільки 20% респондентів настоювали на припиненні паління. Ефективність методів профілактики пов'язане з відношенням лікаря до паління та чи курить він особисто. В даній роботі розглянута роль лікаря-спеціаліста у профілактиці та припиненні паління пацієнтів та зв'язок між тютюнопалінням лікарів та їх ефективністю у санітарно-просвітницькій роботі.

Мета роботи: Визначити рівень ефективності санітарно-просвітницької роботи лікарів щодо профілактики тютюнопаління.

Матеріали та методи: Анкетування лікарів. Одновимірний аналіз частоти відповідей лікарів щодо їхньої участі у профілактиці та припиненні тютюнопаління пацієнтів.

Результати: 22% лікарів-респондентів палить. 14% кожен день, 8% епізодично. По 10 цигарок на день відмітило 12% та 15 цигарок на день 2%. Серед причин паління відмітили наявність нікотинової залежності 27%, полегшення відчуття стресу 27%, релаксація 9%, страх надлишкової ваги 9%, не вказали 28%. Статус паління відмічає 26% лікарів у кожного пацієнта в історіях хвороби, не відмічають 32%, епізодично 42%. Надають рекомендації 88% лікарів, 12% не надають. 30% лікарів не відчувають підтримки у санітарно-просвітницькій роботі, 20% відмітили родичів пацієнтів та 50%

відмічали інших фахівців. 58% лікарів виділяє 1-2 хвилин, 3-5 хвилин 32% та 10% більше 5 хвилин часу на рекомендації. 24% лікарів обрали, що санітарно-просвітницька робота є неефективною, не входить в їх обов'язок 20%, відсутня відповідна підготовка 16%. Не призначають день припинення паління 76% лікарів. Надають антитютюнові матеріали 34%, з них 2% відеоматеріали. Призначають нікотинзамісні препарати (НЗП) 12%, надали назви НЗП 22%. Направляють пацієнтів до інших спеціалістів з припинення паління 26%. Після консультації лікаря 60% розмірковує припинити палити, 38% обіцяє припинити, припинили 2%. Не назвали захворювання, що виникають через паління 12%, онкозахворювання вказали 40%. 82% респондентів вважають – лікар не повинен палити. 48 % опитаних не брали участь в заняттях з навчання профілактики тютюнопаління та 44% не знали про їх проведення. Для підвищення обізнаності з питань тютюнопаління 62% використовують популярну літературу, 12% брали участь у семінарах, в лекціях 18%.

Висновки: Серед спеціалістів найменш активні у профілактиці тютюнопаління стоматологи та хірурги. Лікарі не відчують достатньої підтримки в санітарно-просвітницькій роботі від інших фахівців та родичів пацієнтів. Респонденти приділяють не достатньо часу для рекомендацій з припинення паління та їх якість низька через малу обізнаність профілактики тютюнопаління та НЗП. У більшості лікарів відмічено низьку впевненість в ефективності та відсутність розуміння своєї ролі в санітарно-просвітницькій роботі. Дослідження вказало на необхідність покращення якості ведення лікарями санітарно-просвітницької роботи щодо тютюнопаління серед населення.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ГІПЕРТРОФІЄЮ ЛІМФОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКОВОГО КІЛЬЦЯ

Андрєєв А.В., Тагунова І.К., Богданов К.Г., Гуца С.Г., Богданов В.К.

Одеський національний медичний університет,

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

Медична реабілітація дітей із захворюваннями лімфоглоткового кільця (ЛК) на сучасному етапі долає певні труднощі, пов'язані з діагностичними можливостями вивчення причин захворювання, які не завжди доступні через обстановку, що склалася. На думку деяких авторів, причина розвитку гіперплазії лімфоїдної тканини глоткового кільця у дітей у більшості випадків тісно пов'язана з Епштейн-Барр (ВЕБ) вірусною інфекцією, яка розвивається на тлі спадково обумовленого або набутого імунодефіциту. Виявлено, що на ефективність противірусного захисту може впливати стан сполучної тканини організму. У той же час, вчені виявили закономірність між дефіцитом концентрації магнію та ступенем посилення деградації колагену, еластичних волокон у дітей, які часто хворіють на вірусну інфекцію. Тому актуальним є питання пошуку методів профілактики, медичної реабілітації, заснованих на використанні природних лікувальних факторів, спрямованих на підтримку імунної відповіді.

Мета. Оцінити ефективність корекції дефіциту магнію у пацієнтів з гіпертрофією лімфоїдної тканини та рецидивною вірусною інфекцією у педіатричній практиці.

Матеріали та методи. Проведено дослідження, що включило 40 пацієнтів віком від 3 до 8 років з гіпертрофією лімфоглоткового кільця, з підтвердженим інфікуванням слизової носо- та ротоглотки ВЕБ, які були емпірично поділені на 2 групи. Пацієнти обстежені на наявність ДНК ВЕБ у різних біологічних матеріалах методом ПЛР, ІФА сироватки крові на антитіла до ВЕБ, визначення калориметричними методами рівня магнію (Mg⁺⁺) в крові, у сечі. Клінічно пацієнти, інфіковані вірусом ВЕБ мали

рекурентні респіраторні інфекції, збільшення шийної групи лімфовузлів, гіпертрофію лімфаглоткового кільця, рецидивні отити, зниження слуху. У першій групі проводили базову терапію препаратами з противірусною та імуномодулюючою активністю. У другій групі, крім базової терапії, застосовували тривале курсове питне призначення препаратів неорганічного магнію, сольові розчини для носа на основі пелоїдів Куяльницького лиману (засіб, насичений мінералами переважно хлористого магнію) та бальнеологічне лікування (ванни з вищезазначеним засобом). Під час обстеження пацієнтів обох груп до лікування було виявлено тенденцію до зниження вмісту магнію у крові. Антибіотикотерапія застосовувалася та була ефективною при лікуванні гострих проявів цих захворювань, проте в подальшому було встановлено, що використання антибіотиків істотно не знижує частоту рецидивів, формування хронічного ураження лимфоїдної тканини глоткового кільця. До лікування у всіх дітей з ВЕБ інфекцією спостерігалися антитіла до ВЕБ (IgG VCA, IgG EA, IgG EBNA) збільшення відсоткового вмісту лімфоцитів, моноцитів, зменшення абсолютного вмісту природних кілерів CD16 ($221,7 \pm 0,6$ кл/мкл), цитотоксичних клітин CD8 ($237,7 \pm 0,7$ кл/мкл), збільшення імунорегуляторного індексу CD4/CD8 ($5,88 \pm 0,06$), В-лімфоцитів ($388 \pm 0,4$ кл/мкл). Після курсу лікування антитіла до ВЕБ були виявлені у 72,5% хворих, ДНК ВЕБ у крові – у 65%, в той час як у дітей, які отримували лише базисну терапію, – у 92,5% та 72,5% випадків відповідно. Проведення імуноферментного аналізу через один місяць від початку лікування показало наступні результати: зменшення відсоткового вмісту лімфоцитів, моноцитів, збільшення абсолютного вмісту природних кілерів CD16 ($434,3 \pm 0,7$ кл/мкл), цитотоксичних клітин CD8 ($328,6 \pm 0,8$ кл/мкл), зменшення імунорегуляторного індексу CD4/CD8 ($3,88 \pm 0,42$), В-лімфоцитів ($315 \pm 0,4$ кл/мкл).

Отримані дані дозволили стверджувати, що поповнення базисної противірусної терапії бальнеологічним лікуванням, зрошенням слизової оболонки порожнини носа розчинами органічних солей магнію, має

виражену клінічну ефективність, що виявляється вже через 14 днів від початку лікування інтоксикаційного синдрому.

Висновок. Лікування та профілактика хворих з гіпертрофією лімфоїдної тканини глотки з підтвердженим інфікуванням слизової носо- та ротоглотки ВЕБ інфекцією, ефективно за умови включення в етіотропну терапію препаратів, що містять магній.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ ПЕРЕБУВАЛО НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Вакуленко Наталя

Херсонський державний університет, м. Херсон, Україна

Тимчасова окупація територій негативно впливає на психологічний стан мирного населення, призводячи до травм, стресу та адаптаційних труднощів. Соціально-психологічна реабілітація відіграє ключову роль у відновленні психологічного благополуччя та адаптації мирного населення, що постраждало від тимчасової окупації.

Психологічні наслідки окупації можуть бути важкими та тривалими для населення, що пережило такий важливий соціальний і політичний контекст. Ось деякі з них - травми та стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зниження самооцінки, соціальна відокремленість, міжособистісні та сімейні проблеми, страх та невизначеність, зниження якості життя, спільна відповідальність, негативний вплив на довіру.

Необхідність соціально-психологічної реабілітації. Реабілітація спрямована на пом'якшення психологічних наслідків окупації та відновлення психічної рівноваги населення. Ось деякі ключові аспекти, які підкреслюють необхідність соціально-психологічної реабілітації: зменшення психологічних травм, відновлення самоцінності, сприяння адаптації, підтримка при розв'язанні конфліктів, підвищення психологічної стійкості, підтримка в

інтеграції, створення безпечного середовища, підвищення якості життя, профілактика подальших проблем.

Механізми реабілітації. Психологічна підтримка та консультування для допомоги постраждалим у подоланні стресу та адаптації до нової реальності. Індивідуальна психотерапія - сесії віч на віч з досвідченими психотерапевтами допомагають постраждалим впоратися з травмами, стресом і депресією через глибоке та конфіденційне обговорення проблем. Групова терапія - групові сесії дозволяють населенню, яке пережило ті самі події, поділитися досвідом, знайти підтримку та розвинути міжособистісні навички. Консультації та психологічна підтримка - надання консультацій та емоційної підтримки через телефонні гарячі лінії, онлайн-чати чи особисті зустрічі. Організація культурних та освітніх заходів для відновлення нормального ритму життя та формування позитивних переживань. Творча терапія - використання мистецтва, музики, танцю та інших творчих форм для вираження емоцій, покращення самооцінки та релаксації.

Соціальні заходи та реабілітація через освіту. Організація спільних заходів, зустрічей, семінарів та курсів для навчання новим навичкам та створення соціальної мережі підтримки.

Медична реабілітація та фізична активність. Фізичні вправи та заняття спортом сприяють виробленню ендорфінів - природних антидепресантів та білкових сполук, які зменшують біль та стимулюють позитивні емоції, покращують настрій та загальний фізичний стан. Регулярна фізична активність сприяє звільненню нейротрансмітерів, таких як серотонін та дофамін, які позитивно впливають на настрій та допомагають заспокоїтися. Фізична активність поліпшує функцію серця та кровоносних судин, підвищує витривалість та м'язову силу, сприяючи загальному покращенню фізичного самопочуття. Регулярна фізична активність сприяє покращенню якості сну, що в свою чергу впливає на психічний стан та емоційний розвиток. Заняття спортом відволікає від негативних думок та стресу, забезпечуючи можливість концентруватися на фізичних вправах та

досягненнях. Групові заняття спортом стимулюють соціальну взаємодію та спільноту, що сприяє відчуттю підтримки та зменшенню відчуття самотності. Фізична активність може слугувати засобом релаксації та відновлення після психологічних навантажень, сприяючи зняттю напруги та стресу. Заняття спортом сприяє формуванню здорового образу життя, що впливає на загальний психофізичний стан і підвищує психологічну стійкість. Навчання навичкам психологічної самодопомоги, стратегіям справлення та управління стресом для підвищення психологічної стійкості.

Розвиток позитивних переживань. Психосвіта - освоєння методів позитивної психології, які сприяють формуванню оптимістичного погляду на майбутнє та підвищенню життєвої задоволеності. Підтримка релігійних та духовних цінностей - включення релігійних чи духовних практик у процес реабілітації для зміцнення внутрішньої підтримки та віри у позитивне вирішення подій. Комбінований підхід до соціально-психологічної реабілітації, включаючи індивідуальну та групову терапію, творчі методи, освіту та фізичну активність, сприяє успішній адаптації та відновленню психологічної рівноваги у населення, яке прожило на тимчасово окупованих територіях.

Державні органи повинні активно підтримувати та спонсорувати програми соціально-психологічної реабілітації, усвідомлюючи їхню значущість для суспільного благополуччя. Державна підтримка програм реабілітації сприяє збереженню психологічного здоров'я населення, що підвищує загальний рівень благополуччя суспільства. Активна підтримка допомагає зменшити негативні психологічні наслідки, такі як стрес, депресія та тривожність, що можуть виникнути внаслідок війни, конфлікту або окупації. Реабілітаційні програми допомагають покращити соціальну адаптацію постраждалих осіб, що сприяє їхньому успішному відновленню в суспільстві. Сприяючи психологічному здоров'ю громадян, держава зменшує витрати на лікування та реабілітацію психологічних проблем у майбутньому. Активна підтримка реабілітаційних програм сприяє підвищенню рівня

національної резилієнтності та здатності суспільства відновлюватися після труднощів. Підтримка соціально-психологічної реабілітації допомагає створити позитивний імідж держави, яка дбає про добробут та ментальне здоров'я своїх громадян. Реабілітаційні програми сприяють розвитку людського капіталу, забезпечуючи населенню можливість повернутися до нормального життя та виробничої діяльності. Державна підтримка реабілітаційних програм сприяє зміцненню соціальної солідарності та підтримки між громадянами. Створення сприятливого психологічного середовища через реабілітацію може допомогти попередити можливі соціальні конфлікти та напругу. Інвестування в підтримку соціально-психологічної реабілітації має довгострокові позитивні наслідки для суспільства, зміцнюючи психологічну стійкість та сприяючи розвитку здорового та добробутного суспільства. Роль освіти та медіа - освітні установи та засоби масової інформації мають важливу роль у формуванні позитивного світогляду та підвищенні психологічної стійкості населення:

Освіта. Психологічна освіта - запровадження спеціалізованих психологічних програм у навчальних закладах, спрямованих на навчання населення засобам самопомоги, розвитку психологічної стійкості та навичок зі стресового менеджменту. Інклюзивна освіта - забезпечення доступності психологічної підтримки та спеціалізованих послуг для дітей, підлітків та дорослих з особливими потребами в освіті. Позитивна психологія - впровадження позитивної психології в навчальні програми для навчання населення сприймати життя більш оптимістично, розвивати ресурси та здатності для подолання труднощів. Конфліктологія - Включення курсів конфліктології та вивчення принципів вирішення конфліктів для розвитку навичок врегулювання міжособистісних та соціокультурних протиріч.

Media. Психологічна підтримка через медіа - розробка психологічно орієнтованих матеріалів, включаючи відео, статті та програми, які надають поради зі стрес-менеджменту, самопомоги та підвищення психологічної стійкості. Інформаційна безпека - поширення інформації про заходи безпеки,

захисту прав та можливостей для громадян на засіб засобів масової інформації для зменшення страху та невизначеності. Позитивні приклади і успіхи - подання позитивних історій, успіхів та розвитку на тимчасово окупованих територіях для стимулювання надії та віри в позитивну зміну. Засоби масової інформації можуть виконувати роль важливого джерела інформації про психологічну допомогу, ресурси та програми реабілітації. Співпраця з освітніми установами для організації спільних заходів, тренінгів та психологічних семінарів для населення.

Висновок. Соціально-психологічна реабілітація є невід'ємною частиною процесу відновлення суспільства після окупації, сприяючи вірі у майбутнє, зміцненню психічного здоров'я та суспільної інтеграції.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НЕПОВНОЛІТНІХ, ПРОФІЛАКТИЦІ НАРКОТИЧНОЇ І АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. В. Власенко

КП «Полтавський обласний центр терапії залежностей
Полтавської обласної ради»

Вживання алкоголю та наркотиків несе велику небезпеку для суспільства. Це спричиняє розвиток захворювань, як соматичних, так і психічних, збільшення рівня смертності, соціальну деградацію та зростання кількості злочинів, вчинених на ґрунті залежності.

Українським інститутом майбутнього проведено велике соціологічне опитування (2400 респондентів face-to-face) з питань наркотичної та алкогольної залежності в Україні. Перше запитання дослідження «Чи є серед членів вашої родини, родичів, друзів, сусідів або колег по роботі особи з залежністю?». «Є з наркотичною залежністю», – відповіли 5% респондентів, «з алкогольною та наркотичною залежністю» – ще 5%. Тобто приблизно 10% українців зазначають, що в їхньому близькому колі є люди, які мають наркотичну і також алкогольну залежність

Вживання наркотиків розглядається як соціальна і медична проблема, і ми можемо залучати до її вирішення широкий спектр засобів. Отже, вся стратегія спрямована на зменшення кількості ВІЛ-інфекцій, інших загроз для здоров'я, а також збільшення віку тих, хто вперше зтикається з наркотиками. Цей вік збільшився відтоді як відбулася декриміналізація вживання наркотиків.

У 2020 році у центрах соціальних служб отримували послуги близько 10 000 сімей, в яких є 17400 дітей. Батьки алко- і наркозалежні, тобто, діти знаходяться під ризиком в цих сім'ях.

Цим сім'ям надавалися послуги соціального супроводу, консультування, сімейної профілактики, соціальної профілактики. Відповідно до статті 9 Закону України «Про органи і служби по справах дітей», ще у 1996 році було передбачено створення спеціальних центрів медико-соціальної реабілітації від алкоголізму і наркоманії для дітей. Проте, сьогодні в Україні відсутні такі заклади, останній центр припинив свою роботу в 2014 році.

Діти у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння не приймаються до притулків і центрів соціально-психологічної реабілітації. Можна констатувати, що сьогодні в Україні не створено належних умов для надання якісної, фахової допомоги дітям, які мають залежності і потребують підтримки держави.

Одним із шляхів допомоги алко- і наркозалежним дітям є поміщення їх до приватних реабілітаційних центрів. Окремі центри для неповнолітніх в Україні відсутні, тому діти поміщуються разом з дорослими особами з залежностями.

З метою моніторингу додержання прав людини на особисту безпеку та здоров'я, у 2020 році було проведено 40 моніторингових візитів до таких закладів. За результатами моніторингових візитів було з'ясовано, що в закладах не забезпечені належні умови для реабілітації неповнолітніх. Немає лікарів-педіатрів, дитячих психологів, відсутні специфічні програми

реабілітації для неповнолітніх. Діти перебувають у закладах разом із повнолітніми особами з залежностями, що може бути негативним прикладом для них.

Крім того, під час таких візитів були виявлені порушення прав людини на свободу та особисту недоторканість. Клієнти часто перебувають в установах без власної згоди, з обмеженням вільного пересування. Надання медичних послуг відбувається без ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики. Порушуються правила пожежної безпеки та забезпечення приватності.

Наразі відсутній механізм державного контролю за діяльністю приватних реабілітаційних центрів для осіб із залежностями. Засновниками таких центрів, у більшості випадків є благодійні або громадські організації. Їхня діяльність не ліцензується, отримання дозвільних документів законодавством не передбачається. А у їхніх статутах взагалі не зазначено надання послуг із реабілітації. Більшість таких закладів розміщується у приватних будинках, що надає можливість їх керівникам не допускати туди представників державних органів контролю.

У деяких випадках працівника секретаріату уповноваженого не допускали до цих закладів під час моніторингових візитів, оскільки ця територія є приватною власністю. Такі аргументи надавалися також працівникам поліції, які прибували за висновком членів моніторингових груп.

Для ефективного виконання цих заходів необхідна стратегія, в тому числі комунікаційна. Яка буде передавати знання, розповсюджувати інформацію, отримувати всю дані від усіх стейкхолдерів на державному і недержавному рівнях.

Громадська освіта і профілактика на громадському рівні можуть вплинути не тільки на попит, а й на постачання наркотиків, і сприяти вирішенню проблеми залежності. Підвищення якості профілактики і лікування наркоманії – це один із пріоритетів держави, ми створили систему

рекомендацій і стандартів профілактики наркоманії/алкоголізму, програм зміцнення психічного здоров'я. Система була створена в тісній співпраці з Інститутом психіатрії і неврології, Державним агентством з вирішення проблем, пов'язаних з алкоголем та Міністерством національної освіти. Також впроваджуються міжнародні програми, що ґрунтуються на наукових доказах. Наприклад, програма „Unplugged” для учнів середніх шкіл, програма „Fred” для підлітків, в яких вперше помічено наявність наркотиків, „Програма підтримки родин” для батьків та дітей, програма „CANDIS” для осіб, залежних від канабісу.

Основною стратегією для зменшення попиту є спрямованість на лікування замість покарання. Пропонуються різні засоби лікування: амбулаторні заклади, денні відділення, відділення детоксикації, стаціонарні заклади і, навіть хостели і спеціальні реабілітаційні квартири. Головними правовими основами лікування є добровільність (для дорослих і неповнолітніх), безкоштовність, відсутність огляду на місце проживання.

Від наркотиків страждає не лише сама людина, а й соціум в цілому. Наслідки вживання наркотиків та алкоголю призводить не тільки до порушень стану здоров'я, а й до ігнорування загальнолюдських цінностей і норм поведінки. Сім'я, друзі часто потрапляють у коло співзалежних відносин, терплять поведінкові негативні наслідки рідної людини. Але з часом можуть перестати довіряти їй і залишити залежного один на один із цією проблемою. Сучасні дослідження приділяють особливу увагу розробкам нових підходів профілактики, спрямованих на зниження ризику захворювання наркоманії, токсикоманії та алкоголізму. Для Міністерства соціальної політики та соціального захисту населення проблема профілактики є дуже актуальною.

Профілактика повинна включати різноманітні заходи: від запобігання вживання наркотиків до зменшення спричинених ними негативних наслідків. Закон України «Про соціальні послуги» визначає засади надання соціальних

послуг, спрямованих як на профілактику складних життєвих обставин, так і подолання або мінімізацію їх негативних наслідків.

Також необхідно профілакувати проблеми раннього виявлення відповідних розладів психіки та поведінки у дітей (у т.ч. суїцидальної поведінки), їх профілактики, особливостей лікування та реабілітації.

Послуга соціально-психологічної реабілітації залежності від наркотичних засобів чи психотропних речовин включає декілька аспектів. По-перше, забезпечення найкращих інтересів осіб із залежністю, реабілітацію і психологічну підтримку. По-друге, зменшення частоти або повна відмова від вживання наркотичних засобів. По-третє, запобігання негативним соціальним і особистим поведінковим явищам.

Беззаперечно домінантну профілактичну роль в визначеному напрямку має популяризація здорового способу життя, зменшення попиту на психоактивні речовини та наркотичні засоби. Відповідальними виконавцями за це будуть безпосередньо сімейні медики (лікар та медична сестра) та обласний Центр громадського здоров'я, який має активізувати як комунікаційні й адвокаційні кампанії, так і просвітницьку роботу (на сьогодні в більшій частині діяльності його дії назвати продуктивними складно).

ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ:

ДОСВІД США

Гнедик Є. С.

Науково-дослідний інститут вивчення проблем злочинності імені академіка

В. В. Сташиса Національної академії правових наук України

Щороку тисячі військовослужбовців, дислокованих по всьому світу, залишають діючу службу та повертаються на роботу, яку вони займали до вступу на службу, або розпочинають пошук нової роботи. Недавні ветерани повідомляють про високі показники інвалідності, пов'язаної зі службою (тобто інвалідності, що виникла або посилилася під час військової служби).

Близько 41% ветеранів Другої світової війни у Перській затоці (після 11 вересня) повідомляють про наявність інвалідності, пов'язаної зі службою, порівняно з приблизно 25% всіх ветеранів. Загальні травми, отримані цими ветеранами, включають відсутність кінцівок, опіки, травми спинного мозку, посттравматичний стресовий розлад, втрату слуху, черепно-мозкові травми та інші порушення. Інші ветерани залишають службу через травми або стани, які не вважаються пов'язаними зі службою.

З метою захисту права військовослужбовців на реабілітацію в США існує кілька федеральних законів, які забезпечують важливі заходи захисту для ветеранів з обмеженими можливостями, які шукають роботу або вже знаходяться на робочому місці. Це, по перше, Закон про американців-інвалідів (ADA), а другий, це Закон про права на працевлаштування та повторне працевлаштування у силових структурах. Вони захищають ветеранів від дискримінації під час прийому на роботу. За їх дотриманням стежить Комісія США з рівних можливостей при працевлаштуванні (EEOC), забороняє приватним, державним та місцевим роботодавцям з 15 і більше співробітниками дискримінувати людей за ознакою інвалідності.

Застрахований будь-який ветеран з інвалідністю, який відповідає визначенню ADA, незалежно від того, чи пов'язана ця інвалідність із службою. USERRA висуває вимоги до повторного працевлаштування ветеранів з обмеженими можливостями, пов'язаними зі службою, і без них, і за їх дотриманням стежать Міністерство праці США (DOL) та Міністерство юстиції США (DOJ).

Ветеран з інвалідністю знаходиться під захистом ADA, якщо він або вона відповідає визначенню інвалідності ADA і має кваліфікацію для роботи, яку ветеран має чи хоче. ADA визначає «особу з інвалідністю» як людину, яка (1) має фізичний або розумовий розлад, який суттєво обмежує одну або кілька основних життєвих функцій; (2) має записи про таке знецінення; або (3) вважається таким, що має таке порушення.

Людина з інвалідністю вважається кваліфікованою, якщо вона або вона може відповідати вимогам роботодавця до роботи, таким як освіта, підготовка, досвід роботи, навички або ліцензії, і здатна виконувати основні або основні обов'язки роботи з або без прийнятного житла.

Внаслідок змін до ADA, внесених Законом про поправки до ADA від 2008 року, людям тепер набагато простіше встановити, що вони є особами з обмеженими можливостями та мають право на захист ADA. Наприклад, термін «основна життєва діяльність» включає у собі як такі дії, як ходьба, зір, слух і концентрація, але й роботу основних функцій організму, як-от функції мозку і нервової системи.

Крім того, порушення не повинно перешкоджати чи сильно чи значно обмежувати виконання основної життєвої діяльності, щоб вважатися суттєво обмежуючою; визначення того, чи суттєве порушення обмежує основну життєдіяльність, має здійснюватися без урахування будь-яких пом'якшуючих заходів (наприклад, ліків чи допоміжних пристроїв, таких як протези кінцівок), які людина використовує для зменшення наслідків порушення; а порушення, які є епізодичними або у стадії ремісії (наприклад, епілепсія або посттравматичний стресовий розлад), вважаються інвалідністю, якщо вони суттєво обмежуватимуть в активному стані.

Крім того, відповідно до Закону про переваги ветеранів ветерани з інвалідністю і без неї мають право на перевагу перед іншими при прийомі на роботу з конкурсних списків відповідних кандидатів і можуть розглядатися для отримання спеціальних позаконкурсних призначень, на які вони мають право.

Федеральні агентства також можуть використовувати спеціальні правила та положення, які називаються «спеціальними органами по найму», для найму людей з обмеженими можливостями поза звичайним конкурсним процесом найму, а іноді навіть зобов'язані віддавати перевагу ветеранам, у тому числі ветеранам-інвалідам, при прийнятті рішень про найм.

ОЦІНКА ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Дерев'янку Т.В.

Полтавський національний педагогічний університет ім. В.Г. Короленка

В умовах війни посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) належить до одного з клінічних видів бойової психічної патології і може виникати в учасників бойових дій після впливу травматичного фактора у віддалені терміни. Досліджено, що ПТСР можуть складати від 10 до 50 % усіх медичних наслідків бойових дій. На сьогодні, в умовах військового стану, актуальною проблемою постає діагностика ПТСР, створення ефективної системи реабілітації та соціальної реадптації військовослужбовців – учасників бойових дій.

Метою дослідження було оцінити особливості проявів посттравматичного стресового розладу серед окремих військовослужбовців, які брали безпосередню участь в бойових діях у 2022-2023 рр .

Для дослідження психологічного стану бійців нами було використано методику «Опитувальник симптомів ПТСР» (PCL-5, PTSD Checklist for DSM-5), яка оцінює основні критерії ПТСР, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу. З метою оцінки проявів ПТСР проведено добровільне анонімне тестування серед бійців однієї з бригад штурмової роти військової частини Національної Гвардії України. Вік респондентів – 30-46 років. Тривалість участі захисників у бойових діях проти російських окупантів становить від 3 до 6 місяців.

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 (відсутність симптому) до 4 (максимально виражений симптом) балів в залежності від сили прояву симптому. Учасникам тестування було запропоновано згадати найгіршу подію, уважно прочитати вказані проблеми та відмітити наскільки вони турбували протягом останнього місяця. Тобто, у своєму дослідженні ми використовували версію клінічного інтерв'ю за «минулий місяць». Необхідно зазначити, що бійці, які брали участь в

тестуванні не мали тяжких бойових поранень та перебували на ротації за межами зони бойових дій 2-3 місяці. Для заповнення опитувальника учаснику необхідно 5-10 хвилин. Після того, як задіяні бійці відповіли на всі запитання нами було підраховано загальну суму балів.

За результатами опитування 95,6 % респондентів отримали до 35 балів, тобто посттравматичний розлад малоімовірний, а 4,4 % – більше 35 балів (імовірність присутності посттравматичного розладу). Окремі питання більшість опитаних військовослужбовців (98,3%) оцінили в 4 бали (відчутні вказані реакції). Це, зокрема, вони мають відчуття віддаленості або відокремленості від інших; відчутні проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини); постійні роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка. У 2 бали (помірно виражені) були оцінені такі вказані реакції, як мають сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором; втрачають інтерес до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення; постійне перебування «на взводі» або «на сторожі»; виникають труднощі із зосередженістю тощо.

Таким чином, перебування на війні відноситься до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно перебуває в найсильнішому психоемоційному стресі, переборюючи його вольовими зусиллям. У більшості бійців спостерігалися наступні окремі симптоми ПТСР: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення); амнезія на окремі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); гіперзбудження; потреба все контролювати; нестабільний емоційний стан; втрата інтересу до звичної діяльності. До вторинних симптомів ПТСР належить: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм (особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань) тощо. Посттравматичні стресові порушення можуть нагадати про себе різними проявами у будь-яку мить, сприяти формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОЛОСОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЯКІ ОТРИМАНІ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС.

Добронравова І.В., Титаренко О.В.

Війна в Україні принесла багато бід та страждань. Люди перебувають у стані постійного стресу. Тривалий стрес супроводжується тривожністю, постійним перевтомою нервової системи, виснажує організм і веде до розвитку різних захворювань, до яких належать і функціональні порушення голосу, у виникненні яких стан психоемоційної сфери відіграє провідну роль. У свою чергу порушення процесу комунікації, обумовлене голосовим розладом, болісно переживається хворими і негативно позначається на їх нервово-психічному стані. Виникає замкнене коло. Тривалий перебіг захворювання спричиняє виснаження нервової системи, посилення психотравмуючої ситуації, що ускладнює процес реабілітації.

У нашій клініці проводилась робота з вивчення нервово-психічного та емоційного стану осіб із порушенням голосу, які постраждали під час війни. Серед тих, що спостерігалися, були люди, які побували в зоні бойових дій, перенесли окупацію, переселенці, учасники бойових дій, жителі тилу. Було проведено вивчення скарг, анамнезу, фонаторної функції, фонаційного дихання. Було визначено форму голосового розладу та тривалість перебігу захворювання. Вивчення психоемоційного стану проводилось за методиками РНП, САН. Методика психологічної діагностики "РНП" - визначення рівня невротизації та психопатизації, дозволяє виявити преневротичні розлади, визначити та оцінити "групу ризику" зі схильністю до розвитку неврастенічних реакцій, дозволяє отримати досить точні числові дані рівня невротизації та психопатизації, має високу диференційно-діагностичну достовірність. Методика "САН" - дозволяє визначити рівні порушення самопочуття, активності та настрою, тобто оцінити емоційне тло людини. Вивчалось стан біоелектричної активності головного мозку.

Обстежено 196 осіб із функціональними розладами голосу віком від 18 до 75 років. У тому числі жінок було 152 (77,6 %) чоловіків – 44 (22,4 %). У

загальній структурі голосових порушень гіпотонусна дисфонія зайняла 60,7 %, афонія – 19,6 %, фонастенія становила 16,1%, гіпертонусна дисфонія – 3,6 %. У гострій стадії хвороби спостерігалось – 112 осіб, у хронічній – 84.

Оцінюючи психо-емоційного стану пацієнтів виявлено, що у 27 % хворих із гострими порушеннями голосоутворення визначено високий рівень невротизації (4-5 ступеня) і в 34 % - 3 ступеня. У 86 % пацієнтів були сильно підвищені показники самопочуття та активності, показники настрою були знижені у 97% випадків. Поєднання цих даних кваліфікувалося як порушення психічної адаптації. У 75% хворих з хронічним перебігом гіпотонусної дисфонії та афонії переважали невисокі рівні невротизації (2-3 ступеня) та психопатизації (1-2 ступеня) на тлі менш виражених порушень настрою, при знижених показниках самопочуття та активності, що характеризувалося як період виснаження або дистрес. У цей час посилюється тривожність, занепад сил, сум'яття почуттів, спустошення.

Було встановлено взаємозв'язок між формою, тривалістю голосових порушень та вираженістю рівнів невротизації, психопатизації особистості, порушенням самопочуття, активності, настрою. Це дозволило здійснити диференційовану корекцію нервово-психічного стану у комплексному лікуванні хворих із голосовими розладами.

Поряд з традиційним фоніатричним лікуванням: обмеження (або тимчасове виключення) голосового навантаження, роз'яснювальна психотерапія, реєдукація голосу, вітамінотерапія, загальнозміцнююча, тонізуюча терапія, стимулююча фізіотерапія, проводилася психотропна терапія, призначена диференційовано.

Використовувалися препарати класу тимоізолептики (нормотиміки, тиморегулятори або стабілізатори настрою), здатні вирівнювати настрої та запобігати розвитку психозів, у комбінації з нейрометаболічними стимуляторами (ноотропами), що в свою чергу поділяються на дві групи: з седативною та психостимулюючою дією. Також використовувалася актовегін і глутамінова кислота, як засоби, що мають комбіновану дію на нервову та

м'язову систему, що покращує метаболічні процеси в тканинах. При лікуванні хворих з гострим перебігом голосових порушень, враховуючи вираженість та гостроту психогенних реакцій, на тлі підвищеної психічної активності, підвищення біоелектричної активності головного мозку, для корекції емоційного стану використовували нейрометаболічні стимулятори седативної дії (пікамілон, фенібут, пантогам), дозування суворо індивідуальними.

Так як у групі хворих з хронічним перебігом захворювання у великій кількості випадків були зниження психічної активності, астенизація організму, що супроводжувалися зниженням біоелектричної активності головного мозку, перевагу надавали нейрометаболическим стимуляторам з психостимулюючими властивостями (ноотропіл, бемітіл, амінолон). Враховуючи вираженість вегетативних порушень, притаманних цій групі, проводилася судинна терапія з урахуванням вегетотропної дії ноотропів.

Дані дослідження дозволили встановити певний взаємозв'язок між формою, тривалістю, тяжкістю перебігу голосових порушень та станом психо-емоційної сфери пацієнта, що значно полегшило вибір правильної тактики лікування, проведення реабілітації осіб, які постраждали у воєнний час.

**ПЛОТНИЙ ПРОЕКТ ПРОГРАМИ РОБОТИ ОЗДОРОВЧОГО ТАБОРУ
(ПРИРОДО ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ГРУПИ) ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ
МЕТОДУ «ПРИРОДОТЕРАПІЇ» ТА «РЕАКРЕАЦІЇ»**

Заїка В.М.¹, Страшко Є.Ю.², Лебедєв В.А.³, Чернов А.А.⁴

¹Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», Полтава

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

³Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка», Полтава

⁴«Центр Допомоги врятованим», Полтава

Вступ. Повномасштабне військове вторгнення російської федерації на територію України зумовило найбільшу мобілізацію до лав Збройних Сил України людського ресурсу. Так, за даними з відкритих джерел, було мобілізовано біля 700 тисяч чоловік. Внаслідок участі в проведенні інтенсивних бойових дій, проведення неякісного психологічного відбору кандидатів, відсутністю процедури декомпресії, у військовослужбовців звільнених в запас або у відставку, ветеранів війни та військової служби можуть виникати проблеми всього психологічного та психіатричного спектру.

Діапазон психологічних відхилень може бути вираженим як простою соціальною дезадаптацією, так і тяжкими психіатричними хворобами такими як: депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). В даний проміжок часу державні служби та органи, що опікуються психологічним здоров'ям населення, не мають достатньо ресурсу для забезпечення та проведення повноцінної психологічної реабілітації громадян постраждалих внаслідок воєнних дій, збройних конфліктів і повномасштабної збройної агресії рф, особливою категорією цих громадян є: ветерани війни, ветерани військової служби та військовослужбовці, що безпосередньо приймали участь в бойових діях, що позначилося на їх психологічному благополуччі.

Виклад основного матеріалу. Природотерапія – це форма альтернативної терапії, яка використовує природне середовище, зокрема:

річку; луг; ліс, для покращення фізичного та психічного здоров'я людини. Взаємодія з природою може стимулювати вироблення ендорфінів, а безкраї пейзажі – заспокоюють нервову систему. Сама природа є цілющим фактором, а якщо ще й посилити її вплив психологічним аспектом – результат виходить ефективніший.

Внаслідок дії бойового стресу на психофізичну систему ветерана війни та військовослужбовця змінюється система реагування на зовнішні подразники. Тривала дія стресових факторів на нервову систему бійця, порушує в нього базове відчуття безпеки. Природотерапія здатна виключити дію тригерів небезпеки та через короткий проміжок часу (приблизно тиждень) повернути психофізичний апарат людини до нормального функціонування.

Відновлення через походи (прогулянки) на природу – це добра альтернатива типовій психологічній допомозі, яка багатьох відлякує, адже часто всередині пацієнтів включається внутрішній протест перед відвідуванням практичного психолога. Разом з тим не виключає індивідуальної роботи з учасником програми професійного психолога, така робота здійснюється не в кабінеті.

Психологічна допомога надається за запитом учасника програми оздоровчого табору (природо терапевтичної групи) на природі у невимушеній обстановці. Можливим та доцільним є варіант роботи практичного психолога в групі де обговорюються проблемні питання, що часто виникають, дається зворотній зв'язок на почуття та думки кожного. Групова робота дозволяє учаснику програми відчувати спільність і те що його розуміють та підтримують, що в свою чергу виступає превенцією суїцидальних нахилів, адже дозволяє побудувати соціальні зв'язки на емоційній основі.

Рекреація («відновлення») це – комплекс оздоровчих заходів, що здійснюються з метою відновлення нормального самопочуття та працездатності здорової, але стомленої людини. Рекреаційна діяльність

пов'язана з використанням ландшафтів і значних територій. І у цьому сенсі вона конкурує із сільським та лісовим господарством, рибальством, промисловістю, гірничою справою та іншими видами суспільної виробничої діяльності, де використовуються природні ресурси.

Природотерапія є найбільш органічним методом терапії, бо відновлення полягає не стільки у присутності психолога, а в тому, як учасник програми реагує на природу: сонце, спів птахів, дзюрчання води в річці, шелест листя в лісі, тріск згоряючих дров у багатті. Після цього він повертається у своє звичайне довкілля наповненим позитивними емоціями і відновленим. Мозок опрацьовує травматичний досвід під час сну, але якщо він надто глибокий, то сну не вистачає. До того ж часто виникає безсоння, а походи на природу та робота там із фахівцями/інструкторами допомагають пережити травму. Похід (прогулянки) на природу знижує стрес, розвантажує людину психологічно, допомагає відновитись, відтак з'являється віра в себе, покращується робота імунної системи та настрої. Засоби природотерапії дозволяють створити безпечне середовище для опрацювання травматичного досвіду в колі однодумців, ступінь втручання в цей процес психолога залишається на вибір учасника програми, який і є носієм цього травматичного досвіду.

У поході людина мусить підійматися або опускатися вгору, долати природні перепони, поставити собі намет, назбирати дрова на багаття, приготувати їжу. На все це потрібні сили, які й з'являються у процесі роботи. У терапії також активно розвивається напрям спортивної культури, трудотерапії та садівництва.

Такі прості дії з самообслуговування дозволяють людині знову відчувати свою цінність як індивіда та повертають йому суб'єктність, тобто відповідальність за власні дії та віру у себе як в особу, яка керує та контролює своє життя.

Висновок. Людський організм – божественна у своїй довершеності саморегульована, збалансована система, яка, однак, постійно зазнає

внутрішніх і зовнішніх збуджуючих впливів. І коли вони виходять за певні межі адаптації, це призводить до дисбалансу, відтак запускається механізм патологічних змін. Методи «природотерапії» та «рекреації» можуть допомогти людині відновити внутрішню гармонію, знизити рівень стресу, відчуття тривоги, змінити ставлення до травматичного досвіду, покращити фізичне та психологічне здоров'я, також допомогти організму самому відновити порушену рівновагу.

Один із найсерйозніших викликів, з яким стикаються ветерани війни, військової служби та військовослужбовці - це розгубленість та відірваність від того контексту, в якому вони раніше жили. Відпочиваючи походи на природу не високої категорії складності (піші, вело або водні) та прогулянки дають можливість побути серед своїх, набратись душевних та емоційних сил, відпочити, щоб адаптуватись до оточення, з'являється надія, що люди, які познайомляться у походах, будуть далі спілкуватися, адже соціальна ізоляція - це також руйнівний фактор для особистості, які потрібно здолати.

ПАРАМЕТРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ ЯК ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОРАНЕНИХ З НАСЛІДКАМИ ВОГНЕПАЛЬНОГО ПОЛІСТРУКТУРНОГО ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

Заславський П.С.

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,
Івано-Франківськ, Україна

Для вогнепальної травми характерні тяжкі пошкодження, що обумовлено кардинальною еволюцією вогнепальної зброї та вибухових боєприпасів, зокрема різко збільшеною забійною силою його новітніх зразків. Це потребує оптимізації комплексного лікування та реабілітації поранених, використання диференційованої хірургічної тактики.

Мета: оцінити ефективність впливу розробленої програми кистьової терапії на параметри функціонального стану передпліччя у поранених з

наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя у постімобілізаційному періоді.

Матеріали і методи. У процесі обстежено 49 військовослужбовців з наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя. Обстежених осіб методом простої рандомізації було поділено на дві групи: групу порівняння (ГП) та основну групу (ОГ).

ГП - 23 поранених військовослужбовців - проходили реабілітацію згідно принципів, рекомендованих до застосування у постімобілізаційному періоді при травмах передпліччя у поліклінічних умовах.

ОГ (26 поранених військовослужбовців) склали хворі, які проходили реабілітацію за розробленою програмою із застосуванням засобів та принципів кистьової терапії. У програмі використовували терапевтичні вправи та функціональне тренування для китиці та пальців, передпліччя, плеча, всіх суглобів верхньої кінцівки, зокрема із застосуванням гіроскопічного тренажера, еластичних еспандерів та терапевтичного пластиліну з різною пружністю «Thera-Band», обтяжувачів різної ваги, із використанням механотерапевтичного стола «MAPS THERAPY»; масаж верхньої кінцівки; кінезіологічне тейпування; лікування положенням у досягнутих положеннях корекції за допомогою індивідуальних динамічних ортезів, виготовлених з низькотемпературного пластику. В процесі реабілітації визначали індивідуальні коротко- та довготривалі цілі для кожного пацієнта у форматі «SMART». Тривалість програми становила 2 місяці

Результати. У поранених з наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя у постімобілізаційному періоді виявлено больовий синдром у ділянці травми, обмеження амплітуди рухів у променево-зап'ястковому та ліктьовому суглобах, зниження сили китиці, що є факторами порушення нормального функціонування верхньої кінцівки. Після реабілітаційного втручання у всіх обстежених осіб виявлено зменшення інтенсивності болю в спокої та при рухах, відбулось покращення

амплітуди рухів у суглобах, збільшилась сила китиці. За всіма досліджуваними показниками пацієнти обох груп виявили статистично значуще кращий результат у порівнянні із вихідними даними ($p < 0,05$), проте особи основної групи показали кращий результат, ніж пацієнти групи порівняння ($p < 0,05$).

Досвід роботи сучасних реабілітаційних закладів зі спеціалізацією на відновленні функції верхньої кінцівки підтверджує високу ефективність спільної роботи кистьових хірургів та кистьових терапевтів. Відповідно, враховуючи високий запит на такі втручання з боку військової медицини, доцільно впроваджувати кистьову терапію для військовослужбовців з пораненнями верхньої кінцівки, зокрема – передпліччя.

Висновки. Програма кистьової терапії продемонструвала статистично значуще кращий вплив ($p < 0,05$) на всі досліджувані показники у порівнянні із поліклінічною реабілітаційною програмою, що підтверджує необхідність застосування у пацієнтів з ушкодженнями верхньої кінцівки спеціалізованих напрямки відновлення, які враховують анатомо-фізіологічні особливості верхньої кінцівки та її роль у здійсненні активностей повсякденного життя.

МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СИНДРОМОМ

Кондак Н.М¹., Калмикова Ю.С^{1,2}.

¹*Харківська державна академія фізичної культури*

²*КНП «Міська дитяча лікарня № 5».*

Харків, Україна

Анотація. У тезах розглянуто методи психологічної допомоги дітям з посттравматичним синдромом. Зазначено, що терапію варто проходити як можна раніше, взаємодіючи з батьками.

Ключові слова. Війна, страх, діти та підлітки, втрата, психологічна корекція.

Вступ. Війна яка змінила кожному життя на до і після. Війна в якій діти забули про дитинство і спокійне життя. Переживання травматичних подій та втрат під час війни може призвести до серйозних психологічних страждань у дітей та їхніх родин. Надання дітям систематичної психосоціальної підтримки на ранньому етапі не може позбавити страждань і психологічного болю, але здатне посприяти загальному оздоровленню та благополуччю дітей.

Стратегія Ради Європи з прав дитини на 2022-2027 роки передбачає способи запобігання та захисту дітей від насильства, серед яких – підвищення обізнаності про важливість психологічної підтримки дітей у державних системах охорони здоров'я та освіти та спрощення доступу дітей до таких послуг. У цьому ж документі передбачено спеціальну главу про права дітей у кризових і надзвичайних ситуаціях, де рекомендовані заходи щодо захисту дітей під час кризи охорони здоров'я, зокрема через підтримку психологічної стійкості дітей, забезпечення їхнього права на освіту та соціальне включення, а також шляхом сприяння цифровому громадянству для дітей, які мають зміцнити їхню здатність реагувати на кризу. Окрім того йдеться про розвиток потенціалу та інструментів для підтримки держав-членів у захисті дітей під час збройних конфліктів і в реінтеграції та реабілітації дітей, які повертаються із зон конфлікту.

Мета та завдання дослідження. Визначити найефективніші методи психологічної допомоги.

Матеріал і методи дослідження. Історії батьків, підлітків з соціальних мереж та через розмову зі знайомими. Збирання анамнезу завдяки іграм у дітей молодшого віку. Взаємодія батьків з дитиною.

Результати дослідження та їх обговорення. Кожна дитина має свій спектр реакцій на травматичні події, які відбулися в її житті (табл. 1).

Таблиця 1

Спектр реакцій на травматичні події, які відбулися в житті дитини

Діти дошкільного віку	Діти молодшого шкільного віку	Діти підліткового віку
Проблеми зі сном	Нечітке або викривлене розуміння події	Відстороненість, сором і почуття провини
Несприйняття смерті	Почуття власної відповідальності	Самосвідомість
Дитина не розмовляє, не тримання сечі	Страх повторення події	Неконтрольована поведінка
Страх повернення події	Наплив почуттів	Різкі зміни в міжособистісних стосунках
Загальні страхи	Проблеми зі сном	Радикальні зміни у ставленні
Безпорадність і пасивність	Скарги на фізичні симптоми	Труднощі зі сном

Багато бажано провести екстрену допомогу, безпосередньо, після травмуючої події – в перші кілька днів. Вона надається також при появі гострої симптоматики, що відбувається в результаті додаткових стресів.

Для відновлення психоемоційного стану розділ психології виділяє наступні етапи опрацювання:

1. Робота з батьками дитини, опікунами або родичами. Необхідно встановити психологічний контакт психолог-батьки-діти;
2. Встановлення причини даного стану, що саме викликало патологічний ефект (після чого);
3. Безпосередньо робота з дітьми, використовуючи основні психологічні методи;
4. Оцінка корекційних впливів на дитину, поради для легкого подолання нових стресових ситуацій.

Щоб зрозуміти дитину, варто здійснити до неї вірний підхід, це можливо зробити через ігри, музику, танці, пісні, піщану терапію та казкотерапію. У таблиці 2 наведено приклад психологічної корекційної терапії залежно від віку дітей та підлітків.

Таблиця 2

Методи психологічної корекції дітей та підлітків

Вік Терапія	Ранній вік (1-3 роки)	Дошкільний вік (3-7 років)	Молодший шкільний вік (від 8 до 12 років)	Підлітковий вік (від 11 до 15 років)
Піщана терапія	+	+	+	+
Казко терапія	+	+		
Мандала			+	+
Спорт		+	+	+
Імітація тварин	+	+		
Helping Hand («Рука допомоги») — гра			+	+

Піщана терапія дає можливість дитині перебувати у стані спокою і бути собою. Під час піщаної терапії дитина може будувати-руйнувати-будувати -перебудовувати, що сприятливо впливає на психо-емоційний стан дитини у доланні певних труднощів.

За допомогою казок можна створити безпечну зону для дитини, поки вона ототожнює себе з героєм, а при описі психотравмуючої ситуації.

Манда́ла (Mandala) ме́тод – в перекладі з санскриту «коло». Мандалу використовували як інструмент для медитацій, для виявлення загальних асоціацій дитини.

Спорт. Діти сповнені енергії. Спорт може стати виходом для неї та спрямуванням у позитивне русло. Спорт також допоможе розвивати фізичні здібності дітей, але важливо захистити їх від травм.

Імітація тварин. Дітям пропонують наслідувати різноманітних тварин. Пересуваючись на руках і колінах, діти рухаються і граються. Вони можуть стрибати, як жабка, або ходити перевальцем, як пінгвін. Можна вигинати спину, перевертатися на спині, тупотіти ногами або тягнутися максимально високо вгору.

Гра *Helping Hand* («Рука допомоги»). Клінічний психолог Солфрід Ракнес (Solfrid Raknes) є провідним ініціатором відзначеного нагородами когнітивно-поведінкового матеріалу *Helping Hand* («Рука допомоги»), що наразі доступний як цифрова гра. Вона пропонує підліткам способи, щоб впоратися з травмою. Гру розроблено для того, щоб посилювати ухвалення підлітками позитивних рішень і скеровувати на пошук допомоги, коли вона їм потрібна.

Висновки. Надання психологічної допомоги дітям та підліткам найактуальніша сьогодні. Завдяки, використанню запропонованих етапів та методів ми реалізуємо комплексний підхід до ефективного результату. Допомога, яка надається своєчасно має позитивний вплив на лікування.

**ТУБЕРКУЛЬОЗ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ:
ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В ПОЛЬЩІ**

*Краснова О.І.¹, Голованова І.А.¹, Краснов О.Г.¹, Люлька О. М.¹,
Ляхова Н. О.¹, Белікова І. В.¹, Мирошниченко Л. І.²*

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради, Полтава, Україна

Згідно статистичних даних Всесвітньої організації охорони здоров'я за 2021 рік, в світі 10,6 мільйона людей захворіло на туберкульоз. Ще більш невтішна статистика щодо померлих - 1,6 мільйона людей.

В Україні спостерігається збільшення захворюваності на туберкульоз. В 2022 році збільшився на 2,5 % показник уперше виявленим туберкульозом з рецидивами у порівнянні з 2021 роком.

Війна, яка триває в Україні, негативно вплинула на поширення захворюваності на туберкульоз серед населення. В подальшому фахівці прогнозують погіршення ситуації з захворюваністю на туберкульоз, яке буде спостерігатися ще кілька років. С початком війни багато українців вимушені були мігрувати в інші країни світу. Через великомасштабну війну більше 300 хворих на туберкульоз виїхали з України. Ті, що знаходились на лікуванні, вимушені були перервати його.

Серед країни Європи, Польща була одна з тих, хто прийняв найбільшу кількість українців. Серед біженців було більше 90 хворих на туберкульоз, які потребували лікування. Польща зіткнулася з проблемою нехватки ліків для хворих на туберкульоз з лікарсько-стійкою формою, адже показник поширення туберкульозу в Польщі значно нижчий ніж в Україні і не було наявності необхідної кількості ліків. Для вирішення проблеми уряд Польщі при підтримці Всесвітньої організації охорони здоров'я розробив систему заходів, щоб забезпечити українських пацієнтів якісною, доступною, а головне безкоштовною медичною допомогою. Було придбано необхідний курс лікування мультирезистентного туберкульозу.

Сьогодні в польській системі протитуберкульозної допомоги відбулися значні зміни. При підтримці Всесвітньої організації охорони здоров'я, до інституту туберкульозу и хвороб легень у Варшаві, долучилась міжнародна партнерська організація «Лікарі без кордонів», яка має досвід допомоги біженцям та забезпечує допомогу хворим на резистентну форму туберкульозу.

В Польщі амбулаторна модель лікування хворих на туберкульоз з множинною лікарською стійкістю передбачає лікування хворих на дому, під наглядом лікаря. Головна ціль програми це використання сучасних медикаментозних методів лікування туберкульозу з множинною лікарською стійкістю в амбулаторних умовах. Лікування хворих на туберкульоз це складний та довготривалий процес. При лікуванні хворих в амбулаторних умовах важливим є не тільки доступ до сучасних та ефективних методів діагностики, також повинні враховуватися соціальні аспекти. Організація «Лікарі без кордонів» надає хворим з мультирезистентною формою туберкульозу соціальну та психологічну допомогу, яка відіграє важливе значення в подальшому лікуванні. Це дає можливість хворому продовжувати здійснювати свою громадську та професійну діяльність, значно поліпшує його психофізичний стан та ефективність лікування.

Ця програма також охоплює хворих на туберкульоз, які приїхали з України. Для хворих на туберкульоз важливим є забезпечення безперервності лікування. Враховуючи ці аспекти, партнерська організація «Лікарі без кордонів» відразу направляє прибулих з України, хворих на туберкульоз в лікувальні заклади, аби вони могли продовжувати лікування не перериваючи його. Хворим призначають лікування і вони лікуються вдома. Особливо це підходить для жінок, які мають маленьких дітей і не можуть цілодобово знаходитися в стаціонарі. Організація підтримує своїми знаннями польський медичний персонал та проводить для польського медичного персоналу семінари.

Таким чином, на сьогоднішній день відбулись системні зрушення в доступі до протитуберкульозної допомоги в Польщі з акцентом на пацієнто орієнтований підхід.

ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД У ДІТЕЙ: НАСЛІДКИ ТА МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Куницька Д. Л., Козар Т.І.

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність

Травматичний досвід у дітей є серйозною проблемою, яка може мати значний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я. Діти, які пережили травму, можуть страждати від широкого спектру проблем, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривогу, депресію, проблеми з поведінкою, порушення сну та когнітивні порушення.

Війна в Україні є одним із найсерйозніших травматичних подій, які переживають діти в останні роки. Мільйони українських дітей були змушені покинути свої домівки, стали свідками насильства та втрат, а деякі з них навіть були залучені до бойових дій. Ці досвіди можуть мати руйнівний вплив на психічне здоров'я дітей, і є ризик, що вони будуть страждати від ПТСР та інших проблем протягом багатьох років.

Мета

Дослідити наслідки травматичного досвіду у дітей та розглянути різні методи психологічної допомоги, які можуть бути використані для допомоги цим дітям.

Матеріали та методи

Матеріали і методи включають аналіз наукових статей з психології та психіатрії, вивчення доповідей урядових установ та міжнародних організацій, а також аналіз інтерв'ю з психологами та психотерапевтами, які спеціалізуються на роботі з дітьми, що пережили травму, з метою розкриття впливу травми на психічне здоров'я дітей та з'ясування ефективних підходів у роботі з цією групою.

Результати

Травматичний досвід у дітей може мати широкий спектр наслідків, включаючи:

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР - це психічний розлад, який може виникнути у людей, які пережили травмуючу подію. Симптоми ПТСР можуть включати повторювані спогади про травму, кошмари, тривогу, уникнення місць і людей, пов'язаних з травмою, а також емоційне оніміння.

Тривога. Діти, які пережили травму, можуть страждати від різних видів тривоги, включаючи панічні атаки, соціальну тривогу та obsесивно-компульсивний розлад.

Депресія. Депресія - це психічний розлад, який може супроводжуватися почуттям смутку, безнадії, втрати інтересу до занять, які раніше подобалися, а також проблемами зі сном і апетитом.

Проблеми з поведінкою. Діти, які пережили травму, можуть страждати від різних проблем з поведінкою, включаючи агресію, порушення дисципліни, а також проблеми з навчанням.

Порушення сну. Діти, які пережили травму, можуть страждати від різних порушень сну, включаючи безсоння, кошмари та нічні страхи.

Когнітивні порушення. Діти, які пережили травму, можуть страждати від різних когнітивних порушень, включаючи проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги та навчанням.

Існує ряд ефективних методів психологічної допомоги, які можуть бути використані для допомоги дітям, які пережили травму. Ці методи включають:

Індивідуальна психотерапія

Плюси:

- Індивідуальна психотерапія може бути дуже ефективною для допомоги дітям, які пережили травму.
- Психотерапевт може надати дитині індивідуальну увагу і підтримку, які вона потребує.

- Психотерапевт може допомогти дитині обговорити травму, зрозуміти її наслідки та розвинути механізми подолання.

Мінуси:

- Індивідуальна психотерапія може бути дорогою.
- Індивідуальна психотерапія може займати багато часу.
- Не всі діти можуть бути готові до індивідуальної психотерапії.

Групова психотерапія

Плюси:

- Групова психотерапія може бути менш дорогою, ніж індивідуальна психотерапія.
- Групова психотерапія може займати менше часу, ніж індивідуальна психотерапія.
- Групова психотерапія може бути корисною для дітей, які відчувають себе самотніми та ізольованими після травми. Діти можуть поділитися своїм досвідом з іншими дітьми, які пережили схожі травми, і отримати підтримку від інших учасників групи.

Мінуси:

- Групова психотерапія може не бути такою ефективною, як індивідуальна психотерапія.
- Не всі діти можуть бути готові до групової психотерапії.

Психосоціальна терапія

Плюси:

- Психосоціальна терапія може бути корисною для дітей, які мають проблеми з соціальним та емоційним розвитком.
- Психосоціальна терапія може допомогти дитині розвинути навички спілкування, вирішення конфліктів та управління емоціями.

Мінуси:

- Психосоціальна терапія може бути не такою ефективною, як індивідуальна психотерапія або групова психотерапія.
- Психосоціальна терапія може займати багато часу.

Медикаментозна терапія

Плюси:

- Медикаменти можуть бути корисними для лікування деяких симптомів травми, таких як тривога, депресія та проблеми зі сном.
- Медикаменти можуть допомогти дитині функціонувати краще в повсякденному житті.

Мінуси:

- Медикаменти можуть мати побічні ефекти.
- Медикаменти не є ліками від травми і повинні використовуватися лише в поєднанні з іншими методами лікування.

Висновок

Травматичний досвід у дітей є серйозною проблемою, яка може мати значний вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я. Однак існує ряд ефективних методів психологічної допомоги, які можуть допомогти дітям, які пережили травму, подолати наслідки травми та відновити своє здоров'я.

ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Лозовікова Вікторія

Херсонський державний університет, Херсон, Україна

За інформацією фахівців, більше психологічної допомоги потребують люди, які пережили травмуючі події — безпосередньо зіткнулися з наслідками війни (втрата близької людини, полон, зґвалтування, ракетні удари, тортури). Українцям знадобиться мінімум 15 років для відновлення психічного здоров'я після війни.

За ініціативою першої леді Олени Зеленської створено Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?» яка стартувала у березні 2023 року. Місія проєкту – зробити піклування про ментальне здоров'я щоденною звичкою для українців. У фокусі уваги Програми – як подолати стрес та негативні емоції під час війни та як знаходити сили для психологічного

відновлення. Пропонуються дієві механізми, які допомагають психологічній стійкості у часи повномасштабної війни. Зокрема, посібник про базові навички турботи про себе та інших, додаток BetterMe: Mental Health, проєкт ЮНІСЕФ «Поруч», під час якого проводяться консультації для підлітків, вчителів і батьків. За даними фахівців, 80% людей можуть впоратися з психологічними проблемами, якщо опанують відповідні навички. Розробку та впровадження Всеукраїнської програми ментального здоров'я координує Міністерство охорони здоров'я України. Всесвітня організація охорони здоров'я – експертний партнер, виконавчий партнер – громадська організація «Безбар'єрність». Майданчиком для розробки та ухвалення рішень є Міжвідомча координаційна рада при Кабінеті міністрів України. Комунікаційна кампанія реалізується за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID). Кожне міністерство зробить все можливе за своїм «напрямом».

Пріоритетний проєкт МОЗ України «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги» має на меті розбудову спроможності первинної та спеціалізованої (амбулаторної) ланок медичної сфери надавати доступні, своєчасні, якісні та безоплатні послуги з психічного здоров'я. Дорожня карта цього проєкту включає: масштабування навчання mhGAP, інформування пацієнтів та зниження стигми в медичному середовищі, оновлення клінічного маршруту пацієнта та карти планового перенаправлення, впровадження гарантованого пакету послуг на первинному та вторинному/амбулаторному рівнях медичної допомоги та динамічне удосконалення перегляд тарифу та обсягу послугу за пакетом, розробка та впровадження пакета послуг на вторинному/амбулаторному рівнях, налагодження взаємодії первинного і вторинного рівнів та інтеграція з сервісами у громаді, напрацювання ефективних алгоритмів перенаправлення пацієнтів. Від реалізації проєкту МОЗ пацієнти матимуть конкретні та відчутні переваги: психологічна підтримка сімейного лікаря та доступність послуги за місцем проживання.

Міністерство оборони України створить спеціальні центри для відновлення психічного здоров'я військових та їхніх сімей. Війна, умови переднього краю, активні бої створюють надлюдські навантаження на психіку людини, тому Міністерство оборони України та Генеральний штаб ЗСУ в рамках пілотного проєкту «Створення системи психологічного відновлення особового складу Збройних Сил України "RECOVERY"» запустили систему психологічного відновлення захисників і захисниць, які воюють прямо зараз на передньому краї.

Психологічне відновлення сприятиме збереженню людського ресурсу, забезпечить повний цикл контролю бойового стресу і зменшить навантаження на медичну сферу. Діють центри відновлення ментального здоров'я які мають на меті забезпечити ефективні взаємодію та координацію з органами виконавчої влади, правоохоронними та іншими державними структурами, місцевим самоврядуванням, громадськими організаціями і розбудувати дієвий механізм адміністрування потреб, ресурсів та послуг. «Наступним етапом для Міноборони та Генерального штабу ЗСУ стане масштабування цього проєкту».

Міністерство у справах ветеранів впроваджує стратегію переходу від військової служби до цивільного життя та розробить застосунок, який допоможе ветеранам інтегруватися у мирне життя. В рамках цього проєкту планується групова реабілітація українських захисників. Це може бути група і з військовослужбовцями-ветеранами, також з родинними ветеранів. Вони будуть проходити групову психологічну [реабілітацію](#), починаючи з роботи з мультидисциплінарною командою, і при цьому долучати і спортивну реабілітацію. У серпні Міністерство у справах ветеранів розпочало відбудову знищеного загарбниками [реабілітаційного центру в Бородянці](#) під науково-практичний центр психічного здоров'я. Фахівці працюють над створенням мережі Центрів ветеранського розвитку при профільних вищих навчальних закладах, пілотний проєкт зараз реалізують у Вінниці. Запровадження таких центрів дозволить запустити ефективну систему

супроводу та професійної адаптації [ветеранів війни](#) та ветеранів військової служби після звільнення та підтримки членів їх родин.

Пілотний проєкт «Посилення спроможності та стійкості територіальних громад шляхом створення Центрів Життестійкості» реалізується Міністерством соціальної політики України. На базі Центрів надаватимуться соціальні послуги, зокрема інформування, консультування та соціально-психологічна допомога. Очікується, що діяльність таких Центрів сприятиме зміцненню психосоціальної стійкості населення громади та координації волонтерської діяльності.

Досвід Ізраїлю засвідчив, наскільки важливою є групова терапія, робота з сім'ями та дітьми, психологічна підтримка саме на ранніх етапах, яка дозволяє уникнути подальшого загострення стану здоров'я.

До кінця 2023 року заплановано облаштувати 20 центрів життестійкості по Україні. На сьогодні вже розпочато проєктування такого центру в Ірпені – одному з міст, що найбільше постраждали внаслідок воєнної агресії Росії на Київщині. У перспективі максимальний план – 1500 таких центрів по всій Україні. Для цього потрібно підготувати більше 7 тис. соціальних працівників, психологів, кейс-менеджерів. У межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я, уже 2 тис. українських фахівців пройшли навчання в Ізраїльському центрі травми та стійкості NATAL: опановували допомогу після травматичних подій, в екстрених ситуаціях, роботу з ПТСР, із постраждалими від сексуального насильства, пацієнтами з ампутованими кінцівками.

Переваги для громади. Створення “єдиної точки звернення” для надання соціальних послуг, зокрема інформування, консультування та соціально-психологічної допомоги, зниження загального рівня стресу та тривожності у населення громади. Доступний простір для проведення тренінгів (наприклад, тренінги щодо реагування на кризові ситуації для вчителів, лікарів, працівників ОМС) та ін. Підвищення соціальної

спроможності та згуртованості в громаді, зокрема, інтеграція та адаптація ВПО та ветеранів. Зміцнення волонтерського руху.

Міністерство освіти і науки України трансформує психологічну службу в системі освіти, щоб ментальний добробут 700 учнів не лягав на плечі одного шкільного психолога; Програму Екосистема психологічної допомоги запроваджує МОН разом з Інститутом модернізації змісту освіти і Асоціацією інноваційної та цифрової освіти завдяки підтримці міжнародних партнерів.

Екосистема психологічної допомоги у сфері охоплює всіх учасників освітнього процесу: освітян, шкільних психологів, керівників навчальних закладів, учнів, студентів та їх батьків/опікунів. Заходи направлені на осіб, які не мають фахової психологічної освіти та досвіду роботи з клінічними випадками, оскільки в нинішній ситуації всі учасники освітнього процесу потребують знань та навичок емоційної підтримки, вміння самим справлятися зі стресом та надавати першу психологічну допомогу іншим, якщо вони цього потребуватимуть. Фінансування зазначеного проєкту було здійснено завдяки підтримці Європейського Союзу. В межах екосистеми освітяни можуть пройти курс підвищення кваліфікації «Перша психологічна допомога учасникам освітнього процесу під час та після завершення воєнних дій». Курс створено за участю провідних експертів з психології Ізраїлю та США. В межах курсу слухачі опанують навички та техніки першої психологічної допомоги за міжнародними протоколами для застосування під час навчального процесу. Розрахований на вчителів та шкільних психологів.

МВС України – створює алгоритм надання кризової психологічної допомоги та супроводу людей у надзвичайних ситуаціях, який діятиме не лише під час події, але й згодом. Основна мета – забезпечити повний цикл підтримки людини, яка постраждала внаслідок надзвичайної ситуації. Після кожної надзвичайної події постраждалі перебувають у важких психологічних станах. Зазвичай, першу допомогу, в тому числі психологічну, надають працівники [ДСНС України](#) або [Національна поліція України](#). Постраждалі

потребують подальшого супроводу та психосоціальної підтримки. Відповідний алгоритм, над яким МВС працює, дозволить затвердити єдині правила перенаправлення постраждалої особи від психологів ДСНС чи НПУ до інших фахівців, аби людина не лишалася один на один зі своїми проблемами

Міністерство молоді та спорту України – через платформу СпівДія надає психологічну підтримку дорослим, дітям і підліткам. Для збереження та відновлення ментального здоров'я дітей на базі проекту "[СпівДія заради дітей](#)" по всій Україні створили дружні простори. Тут через програму неформальної освіти діти можуть отримати таку необхідну сьогодні якісну психоемоційну підтримку. А ще — познайомитися з новими друзями, дізнатися більше про навколишній світ та поділитися своїми переживаннями. Проект "СпівДія заради дітей" зараз реалізується у 22 містах та містечках України. Також проєкт пропонує спеціальну систему занять з елементами STEAM — тобто охоплення природничих наук (Science), технологій (Technology), технічної творчості (Engineering), мистецтва (Art) та математики (Mathematics). Статистика проєкту вражає: за рік його існування психоемоційну підтримку отримало вже 84 730 дітей по всій Україні.

Висновок. Рівень психічного здоров'я населення та превенція розладів психіки й надалі істотно впливає на загальний стан здоров'я, економічне відновлення та добробут країни. А травми у тому числі психологічні, зумовлені війною, значно збільшили потребу в послугах реабілітаційної допомоги, тому очевидною є необхідність у розширенні доступу до них.

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПЕРСОНАЛУ ПОЛІЦЕЙСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ

Охріменко І. М.¹, Пронтенко К. В.²

¹Національна академія внутрішніх справ, Київ, Україна

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

Україна

Вивчення психологічного благополуччя персоналу поліцейських організацій, залучення технологій профілактики й корекцій професійних деструкцій, зумовлене не тільки безпосереднім зв'язком цього процесу з ефективністю правоохоронної діяльності, але й можливістю потенційних впливів негативних факторів на життєдіяльність кожного окремого працівника, змінюючи його психічний та фізіологічний стан, що призводить до погіршення здоров'я, психологічних проблем та особистісних змін. Відтак феномен психологічного благополуччя персоналу поліцейських підрозділів варто розглядати в трьох формах прояву, а саме:

1) індивідуальне психологічне благополуччя окремого працівника як здатність ефективно виконувати професійні функції в умовах динамічно мінливого соціального середовища. Відповідальність за цей фактор несе сам працівник (особистість здатна приймати оптимальні рішення в ситуаціях професійного вибору);

2) благополуччя персоналу поліцейської організації як кадрового ресурсу, сприятливі умови ефективного його функціонування й розвитку. Поліцейська організація має бути орієнтована на збереження своєї цілісної кадрової позиції як психологічно безпечного професійного середовища. Відповідальність цієї складової лежить на керівникові органу (підрозділу) поліції;

3) комплексна діяльність усієї системи, що сприяє профілактиці організаційних дисфункцій. Більшість факторів тут пов'язана із взаємодією таких аспектів, як от: урегулювання організаційних відносин, розвиток навичок та компетенцій працівників, впровадження заходів з підтримки фахівців під час виконання функціональних обов'язків тощо. Саме тому в сучасному світі актуальності набуває проблема розробки й реалізації програм вивчення та покращення стану психологічного благополуччя як окремо взятого працівника, так і персоналу організації загалом.

З метою визначення психологічного благополуччя персоналу поліцейських організацій в умовах соціальної напруженості (підвищена

мобільність великих груп населення під час війни, стабілізаційні заходи на деокупованих територіях тощо) нами в 2022 році на базі Національної академії внутрішніх справ було проведено психодіагностичне дослідження серед поліцейських (n=174). Варто зазначити, що для багатьох сучасних правоохоронців об'єктивні реалії викликають ситуації, з якими вони раніше не стикалися в своєму житті та роботі, і які висувають перед ними нові психологічні вимоги. Поряд із цим, високу швидкість соціальних змін опанувати і подолати складно, враховуючи її динамічність. Тим самим перебіг правоохоронної та бойової діяльності не лише неминуче актуалізує особистісний потенціал пересічного правоохоронця, але й ставить перед ним завдання щодо його постійного розвитку й оновлення. Зауважимо також, що психологічне подолання систематичного стресу поліцейськими апелює до процесу їх адаптації в умовах воєнного стану, а саме: забезпечення звикання до критичних та надзвичайних ситуацій.

Отримані результати проведеного нами емпіричного дослідження свідчать про те, що 52.8% сучасних поліцейських мають високий рівень професійного стресу, 32.9% – середній рівень, 14.3% – низький рівень. Доволі значний відсоток високого рівня стресу в правоохоронців вказує на виражену необхідність періодичної психологічної допомоги з боку кваліфікованих фахівців. І лише 14.3% правоохоронців задоволені життям і мають низький рівень психосоціального стресу. Урахування соціального виміру психічного здоров'я дозволяє оцінити успішність особистості в контексті протидії сучасним викликам та успішності соціально-психологічної адаптації до вимог професійної діяльності, що важливо в аспекті психічного здоров'я та благополуччя персоналу правоохоронних органів. Наведені показники певним чином підтверджуються й діагностикою рівня задоволеності особистістю професією поліцейського. Так, зокрема, лише 13.8% поліцейських продемонстрували, що мають високий рівень задоволеності, та їх майже все влаштовує в їх роботі. Натомість, 63.8% правоохоронців мають середній рівень задоволеності. Вони зазначають, що

не все так добре, як хотілося б, психічний стан та настрої останнім часом у багатьох став гірший, виникли певні особистісні зміни та з'явилися певні проблеми, що псує настрої. Серед позитиву наводяться джерела підтримки та позитиву в життєдіяльності, які мотивують їх на результативність, навіть попри певні складнощі в роботі. Низький рівень задоволеності виявляють 22.4% представників персоналу поліцейських організацій; вони не задоволені тим, як у них відбувається перебіг професійної діяльності, періодично мають пригнічений емоційний стан, багато чого їм не вдається в роботі. Вони потребують відповідних змін у способі та моделі функціональної поведінки, адже відсутність задоволеності працею може суттєво позначатися на стані психічного здоров'я особистості правоохоронця. Ступінь задоволеності працею залежить від очікувань й потреб людини, тобто працівника можуть задовольняти одні аспекти роботи і не задовольняти інші. Отже, під час вивчення психологічного благополуччя персоналу поліцейських підрозділів є доцільність ґрунтовного аналізу задоволеності роботою фахівців, оскільки це дає змогу виявити проблемні зони в організації і визначити способи створення сприятливого соціально-психологічного клімату, ефективних й продуктивних умов роботи. Найважливішою складовою частиною дослідження рівня задоволеності працею є визначення факторів задоволеності, до яких слід відносити організаційні чинники, групові чинники (насамперед, особливості професійного оточення) й особистісні фактори (якості й схильності працівників).

У продовження слід зазначити, що показники професійного стресу та рівня задоволеності професією здатні визначати стабільність психічного здоров'я пересічного правоохоронця. Так, за результатами проведеного нами дослідження лише 14.4% поліцейських демонструють стан «процвітання»; 52.3% – помірний стан; 33.3% – стан «пригнічення». Це звісно накладає свій відбиток на вмотивованості працівників та результативності службової діяльності персоналу загалом. З огляду на це упродовж психодіагностичної

роботи серед особового складу поліцейських підрозділів мають визначатися та враховуватися такі показники:

- наявність у роботі та життєдіяльності працівника чітких цілей;
- наявність повноти планів та надій щодо найближчих перспектив;
- позитивне ставлення до себе;
- здатність концентруватися на виконанні конкретних завдань у роботі

або під час навчання;

- отримання задоволення від подолання перешкод та труднощів;
- здатність знімати м'язове та емоційне напруження;
- здатність долати (управляти) професійними стресами;
- здатність висловлювати власні відчуття та переживання тощо.

Емпіричне дослідження також засвідчило той факт, що не всі сучасні правоохоронці в змозі задовольнити власні потреби, щоб належним чином функціонувати, самореалізуватися, виконувати свою суспільну функцію (зокрема, потреби в безпеці та захищеності, стабільності; соціальні потреби). Відповідно до отриманих результатів, 35.1% правоохоронців демонструють низький рівень задоволення зазначених життєвих потреб; 51.7% – мають середній рівень. Слід відзначити, що в зв'язку із соціальною напруженістю завдяки війні люди вимушені багато в чому себе обмежувати, насамперед, в соціальних контактах, що загалом впливає на рівень їх психологічного благополуччя. На окремому етапі професійної діяльності поліцейського актуалізація та домінування цих потреб підпорядковує його поведінку. Прагнення безпеки в службовій діяльності домінує, здебільшого, у критичних та екстремальних умовах, які можуть бути викликані перебігом конкретних психологічно напружених ситуацій. Значний відсоток середнього рівня задоволеності базових та соціальних потреб поліцейського засвідчує певні прорахунки в їх реалізації, що доволі часто потребує належної підтримки з боку найближчого професійного (керівник, колеги тощо) або побутового (сім'я, друзі) оточення. 13.2% опитаних засвідчили високий рівень

задоволення всіх потреб, що певним чином свідчить про їх психологічне благополуччя та відносну стабільність у життєдіяльності.

На етапі актуалізації даних потреб і установок відбувається формування спрямованості мотивоутворення, переважно, на групову діяльність, у тому числі через зарахування та приналежності працівника до професійно спрямованого утворення досвідчених колег по підрозділу. Вони визначають прагнення до неофіційного спілкування, бажання товариських взаємин тощо. І, навпаки, прорахунки в мотиваційній сфері особистості здатні породжувати відчуття приниженості, безпорадності, даремності. Наслідком може бути виникнення відповідних компенсаторних механізмів у вигляді девіантних проявів поведінки.

Отже, узагальнені висновки нашого психодіагностичного дослідження демонструють, що переважна більшість сучасних правоохоронців перебувають у постійному професійному стресі, доволі часто вони не задоволені перебігом своєї професійної діяльності. Разом із тим, значна частина респондентів вказує на певні особистісні зміни останнім часом, що впливає на їх психоемоційний стан, настрій, самопочуття. Вагомий внесок в погіршення стану психологічного благополуччя правоохоронців здійснює соціальна напруга, породжена воєнним станом, що нерідко створює хаос, невизначеність та байдужість. Покращенню ситуації сприятиме надання правоохоронцям комплексної та кваліфікованої психологічної допомоги зі збереження та відновлення їх психічного здоров'я, запровадження сприятливої атмосфери функціонування колективу, чітка й виражена система стимулювання персоналу тощо.

ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ В ФРН: ЗАКОНОДАВЧІ НОВЕЛИ

Пашков В. М.

Лабораторія дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка

В.В. Сташиса НАПрН України,

Полтавський юридичний інститут Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого

За законодавством ФРН, реабілітаційні послуги - це всі медичні послуги, які служать для запобігання, усунення, зменшення або компенсації інвалідності або потреби у догляді, запобігання їх погіршенню або пом'якшенню їх наслідків. Реабілітаційно-профілактичні послуги можуть надаватися амбулаторно чи стаціонарно; вони можуть надаватися за місцем проживання (у разі мобільної реабілітації навіть вдома у реабілітованого або, наприклад, в закладі догляду), у визнаній реабілітаційній клініці або в стаціонарній установі. Крім лікарняних кас, реабілітаційні послуги є обов'язком пенсійного страхування або страхування від нещасних випадків.

Медична реабілітація в рамках обов'язкового медичного страхування призначена для допомоги пацієнтам, які значно погіршили своє повсякденне життя через нещасні випадки або хвороби. Мета полягає в тому, щоб уникнути незворотних порушень чи потреби у догляді або допомогти пацієнтові краще впоратися з наслідками хвороби. У реабілітації поєднуються різні елементи лікування відповідно до індивідуальних потреб: крім медикаментозного або психотерапевтичного лікування, наприклад, фізіотерапія, ерготерапія та методи боротьби з болем.

Що вважається профілактикою або реабілітацією за певної клінічної картини, і яка страховка є правильним носієм витрат, для яких заходів необхідно вирішувати індивідуально. Якщо ви хочете скористатися реабілітацією та/або профілактичним лікуванням, вам слід спочатку поговорити про це зі своїм лікарем. Потім ця людина перевіряє, чи потрібна реабілітаційна послуга з медичної точки зору. Відповідальний орган соціального забезпечення вирішує, чи схвалити реабілітаційний чи превентивний захід. Якщо вам потрібна наступна реабілітація безпосередньо після перебування в лікарні, заяву про це слід подати до лікарні.

Тобто, в Німеччині, кожний громадянин, в тому числі військовослужбовець, відповідно до розділу 4 Кодексу соціального

забезпечення мають право на реабілітацію. Громадяни мають право на необхідні заходи для захисту, підтримки, покращення та відновлення вашого здоров'я та здатності працювати, а також для забезпечення фінансової безпеки у разі хвороби та зниження працездатності.

Для звичайних громадян, після проходження реабілітації повторно подати заяву на реабілітацію можна лише через 4 роки. У особливих випадках, які визначаються клінічною картиною, подальша реабілітація може бути схвалена через 2 роки або раніше.

Всі пацієнти застраховані у лікарняних касах, а також пенсіонери, спільно застраховані подружжя, діти та молодь мають право на медичні профілактичні та реабілітаційні послуги. При цьому, фонди обов'язкового медичного страхування сплачують лише у тому випадку, якщо жодний інший реабілітаційний центр не несе відповідальності. Інші платники: залежно від професійної ситуації та причини хвороби витрати на реабілітацію оплачують або пенсійне страхування, або страхування від нещасних випадків, або страхування на випадок потреби у сторонньому догляді. Але також можуть братися до уваги гарантії старості фермерів, постачальників посібників для жертв війни, управління у справах молоді або постачальників соціальних послуг. Вони зазвичай покривають витрати на лікування та проживання для реабілітації, а також на проїзд до клініки та назад та транспортування багажу.

Наприклад, якщо ви працюєте та застраховані в обов'язковому пенсійному страхуванні, платником реабілітаційних заходів зазвичай є німецьке пенсійне страхування.

Стаціонарні профілактичні та реабілітаційні послуги зазвичай тривають три тижні, амбулаторні реабілітаційні послуги максимум 20 лікувальних днів. Це також відповідає нормальній тривалості геріатричної реабілітації. Стандартна тривалість стаціонарних профілактичних та реабілітаційних заходів для дітей віком до 14 років становить від чотирьох до шести тижнів. За наявності обґрунтованої медичної потреби може бути

запитане продовження. Батьки повинні обговорити це з лікарем і зі своєю медичною страховою компанією.

Протягом багатьох років існує міжвідомча та порівняльна процедура забезпечення якості медичних та реабілітаційних установ: процедура забезпечення якості реабілітації організацій обов'язкового медичного страхування (реабілітаційна процедура QS). Оскільки на даний момент з результатами можуть ознайомитись усі медичні страхові компанії, Національній асоціації фондів обов'язкового медичного страхування було доручено відповідно до Закону про розвиток охорони здоров'я (GVWG) зібрати дані, що належать до установ, у реабілітаційному центрі QS. – Процедура публікації. Це зроблено для того, щоб застраховані особи могли порівнювати реабілітаційні установи і таким чином ефективніше реалізовувати своє право бажати та обирати. Публікація також покликає забезпечити прозорість процесу догляду для родичів та лікарів, зокрема.

ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ З МІННО-ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ

Петрук Л.Г.¹, Богданов К.Г.², Богданов В.К.², Петрук Л.О.³

¹Військово-медичний клінічний центр південного регіону, Одеса

²Одеського національного медичного університету, Одеса

³Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса

З початку повномасштабної воєнної агресії РФ проти України значно зросла кількість осіб з мінно-вибуховою травмою (МВТ) в порівнянні з періодом проведення операції Об'єднаних сил (ООС) на Сході України. В той час співвідношення постраждалих військослужбовців та цивільних осіб за деякими даними становило 3:1. Зараз це співвідношення, із зрозумілих причин, змінилося у бік більшої кількості постраждалих військослужбовців. МВТ — це вогнепальна поєднана травма (політравма), що виникає в людини внаслідок імпульсного впливу комплексу вражаючих факторів вибуху мінних боєприпасів. Одним з факторів ураження при МВТ є акубаротравма.

Під нашим наглядом в ЛОР-відділеннях Військово-медичного клінічного центру південного регіону та Одеської обласної клінічної лікарні за останні 6 місяців знаходилось 382 військослужбовців з акубаротравмою внаслідок МВТ. Аудиометричне обстеження виявило у всіх постраждалих одно- або двобічну гостру нейросенсорну приглухуватість різного ступеню – від 20 дБ до 80 дБ, тобто від 1 ступеню до 4 ступеню. 1 ступінь приглухуватості спостерігалась у 187 хворого, 2 ступінь – у 122, 3 ступінь – у 54, 4 ступінь – у 9 хворих. Середні значення втрати слуху становили: 1 група – $34,72 \pm 1,89$ дБ, 2 група – $55,83 \pm 2,36$, 3 група – $67,82 \pm 2,82$, 4 група – $78,54 \pm$ дБ, відповідно.

Усім хворим було проведення лікування згідно клінічних протоколів надання допомоги військовослужбовцям з акубаротравмою на III-V рівнях, що були введені в дію Наказом Командування Медичних Сил ЗСУ від 05.06.2020 року № 87 за наступною схемою:

кортикостероїди: дексаметазон 4-16 мг в/м на добу або в/в крапельно на 200.0 фізіологічного розчину в перші 7 діб після МВТ,
Л- лізін №1-5 днів за показами (проти набрякова, протизапальна дія),
дезінтоксикаційні препарати - реосорбілакт 200,0-400,0 в/венно № 3, вітамін С (аскорбінова кислота) 5% 2.0 в/в крапельно на 5% розчині глюкози -200 або в/в струменево на 40% розчині глюкози-20.0 (за умов нормальних рівнів цукру в крові) №10 або вітамін С 5% 2.0 в/м №10-20 (дегідратуюча, адаптогенна, дезінтоксикаційна, дія). Антибіотики (у разі наявності запального процесу, поранень, ушкоджень): цефтріаксон 2,0-4,0 г на добу 5-10 днів.

Препарати, які покращують мозковий кровообіг та мозкову діяльність:
-актовегін 2.0 в/м повільно №10-20 або 5,0 в/м № 5-10; церебралізін 2,0мл в/м №20-30, за необхідності 5.0 в/м або в/в №10; ноотропіл (пірацетам) 5,0 в/м №10-15, потім 400/600/ 800 мг. 2 рази на добу (вранці і вдень) 3 тиж.-1 місяць; стугерон (циннаризин) по 1 т. 3 рази на добу 1-1,5 місяці; кавінтон (вінпоцетин) 2,0 або 4,0 на 200,0 фіз.р-ну в/в крапельно повільно №3-10, по 1

т. 3 рази на добу 3 тиж–1,5 місяці; серміон (ніцерголін) 5 або 10 мг три рази на добу 3 тиж–1,5 місяці.

Метаболічні препарати, адаптогени: -мілдронат (мельдоній) 10% 5,0 в/м No 5-10, 250-500 мг 2 рази на день 2-3 тижні; кокарніт No3-6 в/м через день (у разі відсутності протипоказів, у гострому періоді, в т.ч. при повторних акутравмах; при прогресуванні).

Заспокійливі засоби: сибазон 0,5% 2,0 в/м або гідазепам 0,002 таб; ново-пасит по 1ч.л. 3 рази на добу (3-4 тижня); рослинні заспокійливі, що містять екстракт валеріани, м'яти, меліси; настоянка півонії 20-40 кр. три рази на добу 1 місяць

Фізіотерапевтичні заходи: ендауральний ультрафонофорез з стрептокіназою, гепарином, фраксипарином, фрагміном, дібазолом No 10-15 (ефективний у гострому періоді, в т.ч. при повторних акутравмах; при прогресуванні).

Спазмолітики (при наявності спазму, підвищеного АТ): -папаверін 2% 2,0 в/м No 3-10, - дібазол 1% 1,0 в/м No 3-10

Бетагістини (при наявності вестибулярної дисфункції, особливо периферичні та змішані порушення) 8/16/24 мг 2 р на добу 2-3 тижні.

Під час контрольної аудіометрії після закінчення курсу лікування було виявлено, що кількість хворих з приглухуватістю знизилась і склала: 1 ступінь приглухуватості - 123 хворих; 2 ступінь – 62; 3 ступінь – 28; 4 ступінь – 6 хворих. Середні значення втрати слуху склали 1 група – $33,12 \pm 1,67$ дБ, 2 група – $54,24 \pm 2,17$, 3 група – $65,11 \pm 2,14$, 4 група – $76,22 \pm 3,01$ дБ, відповідно.

Таким чином, наші дослідження виявили високу ефективність вищезазначеної схеми лікування гострої нейросенсорної приглухуватості внаслідок вибухових травм .

РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ХВОРИХ НА COVID-19.

Полторапавлов В.А., Коваль Т.І., Прийменко Н.О.

У 2019-2023 рр. світ зіштовхнувся з пандемією нового захворювання – COVID-19, зумовленого новітнім коронавірусом людини – SARS-CoV-2. Проте коронавіруси, здатні інфікувати людину, відомі вже досить тривалий час. Вони постійно циркулюють в природі. Представники цієї родини вже двічі спричинювали епідемії, характерною рисою якої був тяжкий перебіг захворювання, зумовлений розвитком атипової пневмонії та гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС).

Останні три роки в режимі реального часу ми могли спостерігати кризу, викликану неготовністю людства протистояти поширенню респіраторних вірусних інфекцій. Роль вірусів у виникненні та розвитку інфекційних захворювань людини продовжує неспинно зростати. Цьому явищу є подвійне пояснення. По-перше, зменшилась частка пневмоній, що викликані бактеріальними агентами. Це можна пояснити активною вакцинацією від пневмококу і гемофільної палички, розробкою нових антибактеріальних препаратів. По-друге, сучасні методи етіологічної діагностики призвели до вивчення ролі вірусів у розвитку інфекцій нижніх дихальних шляхів і відкриття ряду нових вірусів людини. На сьогодні відома значна кількість збудників гострих респіраторних вірусних інфекцій, які переважно належать до 9 різних груп вірусів – грип, парагрип, адено-, РС- (респіраторно-синцитіальний), пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси. **Коронавірусна інфекція** – вірусне захворювання з групи гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ). Найбільш поширені коронавіруси людини зазвичай викликають легкі або помірні захворювання верхніх дихальних шляхів. Три інших коронавіруси людини – MERS-CoV, SARS-CoV і Covid-19 – є причиною більш тяжких інфекцій дихальних шляхів, часто з летальними наслідками. Всесвітня організація охорони здоров'я 5 травня 2023 року, вирішила скасувати статус пандемії коронавірусу **COVID-19**. Незважаючи на це на сьогодні не існує вагомих специфічних етіотропних засобів лікування та профілактики коронавірусної

інфекції (противірусні засоби проходять клінічні дослідження, ведеться розробка ефективних вакцин), тому розробка санітарно-епідеміологічних питань запобігання нових хвиль хвороби, лікування хворих і їх реабілітація є дуже важливою.

Після повномасштабного вторгнення в Україну до Полтавської обласної клінічної інфекційної лікарні (ПОКІЛ) продовжують поступати військовослужбовці хворі на COVID-19. Епідемія COVID-19 не схожа з епідеміями ГРВІ, зокрема, грипу. Якщо, наприклад, проаналізувати перебіг епідемії, викликаного вірусом грипу, то видно, що вірус грипу в несезонний час розповсюдження зникає із зайнятої території, переміщуючись в іншу півкулю планети, за винятком поодиноких випадків (які пояснюються логістикою дуже швидких трансконтинентальних авіаційних перевезень). На відміну від вірусу грипу, вірус COVID-19 залишається на підконтрольній йому території, постійно знаходячи нові об'єкти інфікування, хоча рівень захворюваності у цей період знижується. Єдиним розумним і теоретично обґрунтованим поясненням цього факту є часта мутація вірусу COVID-19, можливо викликана масштабним використанням декількох вакцин, які початково були призначені для боротьби і були ефективними з первинним, «уханьським» штамом вірусу і малоефективні проти наступних, відмінних від первинного. Пневмонії, викликані цим збудником, можуть бути як вірусними, так і ускладненими вторинною бактеріальною пневмонією. Для COVID-19 характерне дифузне ураження альвеол (включно з гіаліновими мембранами). Не виключено, що коронавірус COVID-19 чинить пряму цитопатичну дію на пневмоцити. Травму альвеолоцитів підсилюють прозапальні цитокіни. Реплікація вірусу відбувається протягом декількох днів. Уроджена імунна відповідь не завжди справляється з вірусом. Відносно легкі симптоми можуть виникнути через прямий вірусний цитопатичний ефект та ефективні вроджені імунні реакції. Із часом приєднується адаптивний імунітет. Це приводить до падіння титру вірусу. Однак при цьому також може підвищитись рівень прозапальних цитокінів, які можуть

сприяти пошкодженню тканин, спричиняючи клінічне погіршення стану. Деякі пацієнти можуть реагувати на COVID-19 підвищеною імунною реакцією, що спричиняє цитокінову бурю. **Клінічна картина** легкого перебігу коронавірусної інфекції неспецифічна. Вона подібна до такої при захворюваннях, викликаних респіраторно-синцитіальним вірусом, вірусами парагрипу й риновірусами. Можливі біль під час ковтання, чхання, нездужання, головний біль, тобто симптоми, характерні й для інших ГРВІ. Інкубаційний період триває 1-14 днів. Хвороба перебігає зі слабо вираженими симптомами загальної інтоксикації. Температура тіла найчастіше нормальна або субфебрильна. Основний симптом – риніт. Вірус також є причиною синуситів, фарингітів. Загальна тривалість захворювання – 5-7 діб. Більшість випадків захворювання не становить загрози для життя, однак спричиняє ураження не тільки верхніх, а й нижніх відділів дихальних шляхів, що проявляється кашлем, болем у грудній клітці при диханні, свистячими хрипами, задишкою. Вважають, що ці спостереження вказують на певне значення коронавірусів як збудників, які сприяють розвитку вірусної пневмонії. Описано випадки спалаху коронавірусної інфекції з проявами ураження лише травного тракту за типом гострого гастроентериту. Клінічна картина при тяжкому перебігу спочатку подібна до такої при ГРВІ: першими з'являються гарячка, чхання, головний біль, після чого приєднується сухий кашель. Через тиждень з'являється утруднене дихання або задишка, постійний біль або тиск у грудях, ціаноз. Подальший розвиток може привести до тяжкої пневмонії, гострого респіраторного дистрес-синдрому, сепсису, септичного шоку й смерті. У всіх пацієнтів при рентгенографічному обстеженні виявляються зміни, що можуть бути ледве помітними або, навпаки, великими, одnobічними або двобічними. Комп'ютерно-томографічне сканування грудної клітки часто виявляє багатофокусні плямисті тіні або помутніння у вигляді меленого скла, розташовані на периферії легені, підплевральній ділянці й обох нижніх частках. У невеликій кількості випадків можливі локальні ураження.

Прогресування хвороби в основному відбувається протягом 7-10 днів. У критичних випадках може відбуватись подальше розширення консолідації, при цьому вся площа легень рентгенологічно відзначається підвищеною непрозорістю, що одержало назву «біла легеня», «матове скло». У групу високого ризику розвитку більш тяжких випадків включають осіб віком понад 50 років і тих, хто має хронічні захворювання, цукровий діабет, хронічні захворювання легень. Клінічно диференціювати коронавірус дуже складно, оскільки його симптоми ідентичні таким при інших захворюваннях дихальних шляхів чи травного тракту. При виявленні рентгенологічних ознак пневмонії (неоднорідні інфільтрати в будь-якому сегменті легень – атипова пневмонія) встановлюють діагноз «вірогідний випадок або клінічно». Якщо при цьому тест на коронавірус негативний, його необхідно повторити. Позитивний результат ПЛР SARS-CoV-2 є золотим стандартом діагностики COVID-19. Застосовується полімеразна ланцюгова реакція в реальному часі. Для аналізу можна брати глоткові мазки, мазки з носу, носоглоткові виділення, мокроту, бронхоальвеолярну промивну рідину, кров, кал, сечу й кон'юнктивальні виділення.

На базі ПОКІЛ *розроблена система реабілітації хворих на COVID-19* військовослужбовців з першої доби госпіталізації, ціллю якої є якнайшвидше відновлювання стану здоров'я хворих. Система включає: по-перше – госпіталізація усіх хворих на COVID-19 незалежно від ступеня тяжкості; по-друге – охоронний режим з першої доби перебування в стаціонарі, дихальна гімнастика, зміна положення тіла для більш функціональній роботі легень, заборона тютюнопаління; по-третє – дієтотерапія (дієта № 4 або № 5 з подальшим переводом на загальний стіл № 15 за Певзнером); по-четверте – відповідне обстеження на показники, які дають вичерпну інформацію за процеси запалення; по-п'яте – власне лікування хворого. Для лікування хворих на COVID-19 в залежності від тяжкості перебігу застосовуються: молнупіравір по 800 мг кожні 12 годин 5 діб; паксловід – приймати двічі на день протягом п'яти днів, до однієї дози препарату входять три таблетки –

дві капсули нірматрелвіру по 150 мг і одна ритонавіру 100 мг; ремседивір 200 мг за добу 1-й день в/в, з другої доби 100 мг 1 раз на добу в/в, **5 діб.** Лікування пневмонії вірусного походження антибіотиками неефективне. Основою терапії є жарознижувальні засоби, додаткова киснева терапія, за потреби – штучна вентиляція легень. Пацієнти, які потребують кисневої підтримки, виписці не підлягають. Хворих із підозрою на атипову пневмонію слід ізолювати, бажано в закриті блоки зі зниженим атмосферним тиском. Найтяжчі наслідки атипової пневмонії зумовлені переважно ушкодженням органів і тканин у результаті запалення (цитокінова буря). При виписці зі стаціонару хворому надаються рекомендації щодо фізичної активності: легка ступінь тяжкості – уникати тяжких фізичних навантажень – 1 тиждень, середня ступінь тяжкості – уникати тяжких фізичних навантажень – 2-3 тижня, тяжкий ступінь перебігу – уникати тяжких фізичних навантажень – 1 місяць. Такі терміни фізичної адаптації необхідні для запобігання можливих ускладнень, пов'язаних з ураженням ендотелію судин і негативної реакції згортаючої системи крові.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТРАТОЮ НЮХУ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТOMІЇ

Пухлік С.М. Саленко Л.Ю., Цепколенко О.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Запахи впливають на життєдіяльність організму, загальний психофізіологічний стан. Нюх відіграє важливу роль у регуляції поведінки людини. Нюхова дисфункція збільшує смертність дорослих у кілька разів. Це впливає на якість життя постраждалого людини через труднощі у виявленні небезпечних подій, таких як витік природного газу, пожежі, небезпечні пари хімічних речовин та розкладені продукти харчування. Підвищення цього ризику пов'язане як із клінічними симптомами захворювання (зниження нюху та смаку, зниження апетиту, діарея, лихоманка, слабкість), так і із соціальними факторами (самоізоляція), які в деяких випадках потенціюють

вже передіснуючі проблеми літнього людини. Нюхова дисфункція є ускладненням деяких хірургічних втручань: ларингектомії, септопластики, ринопластики, синусової хірургії.

Пацієнти, що перенесли ларингектомію повністю позбавлені носового дихання. Це, начебто виключає можливість відчувати запахи, проте ці інваліди часто досить добре відчують і розрізняють різні одоранти. Як таке можливо? Виявляється, що повітря, що містить різні запахи надходить до нюхової зони (верхні відділи порожнини носа) не тільки при носовому диханні, але і через носоглотку та хоани до нюхового епітелію. Таким чином, у кожної людини існує орто-назальний та ретро-назальний нюх.

Метою нашого дослідження стала реабілітація нюхової дисфункції у пацієнтів, які перенесли тотальну ларингектомію (ТЛЕ).

Матеріал та методи. Нами проведено обстеження та лікування 16 осіб, які переїхали тотальну ларингектомію щонайменше 6 місяців тому.

Основні показники результатів: бали за встановленими психофізичними тестами орто-назального та ретроназального нюху. і самооцінка нюху, що оцінюється за візуальною аналоговою шкалою. Отроназальний нюх оцінювали з модифікацією тесту ідентифікації запаху для компенсації нездатності пацієнтів, які перенесли ларингектомію, пробу віддушки за допомогою маневру «нюхати» (повітря нагнітається в ніс за допомогою пластикового посуду).

У той час як ортоназальні стимули тісно пов'язані з вдиханням повітря і потоком повітря через ніздрі, ретроназальні стимули також пов'язані з їдою. Жування викликає потік повітря в порожнину рота, за допомогою якого можна стимулювати орган нюху у зворотному напрямку. Тест оцінки ретроназального нюху проводили за методикою Neilmann та ін., 2002. На язик наносили різні ароматизовані порошки, а потім визначалися за допомогою парадигми вимушеного вибору. У всіх обстежених пацієнтів, які перенесли ТЛЕ, виявлено різний ступінь зниження нюху аж до повної аносії. З метою стимуляції нюхової функції у цих пацієнтів, які повністю позбавлені

носового дихання та дихають через трахеостому, ми застосували маневр, що викликає повітряний потік у нюхову зону. Він здійснюється у повторенні наступних рухів – при закритому роті, здійснюється максимально розширене позіхання («ввічливе позіхання»). Це маневр викликає негативний тиск у ротоглотці, яка створює носовий повітряний потік, що дозволяє пахучий речовини досягати в нюхового епітелію в порожнині носа.

З метою стимуляції використовувалися одоранти - 6 легко відомих запахів - ваніль, оцет, аніс, квіти, м'ята та трав'яний запах. Первинне навчання цього маневру займає приблизно 30-40 хвилин. Надалі пацієнти мали самостійно проводити подібний маневр кілька разів на день максимально часто. Середні терміни такої стимуляції склали 2-5 місяців (у середньому 6-7 тижнів).

Результати. Оцінка ортоназальної нюхової здатності дала середній сумарний бал 3,0 (максимальний бал 6) для групи ТЛЕ та 1,8 до початку тренінгу ($P < 0,01$).

Оцінка ретроназальної нюхової здатності призвела до середнього балу 10,0 (максимальний бал, 20) для групи ТЛЕ проти 5,3 до реабілітації ($P < 0,01$). Середні бали самооцінки запах був 4,9 та 2,6 (максимальний бал, 10) для ТЛЕ відповідно ($P < 0,01$). Самооцінка запаху позитивно корелює з ортоназальним ($rS = 0,42$; $P = 0,01$) та ретроназальною ($rS = 0,55$; $P = 0,01$) нюхова здатність.

Висновки.

1. Реабілітація нюхової функції сьогодні є одним з найбільш актуальних завдань, яке особливо стало необхідним після епідемії COVID -19. Найскладніша реабілітація має бути пацієнтам, у яких повністю відсутнє носове дихання, які перенесли тотальну ларингектомію.
2. Ми оцінили та застосували методику «ввічливого позіхання» для засмоктування навколишнього повітря в порожнину носа та стимуляції нюхового епітелію. Позитивний первинний результат, отриманий через 6-7 місяців регулярних вправ, дозволяє рекомендувати подібну методику всім пацієнтам із трахеостомою.

РОЛЬ ТЕХНОЛОГІЙ У МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ: ДОСВІД ЗАХІДНИХ КРАЇН ТА ПЕРСПЕКТИВИ В УКРАЇНІ

Ромашко М.В., Горошко В.І.

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

У сучасному світі роль технологій у медичній сфері надзвичайно важлива, зокрема в контексті медичної реабілітації. Технологічні досягнення, які останнім часом спостерігаються в різних галузях, відкривають нові горизонти для забезпечення більш ефективних методів відновлення функцій організму та покращення якості життя пацієнтів, які потребують реабілітації після травм, хірургічних втручань або хронічних захворювань. Особливо важливим стає дослідження досвіду західних країн у використанні технологій для медичної реабілітації та визначення можливих перспектив впровадження аналогічних підходів в Україні.

Сучасні технології, такі як віртуальна реальність, робототехніка, штучний інтелект та інші, відкривають широкі можливості для вдосконалення процесу медичної реабілітації. Західні країни активно впроваджують ці інновації в реабілітаційні програми з метою забезпечення більш ефективного, індивідуалізованого та зручного підходу до лікування пацієнтів. Прискорення процесу відновлення фізичних та когнітивних функцій, підвищення мотивації пацієнтів до виконання реабілітаційних вправ та моніторингу їх прогресу — це лише деякі з переваг, які можуть бути досягнуті завдяки використанню сучасних технологій.

Впровадження інноваційних методів допомоги відновленню мобільності та незалежності пацієнтів може значно покращити їх якість життя. Аналіз досвіду західних країн може надати корисний контекст для розробки та впровадження подібних підходів в медичну практику України.

Метою цього дослідження є аналіз та порівняння ролі технологій у медичній реабілітації в західних країнах та в Україні. Дослідження спрямоване на вивчення того, як сучасні технології, такі як віртуальна реальність, робототехніка, штучний інтелект та інші, використовуються для покращення якості та ефективності медичної реабілітації в західних країнах, а також на ідентифікацію можливих перспектив та викликів впровадження подібних технологічних підходів в українську медичну практику.

Завдання дослідження можуть бути сформульовані таким чином:

1. Аналіз сучасних технологій у медичній реабілітації: вивчити основні сучасні технології, які використовуються в реабілітаційних програмах західних країн, включаючи віртуальну реальність, робототехніку, моніторингові системи та інші.
2. Дослідити результати використання технологій у реабілітації: оцінити, як використання технологій впливає на ефективність медичної реабілітації, включаючи показники відновлення функцій організму, якість життя пацієнтів та їх мотивацію до активної участі у процесі відновлення.
3. Проаналізувати досвід західних країн: дослідити існуючі програми медичної реабілітації, які використовують технології, та визначити основні принципи, методи та підходи, які лежать в основі їхнього успіху.
4. Вивчити перспективи впровадження в Україні: дослідити можливості впровадження аналогічних технологічних підходів у медичну реабілітацію в Україні, включаючи аналіз потенційних перешкод та можливих шляхів їх подолання.
5. Оцінити думки медичних фахівців та пацієнтів щодо використання технологій у медичній реабілітації, включаючи їхні очікування, досвід використання та оцінку результатів.
6. На основі проведеного дослідження сформулювати рекомендації щодо можливих напрямків впровадження сучасних технологій у медичну

реабілітацію в Україні, враховуючи потенційні переваги, виклики та специфіку українського контексту.

Результати дослідження. Сучасні технології в медичній реабілітації в західних країнах широко використовуються для поліпшення рухових, когнітивних та інших функцій пацієнтів. Важливими прикладами програм, методів та обладнання, які застосовуються можуть бути віртуальна реальність, яка використовується для створення імерсійного середовища, в якому пацієнти можуть виконувати рухи, навчатися навичкам та покращувати функції. Наприклад, VR може бути використана для відновлення моторики після інсульту, допомагаючи пацієнтам виконувати рухи відповідно до заздалегідь запрограмованих сценаріїв. Екзоскелети - це зовнішні каркаси або обладнання, яке надає підтримку та допомагає пацієнтам виконувати рухи, які вони не змогли б зробити самостійно. Це особливо корисно для людей з моторними обмеженнями, які прагнуть повернутися до активного способу життя. Роботи для реабілітації дозволяють створити повторювані та контрольовані рухи, що сприяє відновленню моторних функцій. Це може включати роботичні пристрої для тренувань верхньої та нижньої кінцівок. Мозкові комп'ютерні інтерфейси: технології, які дозволяють зчитувати сигнали з мозку та перетворювати їх на дії, можуть бути використані для контролю рухів екзоскелетів або роботів, а також для відновлення когнітивних функцій. Системи моніторингу та зворотного зв'язку: технології моніторингу використовуються для стеження за прогресом пацієнтів та адаптації програм реабілітації згідно з їхніми потребами. Це може включати використання датчиків руху, серцевого ритму та інших параметрів. Ігрові технології: використання ігор у реабілітації, відоме як "ігротерапія", може забезпечити мотивацію пацієнтів до активної участі у процесі відновлення. Ігри можуть бути налаштовані на виконання певних рухів чи когнітивних завдань. Усі ці технології вже довели свою ефективність у поліпшенні реабілітаційних підходів та результатів в західних країнах. Вони допомагають зробити реабілітаційний процес більш

ефективним, індивідуалізованим та цікавим для пацієнтів, сприяючи їхньому поверненню до активного способу життя.

У сучасній медичній реабілітації західних країн та України спостерігаються помітні відмінності у використанні технологій. Зокрема, західні країни вдало інтегрують передові медичні технології у процес реабілітації. Вони використовують високотехнологічні розробки, такі як віртуальна реальність, роботизовані екзоскелети, біонічні кінцівки, додатки для мобільних пристроїв тощо. Ці технології допомагають пацієнтам швидше відновлювати функції тіла, покращують їх якість життя та знижують тривалість реабілітаційного періоду. Україна стикається з обмеженим впровадженням сучасних медичних технологій у реабілітаційні практики. Це може бути обумовлено декількома факторами: медична система України часто має обмежені фінансові ресурси для впровадження дороговартісних технологій у реабілітацію пацієнтів; брак сучасної інфраструктури та обладнання впливає на можливість впровадження передових методів реабілітації; багато медичних фахівців можуть бути недостатньо ознайомлені з новітніми технологіями та їхнім потенціалом, що гальмує їх впровадження; затримки та ускладнення в оформленні дозволів на використання нових технологій можуть призвести до затримок у їхньому впровадженні.

Шляхи подолання цих перешкод полягають у ряді заходів: збільшення виділень на медичну сферу, зокрема на реабілітацію, може допомогти впровадженню передових технологій; організація навчальних програм та семінарів для медичних працівників допоможе підвищити їхню освіченість та знання про сучасні методи реабілітації; співпраця з західними партнерами може допомогти переносити передові практики та технології на український ґрунт; зменшення бюрократичних перешкод та прискорення процесу оформлення дозволів на використання технологій можуть покращити швидкість їхнього впровадження. Впровадження передових медичних технологій у реабілітаційний процес в Україні потребує комплексного

підходу, спрямованого на подолання фінансових, освітніх та бюрократичних бар'єрів.

Висновки: дослідження по даній тематиці вказують на різницю у використанні технологій у медичній реабілітації між західними країнами та Україною. Західні країни активно використовують передові медичні технології, такі як віртуальна реальність, роботизовані екзоскелети та біонічні кінцівки, що допомагає пацієнтам швидше відновлювати функції тіла та покращує їхню якість життя. Україна, натомість, стикається з обмеженим впровадженням таких технологій через фінансові, інфраструктурні, освітні та бюрократичні обмеження. Для подолання цих перешкод українська медична система повинна вдосконалити свою фінансову підтримку, сприяти освіті та навчанню медичних фахівців, здійснювати партнерства з західними партнерами та спростити бюрократичні процедури. Впровадження передових технологій в реабілітаційний процес в Україні допоможе зменшити тривалість реабілітаційного періоду та покращити якість життя пацієнтів. Реалізація цих заходів сприятиме зближенню медичної реабілітації в Україні з високими стандартами західних країн у цій сфері.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР У ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВОМУ ВІДДІЛЕННІ.

Скікевич М., Страшко Є., Волошина Л.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій, зростає вдвічі і сягає 15 - 20 %. Медичний психолог, лікарі з реабілітологом можуть оцінити наслідки для подальшої соціальної та професійної адаптації в умовах мирного часу.

Соціальні та адаптаційні механізми учасників бойових дій ще вивчені недостатньо. У постраждалих військовослужбовців ЗСУ спостерігаються психогенні розлади. Необхідна оцінка їх стану для прогнозування розвитку розладів, проведення лікувальних та реабілітаційних заходів. Для подолання психологічних травм війни застосовуються різні способи. Це зумовлено необхідністю проведення міждисциплінарного підходу у лікуванні та діагностиці пацієнтів.

Мета роботи полягає у виявленні особливостей соціальної адаптованості учасників бойових дій ЗСУ. Нами проведено дослідження психологічних показників 21 учасників конфлікту віком від 20 до 50 років. Ми використовували шкалу скринінгу посттравматичних розладів PTSS-10. Оцінка та інтерпретація даних. Шкала скринінгу посттравматичних розладів PTSS-10. Дані кодуються наступним чином: взагалі ні =0, рідко =1; інколи =2; часто =3. Оцінка тесту PTSS - 10 відбувається шляхом додавання кодів показників. Підозра на діагноз «посттравматичний стресовий розлад» (за Stoll et al.,1999) при загальному показнику PTSS- 10- Testwert $\geq 12,5$.

Не всі пацієнти хочуть пройти тести і чесно на них відповісти. Після повернення з фронту рівень соціальної адаптації залишається низьким. Їх викликати необхідно на відверту розмову і торкнутися певних аспектів психологічних проблем. Серед учасників бойових дій, згідно статистики нашого дослідження, спостерігається значний відсоток осіб, які потребують корекції саме психосоматичних розладів. Психоемоційна напруженість виникає при виконанні людиною складних завдань або у результаті потрапляння її у важку життєву ситуацію. А психоемоційна напруженість військовослужбовців обумовлена подіями, які відбуваються в зоні бойових дій та з надмірною величиною психічних зусиль, які необхідні для вирішення поставлених задач перед ними. Що робити, якщо показник більший за це значення? ПТРС $> 12,5$

Розглянемо клінічний приклад. Військовий, учасник бойових дій 37 років, поступив на лікування до відділення гастроентерології. Був

направлений у щелепно-лицеве відділення на консультацію зі скаргами на неможливість прийому їжі через стійкий спазму жувальних м'язів при спробі жування. Апетит не порушений, але зазначає наявність кому в горлі. Схуд на кілька кг. Відзначає загальну слабкість. Є наявність таких симптомів протягом місяця. Патології ЛОР органів не виявлено. З погляду щелепно-лицевого хірурга жодної планової та ургентної патології не виявлено. Пацієнт потребує дообстеження рядом фахівців. З такими ситуаціями ми не зустрічалися. Для діагностики такого стану було застосовано низку обстежень: обстеження органів ШКТ, рентгенологічне обстеження черепа; дослідження піднебінних, глоткових рефлексів; ларингоскопія; рентген ОГК; КТ голови; ЕКГ.

З боку нервової системи виявлено: слабкість; дратівливість; порушення ковтання (дисфагія); кому у горлі; блювота; біль у ділянці гортані.

Проведено лікування у відділенні реабілітології. Як лікується ураження блукаючого нерва? Найважливіше це вилікувати той стан, який призвів до проблем з цим відділом нервової системи. В іншому випадку хвороба може повернутися і знову викликати неприємні симптоми. Лікування підбирається під конкретну причину.

Симптоматичне лікування полягало в тому, щоб відновити втрачені функції та знизити неприємні відчуття. Для цього використовували: нестероїдні протизапальні препарати, кортикостероїди; блокатори ацетилхолінерастери; вітаміни групи В; заспокійливі засоби; стимуляцію нерва електричними імпульсами та інші симптоматичні препарати, які покращують стан хворого.

Перебої у роботі блукаючого нерва можуть бути причиною аритмії та панічних переживань. Необхідно застосовувати такі немедикаментозні методи: використовувати вправи дихальної гімнастики, які спрямовані на розслаблення; масажувати шию; пройтися пішки; випити склянку теплої води маленькими ковтками; відмовитись від шкідливих звичок, стежити за раціоном.

Лікування нашого пацієнта ґрунтувалося на наступних принципах: втручання психолога або психіатра (за потреби), психотерапевтичний супровід; призначення допоміжної медикаментозної терапії у вигляді протитривожних репаратів або антидепресантів. З реабілітаційних втручань застосовували: деактивацію тригерних пунктів методом ішемізації; постізометрична релаксація скорочених та напружених м'язів не тільки в ділянці голови, а також за ходом всієї м'язової спіралі в спеціальному вихідному положенні з урахуванням ходу кінематичних м'язових ланцюгів.

За сучасними уявленнями тіло людина оплутано біокінематичними спіралеподібними ланцюгами – антагоністами (м'язові спіралі). Кожен м'яз цих ланцюгів виконує функцію – як на місцевому рівні так і в роботі всієї спіралі. Діафрагму можемо розглядати як внутрішній важіль зовнішніх м'язових спіралей. Оскільки на функцію м'язів впливають хімічні, фізичні так і емоційні фактори. Негативний травматичний досвід учасників бойових дій впливає на функцію м'язів, то страждає і тонус діафрагмами що може викликати утиснення *n.vagus*, *n. phrenicus* (діафрагмальний нерв), та самого стравоходу що впливає на погіршення його функції.

В свою чергу жувальні м'язи можемо розглядати як продовження м'язів – антагоністів в ділянці голови на які розповсюджуються біомеханічний потенціал всього кінематичного ланцюга. Це провокує утворення тригерних пунктів в жувальних м'язах та іррадіацію болю у віддалені ділянки (у язик, глотку, шию). Ця картина може бути схожа на органічні ураження за клінічними проявами.

Рекомендовано проводити мануальний реліз діафрагми з метою декомпресії *n.vagus*, *n.phrenicus* (діафрагмальний нерв) та стравоходу. На нашу думку є обов'язковим пояснення пацієнту (з психотерапевтичною метою) про відсутність органічних патологій і функціональний характер болісних відчуттів.

Висновки. У значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в збройному конфлікті,

спостерігаються психогенні розлади. Це вимагає оперативної оцінки їх стану, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УКРАЇНІ СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАПРЯМИ РОЗВИТКУ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.

Старчик Є. М., Виноградов О. О.,

**Державний заклад «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка».**

В умовах сучасного сьогодення формат праці зазнав значних змін, які пов'язані з рядом чинників: бойові дії на території держави, руйнування закладів, проблеми з отопленням приміщень взимку. Цей ряд чинників спричинив зміну умов праці та сприяв виникненню та загостренню хвороб, що призводять до стійкого та тривалого порушення працездатності працівників різних сфер. Однією з найчастіших хвороб, що призводить до порушення працездатності є вертеброгенний больовий синдром в шийному відділі хребта. Це прогресуюче дегенеративне ураження міжхребцевого диска з реактивними змінами тіл суміжних хребців. Актуальність проблематики у тому, що на сьогодні велика кількість осіб працездатного віку страждає на проблеми з опорно-руховим апаратом, які супроводжуються больовим синдромом в шийному відділі хребта та є проявами дегенеративно-дистрофічних змін в хребтовому стовпі, а саме остеохондрозу чи дорсопатії. На сьогодні, одним з головних напрямів лікування пацієнтів працездатного віку з вертеброгенним больовим синдромом в шийному відділі хребта є використання новітніх методів фізичної терапії.

Вимушене обмеження фізичної активності, яку викликане вертеброгенним больовим синдромом в шийному відділі хребта, протягом тривалого часу призводить до стійкого погіршення функціонування шийного відділу хребта та спинного мозку на цьому рівні, послаблення процесів збудження центральної нервової системи, погіршення кровопостачання відповідних ділянок, погіршення проведення нервово-м'язових імпульсів.

Своєчасне та індивідуалізоване застосування дієвих засобів фізичної терапії сприяє повному відновленню працездатності осіб працездатного віку на етапі раннього лікування; сприяє компенсації порушених функцій ураженої нервової системи та виключає ймовірність виникнення ускладнень на етапі пізньої чи несвоєчасної реабілітації. В період одужання шляхом збільшення тривалості та інтенсивності фізичних навантажень спостерігається відновлення функцій та структури ураженого відділу хребтового стовпа. Завдяки доступності, матеріальній дешевизні, мінімальною кількістю протипоказань та високим рівнем ефективності, фізична терапія визнана ефективнішою, в порівнянні з медикаментозним лікуванням. Всі ці чинники вимагають прискореного та поглибленого дослідження та аналізу задля впровадження та надання кваліфікованої високоефективної допомоги, прискорення одужання пацієнтів та зменшення випадків інвалідизації.

З метою детального вивчення впливу фізичної терапії на пацієнтів працездатного віку з вертеброгенним больовим синдромом в шийному відділі хребта проведено дослідження, метою якого було теоретико-методичне обґрунтування програми фізичної терапії, її впровадження та оцінка ефективності цієї програми для пацієнтів працездатного віку, яких турбує вертеброгенний больовий синдром в шийному відділі хребта в умовах воєнного часу.

Для проведення дослідження було використано фізикальні методи обстеження (пальпацію, перкусію, гоніометрію, визначення болю за ВАШ, пробу де-Клейна, таблицю оцінки непрацездатності) та методи фізичної терапії (терапевтичні вправи, лікувальний масаж, кінезіологічне тейпування, використання петлі Гліссона). Оцінювання стану пацієнтів проводилося перед використанням методів фізичної терапії та по закінченню програми.

Було досліджено ефективність розробленої програми фізичної терапії. Покращення стану хребетного стовпа та зупинка прогресування остеохондрозу шийного відділу хребта проводиться з використанням комплексного підходу реабілітації. Тому для дотримання принципу

комплексності потрібен багатогранний підхід до процесу реабілітації. Заняття розробленою програмою фізичної терапії проявилось позитивною динамікою для досліджуваних пацієнтів – стан шийного відділу хребта значно покращився. Позитивна динаміка простежувалася протягом всього періоду реабілітації та по її закінченні – відбулося значне поліпшення загального самопочуття хворих, головні болі, скутість у м'язах та гіпертонус зникли. Покращились показники гоніометрії шийного відділу хребта пацієнтів, у 7 пацієнтів з 8 було повністю відновлено працездатність; один пацієнт потребував продовження курсу фізичної терапії.

Також в результаті дослідження було визнано ефективність застосування фізичної терапії як в умовах амбулаторного проходження курсу реабілітації, так і в умовах домашньої реабілітації. Виходячи з результатів дослідження можна стверджувати, що фізична реабілітація пацієнтів працездатного віку з вертеброгенним больовим синдромом в шийному відділі хребта є ефективним методом лікування, що не потребує застосування медикаментозних втручань, є безболісним, не потребує великих капіталовкладень, може застосовуватися в різних умовах (на жаль, досить багато пацієнтів знаходиться в зоні бойових дій чи в умовах відсутності медичних закладів з необхідним матеріальним забезпеченням, але потребують кваліфікованої медичної допомоги), може здійснюватися під контролем фахівця в умовах он-лайн режиму.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПОСТІЗОМЕТРИЧНОЇ РЕЛАКСАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ВЕСТИБУЛЯРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ.

*Стоянов О.М.¹, Калашніков В.Й.², Вастьянов Р.С.¹, Мащенко С.С.¹,
Бакуменко І.К.¹, Калашнікова І.В.²*

¹Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

²Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Вступ.

При хронічних ішемічних процесах у мозку можна виявити ряд патологічних механізмів розвитку вестибулярних дисфункцій (ВД). При цьому їх наявність у клінічній картині судинних дисгемій корелювала зі ступенем ураження мозку. ВД - найбільш поширений синдром при гострій та хронічній ішемії мозку, пов'язаний з судинно-мозковою недостатністю з переважним ураженням вертебрально-базиллярного басейну (ВББ), проблемами цервікального походження. Важливим аспектом виникнення ВД є зміна вегетативно-судинної реактивності, що значно ускладнює діагностику та диференційну діагностику даної патології.

Мета роботи – клінічне обґрунтування застосування постізометричної релаксації в терапії вестибулярних дисфункцій на тлі хронічної ішемії мозку.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 46 пацієнтів з ВД на тлі ХІМ в компенсованій та субкомпенсованій стадіях (18 чоловіків; 28 жінок), вік від 18 до 55 років, середній вік склав $38,0 \pm 1,5$ років. Пацієнти знаходились на лікуванні в Одеській клінічній лікарні на залізничному транспорті. Пацієнтам було проведено клініко-неврологічне дослідження та курс постізометричної релаксації, що складається із десяти сеансів. Сутність даної методики полягає в короткочасній (5-10 с) ізометричній роботі мінімальної інтенсивності та пасивного розтягування м'язів у наступні 5-10 секунд. Сеанси проводились щоденно протягом 10 днів. Тривалість сеансу становила 25-30 хвилин. Після проведення курсу постізометричної релаксації хворим було призначено комплекс вправ з ауторелаксації.

Результати. Запаморочення як ведучий симптом було зареєстровано в 100,0% випадків, в 52,4% воно було несистемним, а в 47,6% – системним, створювалося фізичним навантаженням (25,6%), рухами голови (39,0%), ортостатичними змінами (14,6%), коливанням (зазвичай підвищенням) артеріального тиску (9,8%). Головні болі (75,6%) в патогенезі мали судинний і/або вегетативний компоненти: вазомоторні (24,2%), ішемічно-гіпоксичні (48,3%), венозні (27,4%) цефалгії. Алгічний синдром проявлявся болями в шії (68,2%), переважно в процесі рухів, м'язовою слабкістю (58,5%), в т.ч. з

ірадіацією в плече і відповідну руку (37,5%); болями в спині (56,1%); кардіалгіями (37,8%) та іншими больовими явищами. Також визначалась астенія (42,7%), емоційна лабільність (58,5%), когнітивні розлади (70,7%) .

По результатах проведеного лікування у 71,6% визначається значне зменшення інтенсивності головокружіння у 65,3% пацієнтів, регрес дзвону та шуму у вухах у 40,9% пацієнтів, зменшення симптомів вегетативної лабільності у 31,9% пацієнтів. Також відзначалося зменшення інтенсивності больових синдромів: - болю у шиї та спині - у 82,9% пацієнтів, головного болю у 73,2% пацієнтів, кардіалгії - у 66,8% пацієнтів. Майже усі пацієнти в відзначали покращення пам'яті, працездатності, якості нічного сну.

Висновки.

1. Результати проведених досліджень демонструють позитивний вплив методу постізометричної релаксації на клінічний стан пацієнтів з вестибулярною дисфункцією на тлі хронічної ішемії мозку.

2. На тлі проведеного лікування відзначається зменшення інтенсивності головокружіння та регрес дзвону та шуму у вухах у пацієнтів з ВД, а також частковий регрес супроводжуючих симптомів.

3. Доведена необхідність застосування методу ППР в комплексному лікуванні пацієнтів з вестибулярною дисфункцією.

НАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПІСЛЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ

*Павло І. Ткаченко, Сергій О. Білоконь, Наталія М. Лохматова,
Юлія В. Попело, Ольга Б. Доленко, Наталія М.Коротич*

Полтавський державний медичний університет.

В умовах сьогодення спостерігається значне збільшення кількості випадків переходу гострих запальних захворювань в хронічну форму. Обумовлено це впливом багаточисельних внутрішніх і зовнішніх чинників, зокрема, зростанням стійкості мікроорганізмів до антибіотиків, зниженням

імунологічної резистентності, підвищенням рівня сенсibilізації самого організму та погіршенням несприятливого впливу оточуючого середовища. При їх надмірній активності вони починають відігравати провокуючу роль в запуску ланцюгової реакції спрямованої на хронізацію гострих патологічних процесів, або активізацію вже існуючих хронічних вогнищ запалення. Не являються виключенням і хронічний паренхіматозний паротит, етіологія якого, навіть на даний час, залишається не з'ясованою, а сам він, за висловом науковців, залишається «патологічною загадкою». Його загострення непередбачені, а клінічний перебіг носить багатформний характер, крім того, йому притаманна значна кількість особливостей функціональних та органічних змін, як на рівні організму, так і, безпосередньо, в порожнині рота.

Мета роботи. Вивчити ефективність реабілітаційних заходів після загострення хронічного паротиту у дітей в найближчі терміни спостереження.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом в період загострення паротиту знаходилося 25 дітей. Для їх обстеження застосовували загально клінічні, додаткові та спеціальні методи обстеження.

Для співставлення результатів отриманих відразу після ліквідації явищ загострення в паренхімі привушної слинної залози проводилося порівняння за даними отриманими через місяць, по завершенню реабілітаційних заходів, у відповідності до інформативної оцінки кожного методу обстеження.

Результати та їх обстеження. На період одужання в залозах у всіх хворих зберігалися інфільтративні дифузні, або осередковані зміни в її окремих долях. В порожнині рота у них була відносно достатня кількість ротової рідини, при цьому вона була підвищеної в'язкості зі зниженою прозорістю. Слизова оболонка порожнини рота мала блідо-рожеве забарвлення, але у 21 хворого (84%) вона залишалася гіперемованою і набряклою біля устя вивідного протока, а у 13 (56%) воно зіяло. Слід зазначити, що при масуванні слинних залоз із протоків у всіх пацієнтів

виділявся різного ступеню в'язкості секрет з незначною чи помірною кількістю білісуватих пластівцевих включень. Швидкість салівації становили $0,15 \pm 0,02$ мл/хв, а кількість паротидного секрету складала $0,32 \pm 0,03$ мл.

В цитограмах, виготовлених із мазків паротидного секрету виявлялися невеликі осередки слизу, який визначав їх фонову щільність, незначна кількість нейтрофілів, як деструйованих, так і зі збереженою формою, поодинокі лімфоцити. Характер змін результатів ультразвукового обстеження проведеному дітям на цей період спостереження значно не відрізнявся від структурних змін, встановлених при первинному дослідженні, але величина сіалектазів значно зменшувалася, як і щільність та розміри капсули слинної залози. Особливо виразно це візуалізувалося у пацієнтів які мали їх більші розміри - $0,3 - 0,4$ мм.

Усім пацієнтам було проведено комплекс протирецидивних заходів: санація порожнини рота, удосконалення навичок по гігієнічному догляду за нею, ортодонтичне лікування за показаннями, 4-х разові інстиляції в протокову систему масла обліпихи один раз на тиждень протягом місяця, обробка слизової оболонки гелем «Муміє» один раз на добу і електрофорез з 5% йодистим калієм № 15 на ділянку проекції привушних залоз протягом 12-14 днів, самомасаж залоз 3 рази на добу, до та після їди.

При пальпаторному обстеженні пацієнтів на період завершення цих заходів встановлено, що у 10 із них (64%) привушні залози були м'якими, безболісними у 9 – 46% зберігалися інфільтративні зміни в паренхімі у вигляді бугристих осередкових ущільнень і переважно це стосувалося глоткового відростка. В ротовій порожнині 21 хворого 84% була достатня кількість прозорої ротової рідини звичайної в'язкості і у 4 - 16% вона залишалася незначно мутною. Слизова оболонка порожнини рота мала звичайне забарвлення і лише у 8 осіб (32%) вона залишалася набряклою навколо розташування вустя вивідного протоку, а продовжувало зійти воно у 2 пацієнтів (4%).

При масуванні привушних залоз у 16 дітей (64%) отримано прозорий секрет, у 6 - 24% він мав підвищену в'язкість та поодинокі дрібні білісуваті пластівцеві включення. За рахунок збільшення кількості ротової рідини швидкість саливації підвищилась до $0,2 \pm 0,03$ мл/хв, а кількість паротидного секрету зростала до $0,4 \pm 0,03$ мл/за 10 хвилин у пацієнтів зі збереженою функціональною активністю залоз.

Цитологічне дослідження паротидного секрету дозволило встановити значне зниження щільності фонового поля, а його клітинний склад не змінився тільки у 3 пацієнтів (16%), у решти 22 - 84% в цитограмах прослідковувалися лише поодинокі нейтрофіли, або їх мілкі скупчення з превалюванням збережених форм. Ультразвукове обстеження дало змогу встановити вагоме зменшення кількості та розмірів сіалектазів, товщини і щільності капсули та зниження ступення ехогенності самої паренхіми.

Висновки. Застосування місячного курсу комплексного протирецидивного лікування залишкових явищ після загострення хронічного паренхіматозного паротиту дозволяє значно покращити якісні властивості ротової рідини, паротидного секрету і його клітинного складу, підвищити функціональну активність привушних залоз за рахунок усунення інфільтративних змін в її структурних елементах.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІД ЧАС НАВЧАННЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

А. В. Хайлов¹, В. О. Коршенко²

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

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Емоційне вигорання (інші назви — професійне вигорання, синдром емоційного вигорання) є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі. Кількість

досліджень з емоційного вигорання неухильно збільшується, що свідчить про надзвичайну актуальність питань його діагностики та терапії. Порівняно з іншими категоріями фахівців, лікарі мають підвищені ризику розвитку синдрому емоційного вигорання. Власне, процес емоційного вигорання майбутніх лікарів починається ще у студентські часи, адже навчання в медичному університеті саме собою є складним, виснажливим та наповненим стресогенними чинниками. Одним із важливих індивідуальних чинників ризику виступає змінена ієрархія цінностей студентів медичного коледжу — знецінена цінність здоров'я та щастя, які виступають факторами ризику швидкого прогресування вигорання до фази виснаження. Отже, цей процес розпочинається ще до початку професійної кар'єри. Надалі відбувається зіткнення молодих фахівців із низкою чинників, кожен із яких провокує погіршення емоційного стану та створює ризик прогресування емоційного вигорання.

У літературі щодо вигорання виснаження є найбільш широко відомим та найбільш ретельно проаналізованим компонентом цього синдрому є виснаження — усі теоретичні моделі вигорання включають виснаження як ключовий компонент. Медсестра є однією з найуразливіших професій у медицині. Емоційне вигорання у медсестер пов'язане з низкою соціодемографічних і професійних чинників, частина з яких є схожою з такими у контингенту лікарів, а частина є відмінною, що викликає потребу досліджувати ці фактори та їхній зв'язок із професійним вигоранням.

Відомо, що у медсестер емоційне вигорання настає швидше, ніж у лікарів, що пов'язано з високим виробничим навантаженням, цілодобовим режимом роботи та низкою інших чинників.

Професійна діяльність має бути джерелом задоволення, економічних і професійних досягнень, демонструвати значущість ролі особи у функціонуванні суспільства.

Дані дослідження del Carmen Рйrez-Fuentes etal за участю 1307 осіб підтвердили взаємозв'язок низки соціально-демографічних та психологічних

змінних на розвиток емоційного вигорання серед медсестер. Дослідники виявили що безперервний досвід роботи, надання послуг великій кількості пацієнтів протягом робочого дня та чоловіча стать пов'язані з найвищими показниками емоційного вигорання.

Недостатня інфраструктура, нестача необхідного обладнання, низька заробітна плата, надмірна кількість завдань, невідповідний робочим потребам обсяг персоналу, недостатнє професійне визнання є чинниками ризику емоційного вигорання медсестер у госпіталях.

Ці дані доповнюють результати іншого дослідження, яке продемонструвало, що дефіцит персоналу, конфлікти між членами мультидисциплінарної команди, відсутність сильного лідера є важливими причинами зниження якості роботи середнього медичного персоналу. Недостатня автономність із надмірним контролем із боку керівництва є чинником, що посилює емоційне виснаження та деперсоналізацію, пригнічує професійну успішність, а слабкий контроль над професійним середовищем посилює емоційне виснаження.

Так само, як і лікарі, медсестри часто взаємодіють з пацієнтами, причому їхня комунікація має ще більш обслуговуючий характер, ніж у лікарів, окрім того, вони проводять більше часу з хронічно чи невиліковно хворими, спостерігаючи за їх стражданнями протягом тривалої кількості часу.

Ці чинники також сприяють поступовому виснаженню ресурсів організму, підвищенню емоційного напруження та розвитку ознак емоційного вигорання. Низька психологічних рис також слугує чинниками ризику виникнення емоційного вигорання. Високий нейротизм є одним із чинників. Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоефективність (self-efficacy) слугують захисними чинниками та зменшують ознаки емоційного вигорання.

У галузі охорони здоров'я також дуже важливо отримувати позитивні відгуки від пацієнтів та колег по роботі — слова вдячності, визнання

професійних успіхів, прояв поваги до особи, інформування пацієнтами щодо змін у їхньому самопочутті або планів на лікування, обговорення з колегами майбутнього кар'єрного розвитку і відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання.

Вік має обернену кореляцію з емоційним вигоранням, що свідчить про підвищений ризик появи цього синдрому у молодих медсестер, які лише починають свій професійний шлях. До найвжливіших індивідуальних чинників захисту, на думку дослідників, належать самопізнання (self-knowledge), самопіклування (self-care) та реалістичне бачення власної роботи.

Самопізнання полягає у розумінні власних потреб та можливостей, а також обмежень, і потребує підвищеної рефлексивності та розуміння власних емоцій. До навичок турботи до себе входять навички досягнення фізичного благополуччя дотримання здорового харчування й фізичної активності та психологічного благополуччя, вміння знаходити час для особистого життя, техніки заспокоєння, медитація, звернення до психологічної допомоги, гумор.

Реалістичне бачення власної роботи складається з:

- 1) уміння вибирати ранжувати завдання, встановлювати пріоритети, встановлювати досяжні цілі, вміти йти на компроміси та не долучатися водночас до занадто багатьох видів діяльності;
- 2) не бути постійно готовим роботи все можливе для кожного пацієнта;
- 3) вміння відмовлятися від додаткових завдань та обов'язків.

До інших захисних чинників численні дослідники також відносять: хороші професійні стосунки, емоційну взаємопідтримку між колегами, командну роботу для уникнення ізоляції, групове прийняття рішень, ефективного лідера, грамотну організацію — виділення достатньої кількості часу для консультацій пацієнтів та паперової роботи тощо. Емоційне вигорання медичних працівників пов'язане з низкою чинників ризику, які можна розділити на трудові, соціальні та психологічні. Найбільшу вагу щодо

виникненні синдрому мають робочі чинники. Крім того, низка професійних, соціальних та психологічних чинників пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних чинників від емоційного вигорання це психологічні, як-от емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль, певні риси характеру.

Отже, незважаючи на багато досліджень на цю тему та останні досягнення психотерапії, нині ми можемо говорити лише про зменшення поширеності емоційного вигорання до рівня десятилітньої давності. Це свідчить про те, що збільшення поширеності емоційного вигорання у всьому світі було сповільнене, проте для подальшого зменшення поширеності потрібні додаткові дослідження з питань профілактики та нові ефективніші та доказові психосоціальні методи роботи з емоційним вигоранням.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ТРАВМ НОСА ТА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Чернишева І.Е.

Одеський національний медичний університет

Бойові травми носа та біляносових пазух найчастіше мають мінно-вибухове походження і супроводжуються осколковими пораненнями м'яких тканин обличчя та порушенням цілісності кісткових структур. Такі хворі вимагають хірургічного лікування. Після отримання травми виконується зупинка носової кровотечі та хірургічна обробка рани. На госпітальному етапі видаляються сторонні тіла та виконується репозиція та фіксація кісткових відламків верхньощелепної пазухи та відновлення дефектів м'яких тканин.

В післяопераційному періоді перший день, а можливо і декілька днів у хворого відсутнє носове дихання, так як хірургічне втручання найчастіше завершується передньою тампонадою для фіксації кісткових відламків та

зупинки носової кровотечі. Після видалення носових тампонів носове дихання відновлюється поступово.

Щоб не виникла повторна носова кровотеча хворому не рекомендується в перший час вживати дуже гарячу або холодну їжу, зменшити фізичне навантаження.

Перші два-три дні не рекомендується наклоняти голову вниз, не спати на животі або на боці.

В післяопераційному періоді санацію, очищення від кірок і ексудату порожнини носа та верхньощелепної пазухи проводить хірург-отоларинголог. Хворому призначається антибактеріальна терапія. Проводяться процедури зволоження слизової оболонки носа та верхньощелепної пазухи

Протягом тижня в ділянці верхньощелепної пазухи може бути присутній набряк, іноді хворі скаржаться на тимчасове оніміння зубів з боку оперованої пазухи. Процес заживлення та відновлення слизових оболонок, кісткових відламків та м'яких тканин обличчя потребує часу. В період реабілітації проводиться фізіотерапевтичне лікування, яке включає в себе такі процедури як інгаляції, ультрависокочастотна терапія (УВЧ), лікування гелій-неоновим лазером та інші. Розроблюється спеціальний режим дня та дієта для скорішого відновлення організму після операції.

Реабілітація після таких операцій повинна обов'язково проходити під контролем лікаря. Тільки спеціаліст зможе призначити правильне лікування, яке буде сприяти скорішому відновленню і контролювати процес загоювання тканин.

Реабілітація в домашніх умовах може призвести до розвитку ускладнень.

РОЛЬ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗС УКРАЇНИ

Чубренко К. С.

Херсонський державний університет, Херсон, Україна

Розглянуто проблеми державного регулювання реабілітації військовослужбовців ЗС України.

В умовах збройних конфліктів в першу чергу потребують медичній реабілітації військовослужбовці ЗСУ, які були поранені та хворі в період військової служби, які знаходяться у шпиталях. Після повернення до мирного життя вони переживають інші стреси, пов'язані з труднощами в спілкуванні, соціальною адаптацією, професійною самореалізацією, тощо.

На сьогоднішній день реабілітаційна діяльність є пріоритетною при веденні бойових дій в умовах гібридної війни, яка вимагає від фахівців медичних та державних служб більш чіткого регулювання реабілітації та соціалізації.

Ключові слова: реабілітація, військовослужбовці, державне регулювання.

Вступ. Відомо, що у ході збройних конфліктів медична реабілітація відіграє істотну роль у відновленні боєздатності військовослужбовців. Медична реабілітація дозволяє значно знизити частоту ускладнень у поранених, прискорити терміни одужання, зменшити частку військовослужбовців-інвалідів, суттєво зменшити прояви психосоматичних та поведінкових розладів.

Фізичну та реабілітаційну медицину застосовують в комплексі реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень повсякденного функціонування, обмежень життєдіяльності, та приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності особи з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню [Закон України 3.12.2020р.№1053-IX].

Основними принципами державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я повинно бути прозорість, ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади, якість та

доступність реабілітаційної, психологічної та соціальної допомоги, сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя.

Мета. Актуальною проблемою з приводу агресії зі сторони Російської Федерації на сьогоднішній день залишається аналіз структури програм медичної реабілітації військовослужбовців, з порушеннями різних систем організму, з вивчення частоти застосування різних технологій в реабілітаційній медицині, та санаторно-курортного лікування з метою виявлення ступеня реалізації персоналізованого підходу до призначення лікувальних фізичних факторів та фізичних вправ військовослужбовцям, яким потрібно проходити медичну реабілітацію у військових санаторно-курортних організаціях.

Держава забезпечує осіб, які потребують реабілітації, допоміжними засобами реабілітації відповідно до індивідуального реабілітаційного плану в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. зв'язку з агресією зі сторони Російської Федерації з'явилося багато окупованих територій України, та важко поранених військовослужбовців ЗСУ, тому залишається актуальна проблема санаторно-курортної реабілітації.

Україна як європейська держава здійснює відкриту зовнішню політику, і прагне рівноправного взаємовигідного співробітництва з усіма зацікавленими партнерами, виходячи передусім із необхідності гарантування безпеки, суверенітету та захисту територіальної цілісності.

Для забезпечення реабілітації у сфері охорони здоров'я держава сприяє встановленню професійних та наукових контактів фахівців з реабілітації, надавачів психологічних послуг, обміну прогресивними методами і технологіями, експорту та імпорту засобів реабілітації, розвиває і підтримує всі форми міжнародного співробітництва, що не суперечать міжнародному праву і законодавству України.

Висновок. Долучення міжнародних благодійних організацій сприятиме розвитку реформ в реабілітації військовослужбовців ЗСУ, які відкриватимуть нові курортно-санаторні реабілітаційні центри та надаватимуть людям

послуги з соціальної, психологічної, фізичної, медичної, фізкультурно-спортивної реабілітації, та медичного спостереження.

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Шевчук Марина

Херсонський державний університет, Херсон, Україна

Анотація. Проаналізовано актуальність проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей, доцільність та ефективність застосування арт-терапії у лікуванні дітей з посттравматичним стресовим розладом.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психотравма, діти, бойові дії, арт-терапія.

Вступ. За період з 2014 по 2023 роки, світ став свідком низки бойових конфліктів, розв'язаних росією, на території України, які спричинили серйозні психологічні наслідки для українців, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні стани, депресія, розлади екстерналізації, суїцидальні думки. Найпоширенішим психологічним розладом є ПТСР, що являє собою важкий психічний стан, який виникає внаслідок одиничної чи багаторазової повторюваної психотравмуючої події (бойові дії, насильство та жорстокість, важка фізична травма, загроза життю, втрата близьких).

Найбільш вразливими серед всіх вікових категорій є діти. Існує думка, що дитячий мозок є досить гнучким і витривалим до стресів, що дитина до кінця не розуміє ситуацію, яка з нею трапилась у силу свого віку та досвіду, та вона хибна. За рахунок несформованої психіки та механізмів психологічного захисту, діти особливо гостро переживають будь-яку травмуючу подію.

Загальні симптоми ПТСР у дітей такі: до 12 років порушення сну (часті нічні кошмари, які повторюються, безсоння) та апетиту, уваги та пам'яті, зниження чи уникання соціальної активності, замкненість, пригнічений настрій, плаксивість, агресивність, тривожність, травмуюча подія може проявлятися у малюнках чи грі, рекурентні спогади, гіпервігядливість,

регресивна поведінка (смоктання пальця, енурез, сильний страх перед незнайомими людьми, надмірне «чіпляння» за батьків). У віці від 12 до 18 років симптоматика доповнюється і набуває більш дорослих рис: розвивається страх вини, тривоги, смерті, знижується самооцінка, з'являється почуття самотності, дитина прагне до ізоляції, обмеженості у спілкуванні, втрачає життєві інтереси, можливе надмірне зловживання психоактивних речовин і т.д. В обох вікових групах є порушення соматовегетативної сфери (м'язова напруга, пришвидшене дихання і серцебиття, нудота, запаморочення, головні болі, блідість шкірних покривів).

Одним із методів лікування ПТСР у дітей є арт-терапія, яка представляє собою певний психотерапевтичний підхід, в основу якого покладено використання мистецтва і творчості як засобу спілкування і вираження емоцій.

Арт-терапія вважається досить ефективним методом лікування, оскільки вона дозволяє виразити свої емоції та думки, переживання та страхи, які може бути важко висловити словами, наприклад, при розмові з психологом чи психотерапевтом, особливо, коли дитина дуже замкнута, має дуже виражені симптоми ПТСР чи обмежений словниковий запас слів для опису своїх почуттів, тому в цьому ключі даний метод лікування є незамінним. Арт-терапія дозволяє дітям активно взаємодіяти з їхнім емоційним досвідом, розуміти та обробляти травматичні події, а також знаходити нові шляхи подолання страхів та тривоги.

Застосування арт-терапії у лікуванні ПТСР у дітей може включати різні види мистецтва, такі як малювання, ліплення, колажі, танці і музика.

Така техніка арт-терапії як малювання працює таким чином: дитина може намалювати те, що відображає її теперішній стан, емоції, сни чи подію, яка з нею відбулася, використовуючи різні форми, кольори та образи, що допоможе фахівцю більш чіткіше зрозуміти психічний стан дитини, а дитині – легко виразити свої почуття на папері, відчути полегшення від емоційного тягара та розглянути травматичні події з іншого кута зору.

Колажі, створюючись з різних деталей і матеріалів, допоможуть дитині зануритись в себе і об'єднати розкидані «емоційні пазли», склавши їх в одну суцільну емоцію чи думку, що дасть їй більше розуміння свого внутрішнього стану.

Ліплення з глини чи інших матеріалів даватиме змогу перетворити елементи переживання чи страхів у скульптуру. Це дасть відчуття відокремленості від травматичного досвіду та можливість споглядання на нього з іншої сторони.

Рух і мелодія мають потужний вплив на емоційну складову дитини. Вони можуть допомогти знизити тривожність, зняти як емоційну, так і м'язову напругу, поліпшити сон і апетит та сприяти відновленню психоемоційного балансу. Танці дають відчуття контролю над власним тілом та огортають дитину відчуттям безпеки. Музика ж допомагає знизити стрес, врегулювати емоції та покращити настрій. Якщо дитина може грати на музичних інструментах чи співати, цю можливість в терапії треба обов'язково використовувати, оскільки це сприяє вивільненню негативних емоцій та самовираженню.

Висновки. Посттравматичний стресовий розлад у дітей є актуальною та досить серйозною проблемою в умовах сьогодення. Травматичні події можуть суттєво впливати на психічний розвиток дитини, що в подальшому призведе до погіршення її фізичного та емоційного здоров'я. Симптоми ПТСР, такі як тривожність, кошмари, рекурентні спогади та дистанціювання, можуть суттєво обмежити повсякденне функціонування і можливість нормальної соціальної взаємодії.

У цьому контексті актуальність застосування арт-терапії у лікуванні ПТСР у дітей є надзвичайно важливою. Арт-терапія надає дітям можливість виразити свої почуття та думки через творчість, обходячи словесні обмеження та страх перед відкритістю. Різноманітні техніки арт-терапії, такі як малювання, ліплення, музика та танець, допомагають розкрити внутрішні резерви дитини для самовираження та самозагоювання.

Арт-терапія є важливою ланкою в комплексному лікуванні ПТСР у дітей, допомагаючи їм знаходити внутрішню силу для подолання травм та повернення до здорового психологічного стану.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ У ЛІКУВАННІ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Шкаберіна В.С, Горошко В.І.

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

Вступ. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш поширених неврологічних патологій серед дітей, вона впливає на руховий апарат та може значно обмежити можливості дитини у нормальному фізичному та психологічному розвитку. Внаслідок цього, реабілітація дітей з ДЦП є актуальною задачею. Немедикаментозні методи лікування набувають все більшої популярності, оскільки вони спрямовані на забезпечення оптимальних умов для фізичного та психологічного розвитку дитини. Ці методи включають різні підходи, такі як фізіотерапія, масаж, терензійна стимуляція, водолікування та інші. Акцент на немедикаментозних методах у лікуванні ДЦП важливий через декілька аспектів: використання немедикаментозних методів дозволяє враховувати фізичні та психологічні потреби дитини, стимулюючи розвиток рухових навичок та покращення якості життя; попередження ускладнень, оскільки ефективна реабілітація може допомогти запобігти ускладненням, таким як контрактури, деформації суглобів та м'язів, що часто виникають у дітей з ДЦП; індивідуальний підбір методів; покращення якості життя. Однак, важливо науково досліджувати та аналізувати ефективність цих методів, їх вплив на розвиток рухових навичок, фізичний стан та психоемоційний стан дітей з ДЦП. Такий аналіз може допомогти визначити найбільш оптимальні підходи до реабілітації та забезпечити науковий обґрунтований підхід до лікування цієї серйозної патології.

Метою даної наукової роботи є аналіз та систематизація немедикаментозних методів, які використовуються у лікуванні дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), з акцентом на їх вплив на моторні навички та життєву якість цих дітей. Робота спрямована на визначення ефективності різних підходів до реабілітації та їх внесок у поліпшення фізичної та психологічної стану дітей з ДЦП. В результаті дослідження планується визначити та обґрунтувати найбільш ефективні підходи до немедикаментозної реабілітації дітей з ДЦП, зокрема методи фізіотерапії (масаж, водолікування тощо), їх вплив на покращення моторних навичок, зменшення симптомів та покращення якості життя пацієнтів.

Для досягнення поставленої мети у дослідженні будуть застосовані наступні методи:

1. Аналіз літературних джерел: спершу було проведено огляд наукової літератури, стосовно застосування немедикаментозних методів у лікуванні дітей з ДЦП. Цей аналіз дозволив зрозуміти, які методи та підходи вже досліджувалися та в якому контексті.
2. Збір статистичних даних: проведений збір статистичних даних з різних клінічних досліджень та медичних центрів, які застосовують немедикаментозні методи у лікуванні ДЦП.
3. Аналіз результатів досліджень: отримані статистичні дані проаналізовані з використанням статистичних методів та програмних засобів.
4. Комплексний аналіз методів: проведений комплексний аналіз різних немедикаментозних методів, таких як масаж, терензійна стимуляція, водолікування тощо. Визначено, які методи можуть бути найбільш ефективними та впливати на покращення різних аспектів фізичного та психологічного стану пацієнтів з ДЦП.
5. Синтез результатів: на основі отриманих даних проведений синтез результатів дослідження та формулювання висновків щодо

ефективності різних немедикаментозних методів у лікуванні дітей з ДЦП.

6. Порівняння з попередніми дослідженнями.

Ці методи дозволили систематизувати і аналізувати наявну інформацію, встановити патерни та виявити найбільш ефективні методики для поліпшення моторних навичок та життєвої якості дітей з ДЦП.

Результати дослідження. Аналіз літературних джерел став ключовим етапом дослідження. Автором був визначений пошуковий запит для пошуку наукової літератури в базах даних, таких як PubMed, Google Scholar, Scopus та інші. За визначеними ключовими словами здійснено пошук наукової літератури. Знайдені статті та дослідження були переглянуті, і вибрані ті, які відповідають темі дослідження та містять інформацію про застосування немедикаментозних методів у лікуванні ДЦП. Зібрана література була систематизована згідно з певними критеріями, такими як типи немедикаментозних методів, вікова група пацієнтів, застосування методів на різних стадіях ДЦП, результати та висновки досліджень. На основі аналізу зібраної літератури проведено аналіз результатів досліджень, визначено, які методи були найбільш ефективними у покращенні моторних навичок та життєвої якості дітей з ДЦП. Отримані результати порівняні зі стандартами лікування ДЦП та іншими схваленими методиками. Це дозволило визначити, які методи можуть бути використані в клінічній практиці та як вони впливають на стандартні підходи.

Результати наукового дослідження показують ефективність немедикаментозних методик підвищується при їх поєднанні або комплексному використанні, зокрема масажу з лікувальною гімнастикою. Так, у сфері кардіореспіраторної системи виявлено, що масаж з лікувальною гімнастикою сприяє істотному зниженню темпу серцевих скорочень. В аспекті нервової системи масаж з гімнастикою сприяє покращенню латентного часу реакції на різні збуджуючі фактори, підвищенню та урівноваженості нервових процесів. Також виявлено збільшення абсолютної

максимальної сили кистей рук. Результати аналізу впливу на руховий апарат показали позитивний вплив масажу з гімнастикою на активність рухів та об'єм рухів в суглобах. Об'єм активних рухів у гомілковостопних та ліктьових суглобах збільшився в середньому на 8% та 4,6% відповідно. Порівняльний аналіз результатів досліджень підтверджує перевагу масажу з гімнастикою на всіх досліджених параметрах.

Висновок. Результати наукового дослідження підтверджують ефективність та переваги комплексного застосування масажу з лікувальною гімнастикою в лікуванні дітей з ДЦП. Ці дані свідчать про необхідність подальших наукових досліджень з метою розробки та вдосконалення інших немедикаментозних методик для покращення реабілітаційного процесу цієї патології.

ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ДИТЯЧОГО ВІКУ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Шешукова О.В., Мосієнко А.С., Максименко А.І., Поліщук Т.В.,

Труфанова В.П., Казакова К.С., Бауман С.С.

Полтавський державний медичний університет

Війна є однією з найбільш жорстоких форм конфлікту між народами та державами, який завдає значних травм та стресів як дорослим, так і дітям. На додаток до очевидної фізичної травми, яку можуть отримати діти під час війни, також існує серйозний ризик для їхнього, як психологічного здоров'я так і здоров'я в цілому. Невизначеність та непередбачувані обставини в поєднанні із тривогою та постійним стресом супроводжують дітей та їх батьків кожен день і негативно впливають на здоров'я маленьких пацієнтів.

Однією із основних проблем, які виникають під час війни, - це погіршення умов життя, що може призвести до зниження якості дитячого харчування, погіршення стану здоров'я та збільшення ризику виникнення посттравматичного синдрому внаслідок проведення бойових дій та

примусового переміщення населення. Так, станом на березень 2023 року в Україні налічується близько 7 мільйонів внутрішньо переміщених осіб, 25% серед яких складають діти.

Мета дослідження: провести аналіз літературних джерел, щодо надання стоматологічної допомоги дітям внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та розробити план лікувально-профілактичних заходів для даної категорії населення.

Результати дослідження та їх обговорення. Для кожної вікової категорії дітей притаманні свої особливості психології та сприйняття навколишнього світу. Для встановлення лікарем-стоматологом психологічного контакту з маленьким пацієнтом необхідно враховувати період інтелектуального розвитку дитини та темперамент. В умовах воєнного стану лікарям-стоматологам все частіше доводиться зустрічатися з агресією та тривожним станом у дітей, що дуже ускладнює процес лікування.

Нами розроблено план надання стоматологічної допомоги внутрішньо переміщеним дітям, що включає: збір медичного анамнезу, оцінка терміновості лікування, психологічна підтримка, заохочення маленького пацієнта, профілактика.

Медичний анамнез: лікар повинен дізнатись медичну і стоматологічну історію хвороби-дитини. Обговорити з батьками (опікунами) про можливий стрес або травму, нанесену дитині, як наслідок ведення бойових дій або внаслідок переселення з місця постійного проживання (рекомендовано проведення оцінки тривожності дитини).

Оцінка терміновості: в зв'язку з невизначеністю, що буде завтра, обговорити з батьками (опікунами) терміновість надання стоматологічної допомоги, та скласти план санації порожнини рота.

Психологічна підтримка: діти-ВПО є особливо вразливими та потребують дружньої атмосфери на стоматологічному прийомі. Їм необхідна емоційна підтримка, як приклад, перегляд улюбленого мультфільму та ін.

Заохочення: потрібно мотивувати дітей-ВПО, як варіант, винагорода (іграшки, похвальні грамоти).

Профілактика: провести урок гігієни з дитиною та батьками (опікунами), видати рекомендаційний лист (пам'ятку) для батьків (опікунів) про необхідність догляду за порожниною рота та вибір засобів індивідуальної гігієни ротової порожнини.

Висновки. Таким чином, війна може мати серйозний вплив на стоматологічне здоров'я дітей, зокрема на стан гігієни порожнини рота, розвиток каріозного процесу, захворювань тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Діти-ВПО нерідко піддаються фізичним, психологічним, соціальним травмам, мають не повноцінне харчування, відсутні умови для індивідуальної гігієни. Дана категорія дитячого населення потребує особливої уваги, спеціалізованої медичної допомоги, в тому числі психологічної та стоматологічної.

SOME ASPECTS OF PROVIDING MEDICAL REHABILITATION IN HEALTH CARE INSTITUTIONS IN ROMANIA

Olena Romashkina

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Romania is known to be a member of the European Union, and due to the support of the World Health Organization, the United Nations and the European Union Commission, the level of healthcare in the state has increased. Therefore, the experience of Western countries, where the field of health care, including medical rehabilitation, is successfully working and developing is extremely important for our country. Doctors of a certain specialization, for example, an orthopedist, an oncologist, a pulmonologist, etc., can recommend the services of a psychologist or a physiotherapist to insured persons, provided that the specialized outpatient clinic where the doctor works has the appropriate qualifications, or enter into a contract with a provider of psychological or physiotherapy services. A psychologist can provide such services as psychological counseling and

psychotherapy, special psychological and pedagogical counseling, through a speech therapist. A psychologist can provide services remotely using any means of communication. A doctor can provide the services including individual or group physiotherapy, physiotherapy on special devices such as mechanical devices, electromechanical devices, robotic devices. Insured persons can receive medical rehabilitation, physical medicine and rehabilitation services both on an outpatient and inpatient basis. Outpatient physical medicine and rehabilitation in medical resorts (bases). Physical medicine and rehabilitation services are provided on an outpatient basis in medical resorts under the clinical specialty "Physical Medicine and Rehabilitation". These services include specific physiotherapy and rehabilitation procedures within a series of procedures performed on a treatment basis, such as physiotherapy, hydrotherapy, massage, aerosols, etc. Some procedures, such as mineral baths, natural springs, and mud wraps, can only be performed at the medical facilities of balneo-climatic resorts. The patient receives special physiotherapeutic and rehabilitation procedures as part of a complex of procedures carried out at medical resorts in accordance with the Plan of Individual Medical and Rehabilitation Procedures, for the periods and according to the regime established by the rehabilitation doctor. Insured patients are entitled to special treatment and outpatient rehabilitation procedures for a maximum period of 21 days per year, both in the case of children and adults. Children aged 0 to 18 years with a confirmed diagnosis of infantile cerebral palsy receive special physical and rehabilitation medical procedures for a maximum period of 42 days per year for 1 patient. The patient may divide the Procedures into a maximum of two sessions, depending on the underlying disease, as recommended by the Physical Medicine and Rehabilitation Specialist in the Specific Physical Medicine and Rehabilitation Procedures Plan. A series of specific physiotherapeutic and rehabilitation procedures, established by a specialist doctor and intended for the patient, includes a maximum of 4 procedures in one treatment day. The doctor should calculate no more than 4 procedures per day for a complex of specific physiotherapeutic and rehabilitation procedures carried out on an outpatient basis, at medical resorts

(bases) of balneo-climatic resorts. Medical recovery in hospitals. Inpatient rehabilitation is carried out in sanatoriums or sanatorium departments, which can have a sanatorium-resort profile for both children and adults. Medical physical medicine and rehabilitation services provided in health resorts may be provided for a maximum duration of 14-21 days per year, a period that may be divided into a maximum of two parts, upon the recommendation of the prescribing physician, and which include a minimum of 4 treatments per day for a minimum of 5 days per week. Medical services are also provided for a period of less than 14 days. For spa sanatoriums or sanatorium-resort units in hospitals, patients pay a personal fee. Patients pay in full for medical services provided after the 21-day hospitalization period. No personal contribution is required from persons arriving from the zone of armed conflict in Ukraine. The patient receives services on the basis of referral vouchers for physiotherapy and rehabilitation treatment in sanatorium-resort facilities, issued by family doctors or specialists in the outpatient clinic and in the hospital, who are in contractual relations with medical insurance companies. Criteria for issuing a referral to physical medicine and rehabilitation treatment take into account the specific pathology as well as concomitant conditions of the patient. Specialists in physical medicine and rehabilitation determine the term and pace of service provision. Treatment and health services provided in sanatorium-resort facilities, except for spa-preventive ones, are services provided in an inpatient mode during the periods and in the rhythm established by specialist doctors working in these departments, without limitation to a certain number of days. In our opinion, in general, the experience of Romania in terms of rehabilitation of patients can be useful and practically expedient in modern conditions for our country.

THE MAIN COMPONENTS OF COMPLEX REHABILITATION PROCESS OF COMBATANTS AND EX-COMBATANTS AT THE PRESENT CONDITIONS IN UKRAINE

Shuper S. V.¹, Shuper V. O.², Shuper V. G.³

¹Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi, Ukraina

²Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraina

³Kagarlyk District Hospital, Ukraine

Introduction. Today, because of full scale invasion the population of Ukraine especially combatants are massively under the influence of potentially traumatic events. Unfortunately, the war continues, and the number of those who need and will need medical and psychological rehabilitation is constantly increasing.

The problem of restoring the health and working capacity of combatants participating in military operations is the main task of medical and psychological rehabilitation. But the socio-psychological characteristics of the content and features of the implementation of complex programs of medical and psychological rehabilitation, which are aimed at the re-adaptation of certain categories of the military and civilian population, depending on the manifestations of somatic and mental disorders in the victims, have not been sufficiently developed in Ukraine.

The aim of the work is to discuss of the components of complex rehabilitation process of combatants and ex-combatants at the present conditions in Ukraine.

The main part. According to the literature, the rehabilitation process consists of such important periods as: recovery, readaptation and resocialization. Convalescence is a process of recovery with restoration of disturbed biological and psychological functions. During this period, pathogenetic therapy, surgical intervention, and medical rehabilitation of patients are actively used. Readaptation is the process of adapting the patient to life, work or study and the environment. At this time, it is necessary to apply medical rehabilitation, social and professional rehabilitation, as well as pathogenetic therapy. Resocialization is a rehabilitation

process by which a mature personality restores previously broken ties or strengthens old ones. Rehabilitation potential is a set of biological, psychophysiological features and factors of the social environment that allow realizing the patient's potential. It includes a systemic biopsychosocial characteristic of the human condition. The components of this characteristic can determine the possibilities (objective and subjective) of changing the defined status.

Today, specialists distinguish such components of rehabilitation potential as: clinical and functional component, psychological component, professional component, educational component and social component. The following types of pathological personal reactions to the disease are distinguished, such as: phobic reaction; depressive or anxiety-depressive reaction; hypochondriac or depressive-hypochondriac reaction; hysterical reaction and anosognostic reaction.

Specialists of the World Health Organization (WHO) distinguish three types of rehabilitation: medical, professional and social rehabilitation. The components of medical rehabilitation are drug therapy, restorative and cosmetic surgery, physical therapy and exercise therapy, psychotherapy, diet therapy, and other methods. Vocational rehabilitation includes independent occupational therapy, vocational training or retraining, and vocational guidance. Social rehabilitation consists of such components as the implementation of principles and important issues of civil and labor law, sociotherapy, socio-economic, socio-hygienic and legal counseling.

In order to assess the possibility of solving the given rehabilitation tasks, a multi-level assessment of the patient's rehabilitation potential is carried out. There are eight levels of rehabilitation potential: biomedical potential; psychophysiological potential; personal potential; educational potential; social and household potential; professional or labor potential; social potential; and socio-ecological potential.

Currently, in Ukraine, rehabilitation is carried out in various institutions, namely in crisis centers, military hospitals, early social rehabilitation centers,

social and psychological rehabilitation centers, specialized rehabilitation centers, shelters, medical and specialized institutions, where a multidisciplinary team of specialists must work. Achieving the maximum possible effectiveness of the complex rehabilitation process is possible under the condition of full provision of the entire complex of rehabilitation measures: medical, social, psychological, pedagogical, professional.

The theoretical analysis of modern literature detailed the main types of psychological assistance in modern psychotherapy practice, which are currently widely used by specialists in psycho-social rehabilitation: psychodynamic psychotherapy; cognitive therapy; client-centered therapy by K. Rogers; dolphin therapy; behavioral therapy; positive psychotherapy; gestalt therapy; group psychotherapy; family post-traumatic therapy; body-oriented therapy; art therapy.

Conclusions. All components of the complex rehabilitation process should be interconnected, logically continue and strengthen each other.

An individual rehabilitation program is planned at the earliest possible stage of providing medical aid to the wounded and is adjusted depending on the severity of the injuries received and the assessment of the individual recovery potential. The use of physical rehabilitation tools, especially for injured amputees, should be started immediately after providing surgical care to the maximum extent possible. And psychological rehabilitation should even precede other restorative treatment measures, as well as constantly accompany the patient at all stages of readaptation to changed living conditions.

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, ректора Полтавського державного медичного університету <i>Вячеслава Ждана</i>	3
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	4
<i>Гринь К.В., Гринь В.Г., Дельва М.Ю., Пінчук В.А.</i> Необхідність та шляхи збереження ментального здоров'я населення під час військових подій в Україні.....	4
<i>Калмикова Ю.С.</i> Сучасна проблема метаболічного синдрому та напрями лікування при метаболічному синдромі.....	9
<i>Касьян А.Я., Горошко В.І.</i> Роль медичної етики у запобіганні професійного вигорання: вплив цінностей та професійних стандартів....	19
<i>Катеренчук В.І.</i> Шляхи відновлення хворих на цукровий діабет, які зазнали значних порушень глікемії під час війни.....	28
<i>Катеренчук І.П., Вакуленко К.Є., Тесленко Ю.В., М'якінькова Л.О., Рустамян С.Т.</i> Фізичні, психологічні та мотиваційні аспекти кардіореабілітації: сучасний стан та основні напрямки розвитку.....	35
<i>Могильник А. І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М., Давиденко А.В.</i> Бойовий посттравматичний стресовий розлад: історія і реалії.....	45
<i>Черній В.І., Денисенко А.І., Яшан О.В.</i> Анестезіологічний менеджмент при герніопластиці передньої черевної стінки лапароскопічним та відкритим методами у хворих похилого та старечого віку з супутніми захворюваннями.....	58
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	70
<i>Ждан В. М., Голованова І. А., Вовк О. Я., Андрєєв Д.О., Буря Т.С., Ляхова Н. О., Краснова О. І.</i> Вплив курильного статусу лікаря на рівень санітарно-просвітницької роботи щодо профілактики тютюнопаління.....	70

<i>Андрєєв А.В., Тагунова І.К., Богданов К.Г., Гуца С.Г., Богданов В.К.</i>	
Медична реабілітація дітей з гіпертрофією лімфоїдної тканини глоткового кільця.....	72
<i>Вакуленко Наталя.</i> Соціально-психологічна реабілітація мирного населення, яке перебувало на тимчасово окупованих територіях.....	74
<i>Гнедик Є. С.</i> Право на реабілітацію військовослужбовців: досвід США.....	82
<i>Дерев'янка Т.В.</i> Оцінка проявів посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців.....	85
<i>Добронравова І.В., Титаренко О.В.</i> Реабілітація пацієнтів з голосовими порушеннями, які отримані у військовий час.....	87
<i>Заїка В.М., Страшко Є.Ю., Лебедєв В.А., Чернов А.А.</i> Пілотний проект програми роботи оздоровчого табору (природо терапевтичної групи) із використанням методу «природотерапії» та «рекреації».....	90
<i>Заславський П.С.</i> Параметри функціонального стану передпліччя як показник ефективності реабілітації поранених з наслідками вогнепального поліструктурного перелому кісток передпліччя.....	93
<i>Кондак Н.М., Калмикова Ю.С.</i> Методи психологічної корекції дітей та підлітків з посттравматичним синдромом.....	95
<i>Краснова О.І., Голованова І.А., Краснов О.Г., Люлька О. М., Ляхова Н. О., Белікова І. В., Мирошниченко Л. І.</i> Туберкульоз в умовах повномасштабної війни: організація допомоги хворим на туберкульоз в Польщі.....	100
<i>Куницька Д. Л., Козар Т.І.</i> Травматичний досвід у дітей: наслідки та методи психологічної допомоги.....	102
<i>Лозовікова Вікторія.</i> Програми збереження та відновлення ментального здоров'я населення під час війни.....	105
<i>Охріменко І. М., Пронтенко К. В.</i> Психологічне благополуччя персоналу поліцейських організацій в умовах соціальної напруженості	110

<i>Пашков В. М.</i> Право на реабілітацію в ФРН: законодавчі новели.....	115
<i>Петрук Л.Г., Богданов К.Г., Богданов В.К., Петрук Л.О.</i> Отоларингологічні питання медичної реабілітації військових з мінно-вибуховою травмою.....	118
<i>Полторапавлов В.А., Коваль Т.І., Прийменко Н.О.</i> Реабілітація військовослужбовців хворих на COVID-19.....	120
<i>Пухлік С.М. Саленко Л.Ю., Ценколенко О.В.</i> Реабілітація пацієнтів із втратою нюху після ларингектомії.....	125
<i>Ромашко М.В., Горошко В.І.</i> Роль технологій у медичній реабілітації: досвід західних країн та перспективи в Україні.....	128
<i>Скікевич М., Страшко Є., Волошина Л.</i> Комплексний підхід до лікування та обстеження пацієнтів з ПТСР у щелепно-лицевому відділенні.....	132
<i>Старчик Є. М., Виноградов О. О.</i> Медична реабілітація в Україні сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи.....	136
<i>Стоянов О.М., Калашніков В.Й., Вастьянов Р.С., Мащенко С.С., Бакуменко І.К., Калашнікова І.В.</i> Застосування методу постізометричної релаксації в лікуванні пацієнтів з вестибулярною дисфункцією на тлі хронічної ішемії мозку.....	138
<i>Павло І. Ткаченко, Сергій О. Білоконь, Наталія М. Лохматова, Юлія В. Попело, Ольга Б. Доленко, Наталія М.Коротич.</i> Найближчі результати реабілітаційних заходів після загострення хронічного паренхіматозного паротиту у дітей.....	140
<i>Хайлов А. В., Коршенко В. О.</i> Розвиток емоційного інтелекту у медичних сестер під час навчання як профілактика раннього професійного вигорання.....	143
<i>Чернишева І.Е.</i> Реабілітація хворих після бойових травм носа та верхньощелепних пазух.....	147
<i>Чубренко К. С.</i> Роль державного регулювання реабілітації	

дійськовослужбовців ЗС України.....	148
<i>Шевчук Марина.</i> Арт-терапія як метод лікування дітей із посттравматичним стресовим розладом.....	151
<i>Шкаберіна В.С, Горошко В.І.</i> Немедикаментозні методи у лікуванні дитячого церебрального паралічу.....	153
<i>Шешукова О.В., Мосієнко А.С., Максименко А.І., Поліщук Т.В., Труфанова В.П., Казакова К.С., Бауман С.С.</i> Психологічна адаптація внутрішньо переміщених осіб дитячого віку на стоматологічному прийомі	157
<i>Olena Romashkina.</i> Some aspects of providing medical rehabilitation in health care institutions in Romania.....	159
<i>Shuper S. V., Shuper V. O., Shuper V. G.</i> The main components of complex rehabilitation process of combatants and ex-combatants at the present conditions in Ukraine	162
Зміст	165