

Міністерство охорони здоров'я України
Департамент охорони здоров'я Одеської облдержадміністрації
Департамент охорони здоров'я Одеської міської ради
Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів та курортологів
Управління туризму, рекреації та курортів Одеської
облдержадміністрації
ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України»
ДУ «Український НП медичний центр неврології та реабілітації
МОЗ України»
ПП Лікувально-оздоровчий комплекс «Біла акація»

**ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА СВІТОВІ
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ**

Матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції

24 – 25 травня 2019 року

За редакцією К.Д. Бабова, В.О. Колоденко

м. Одеса
2019

УДК: 616 – 036.82+614.2

Сучасні технології реабілітації в різних моделях організації охорони здоров'я: Матеріали XVI Міжнародної науково-практичної конференції, 25 – 27 травня 2018 року/ за ред. проф. Бабова К.Д., В.О. Колоденка. – Одеса, 2018. –С.

В збірнику представлено роботи учасників конференції з різних питань реабілітації (в ранньому періоді відновлювального лікування, захворювань нервової системи, опорно-рухового апарату, психічних захворювань, медико-психологічна реабілітація постраждалих за умов надзвичайних ситуацій), санаторно-курортної справи, медичного туризму, застосування природних лікувальних ресурсів, сучасних технологій реабілітації і їх медико-соціальної ефективності.

Редакційна колегія: Нікіпєлова О.М.
Гоженко О.В.
Колоденко О.В.
Биков І.Г.
Бучінський С.Н.

Підписано до друку з готових діапозитивів 18.05.2019 р.
Формат 60x84 (1/8). Гарнітура Times New Roman
Папір офсетний №1. Друк офсетний. Ум.друк аркушів:
Наклад 200 примірників

Відповідальність за зміст тез та їх редакцію несуть автори

ГО «Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів та курортологів»
01033, м. Київ, вул. Шота Руставелі, № 39-41,
тел. (044) 33-77-996Е-пошта: vafk@ukr.net

Шановні колеги!

В даному виданні представлено матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції XVII Міжнародної науково-практичної конференції “Інноваційні технології та світові тенденції розвитку медичної реабілітації та курортології” (24 – 25 травня 2019 року, м. Одеса), проведення якої стало вже доброю традицією. Тематика даного форуму охоплює такі напрямки, як реабілітація в ранньому періоді відновлювального лікування, захворювань нервової системи, опорно-рухового апарату, соматичних захворювань, медико-психологічна реабілітація постраждалих за умов надзвичайних ситуацій; розвиток санаторно-курортної справи, медичного туризму, застосування інноваційних технологій реабілітації і їх медико-соціальної ефективності.

Хочеться висловити надію, що проведення даного наукового форуму буде корисно для представників фізичної та реабілітаційної медицини, медичного туризму.

З повагою,

*Президент ГО «Всеукраїнська асоціація
фізіотерапевтів та курортологів»,
заступник голови Комітету Верховної
Ради України з питань охорони здоров'я,
народний депутат України*

Сисоєнко Ірина Володимирівна

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЗАКЛАДУ ЩОДО ЙОГО ПРИДАТНОСТІ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ТУРИЗМУ (ОЗДОРОВЧОГО, ЛІКУВАЛЬНОГО, РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО)

Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В.

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

Медичний туризм, який можливо запропонувати в санаторно-курортних закладах, може бути оздоровчим, лікувальним, реабілітаційним залежно від наявності багатьох факторів.

Кожний окремих вид медичного туризму має свої специфічні особливості. Наприклад, для реабілітаційного туризму необхідно наявність в санаторії реабілітаційних відділень, невідкладної допомоги, інколи пандусів; інше для оздоровчого туризму — важлива наявність косметологічного кабінету, СПА та Wellness-процедур, басейна, сауни, тренажерних залів тощо; для лікувального туризму, насамперед, необхідна сучасна якісна лікувально-діагностична база.

Проблема надання санаторіям того чи іншого статусу для проведення туризму вирішується за результатами оцінки стану низки факторів, а саме, – на підставі детального аналізу розробленої анкети санаторію. Для визначення лікувально-оздоровчого потенціалу санаторіїв пропонується проводити оцінку за допомогою критеріїв: 1) організаційно-правова основа закладу; 2) спеціалізація, профіль, наявність реабілітаційних відділень; 3) лабораторні дослідження; 4) інструментальні дослідження; 5) використання природних лікувальних ресурсів (мінеральні води; пелоїди; бішофіт, озокерит); 6) фізіотерапія апаратна; 7) мануальна терапія; 8) психотерапія; 9) фітотерапія, ароматерапія, інгаляції; 10) галотерапія; 11) масаж

(вібро, вакуумний, гідро); 12) фізична реабілітація; 13) лікарський колектив; 14) можливість надання екстреної допомоги; 15) умови проживання; 16) умови харчування; 17) умови відпочинку; 18) екскурсійне обслуговування.

За кожним із запропонованих критеріїв присуджуються бали. На підстав суми сукупних балів (з максимально можливою 60) відбувається диференціація закладів порівняння з визначенням конкретного статусу.

Для прикладу наведено дані санаторію «Полтава» ПрАТ «Миргородкурорт» щодо його придатності для здійснення різних видів туризму. Так, за сумою набраних балів 59 проводиться інтегральна оцінка щодо градації напрямів туризму і це може бути: оздоровчий, лікувальний, реабілітаційний.

Таким чином, за результатами інтегрального оцінювання означених критеріїв визначається придатність санаторно-курортного закладу до здійснювати оздоровчого, лікувального чи реабілітаційного виду туризму.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО РЕЄСТРУ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л.
В.,

Мозальова С. А.

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

В умовах реформування системи охорони здоров'я та реалізації Стратегії розвитку туризму і курортів до 2026 року (схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 16 березня 2017 р. № 168-р), у т.ч. забезпечення сталого розвитку сфери туризму та курортів, потребує удосконалення та осучаснення санаторно-курортної сфери. Особливого значення набуває питання систематизації та моніторингу даних щодо стану санаторно-курортних закладів України.

Створення Реєстру санаторно-курортних закладів України дозволяє отримати інформацію щодо якісних та кількісних показників розвитку матеріально-технічної та медичної бази, комплексного використання природних лікувальних ресурсів у санаторно-курортній практиці у вигляді електронної бази даних.

З метою збору, накоплення, актуалізації і аналізу інформації для електронної бази Реєстру було розроблено «Електронний паспорт санаторно-курортного закладу» та Анкету обстеження санаторно-курортного закладу щодо його придатності для здійснення лікувально-оздоровчого туризму (свідoctва про реєстрацію авторського права на твір № 23690 та № 79388, відповідно).

Файлове зберігання отриманих даних, що сьогодні використовується при організації Реєстру, не забезпечує цілісності даних, які ускладнюють обробку інформації. Під час проектування важливим етапом розробки інформаційної системи є вибір моделі зберігання (організації) даних.

За результатами аналізу та обробки існуючих даних було розроблено концептуальну схему бази даних реєстру. Визначено основні блоки предметної сфери. Розроблена концептуальна модель зберігання та обробки даних стане за основою для фізичного моделювання електронного Реєстру санаторно-курортних закладів України.

Створення електронного Реєстру санаторно-курортних закладів України сприятиме формуванню єдиного інформаційного простору, забезпеченню актуальною інформацією щодо туристично-рекреаційних та санаторно-курортних можливостей регіонів, стану природних лікувальних ресурсів та умов їх використання, а також суб'єктів санаторно-курортного і туристичного комплексів.

«МИРГОРОДКУРОРТ» – НАЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ

Бабов К. Д., Гавловський О.Д., Гринь О.Д.

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

Важливими факторами розвитку туристичної галузі є природний та історико-культурний потенціал нашої країни. Україна посідає одно з провідних місць у Європі за рівнем забезпеченості природними та історико-культурними ресурсами, здатними стимулювати значний інтерес у вітчизняних та іноземних туристів. Чимало оздоровниць країни, як свідчить аналіз проведеного анкетування, мають можливості для проведення лікувально-оздоровчого туризму. Для його подальшого розвитку необхідно постійно оновлення або створення нової інфраструктури, розширення спектра пропонованих послуг, широке використання природних лікувальних ресурсів, наявність об'єктів відпочинку, розваг, спортивних споруд, а також широкої популяризації і просування туристичного продукту на світовий ринок.

Прикладом сучасної моделі лікувально-оздоровчого туризму є «Миргородкурорт».

Популярним курорт роблять і унікальні природні лікувальні чинники, і найсучасніша лікувально-діагностична база, і чудові кліматичні умови, і дієтичне харчування екологічно чистими продуктами, і широкі можливості активного відпочинку.

До складу санаторно-курортного комплексу входять чотири санаторії: «Хорол», «Миргород», «Полтава» і «Березовий гай», курортна поліклініка та лікувально-діагностичний комплекс.

- У кожному з санаторіїв – необмежений вибір умов проживання та різноманітних варіантів харчування.

- «Миргородкурорт» – це сучасний бальнеогрязевий курорт, основні лікувальні чинники якого – мінеральна вода і торф'яна грязь. Бальнеогрязелікарня курорту, яка неодноразово визначалася кращою в Україні, пропонує більш 100 видів процедур.

- Фізіотерапевтичні відділення санаторіїв курорту налічують сотні різноманітних апаратів.

- У кожному санаторії є тренажерні зали, зали лікувальної фізкультури і фітнесу, інше.

- Усі лікувальні підрозділи мають вищу акредитаційну категорію. На курорті працюють 66 лікарів, з них 8 – Заслужені лікарі України, 3 кандидата медичних наук, 43 – мають вищу кваліфікаційну категорію.

Колектив курорту не зупиняється на досягнутому, а ставить перед собою гідне завдання – високо нести звання кращого курорту світу і зробити його ще привабливішим.

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАХОДІВ З ІНВЕНТАРИЗАЦІЇ, ПАСПОРТИЗАЦІЇ ТА СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО РЕЄСТРУ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ РЕСУРСІВ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Бабов К. Д., Захарченко Є. А., Нікіпелова О. М.,
Мокієнко А. В.

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

Стратегія розвитку туризму та курортів України до 2026 року передбачає, зокрема, забезпечення ефективного і комплексного використання наявного курортно-рекреаційного потенціалу. Одеський регіон займає одне з провідних місць у державі щодо наявності сприятливих природно-кліматичних умов, курортно-рекреаційних ресурсів. Однак, інформацію щодо наявних природних лікувальних ресурсів (ПЛР) ґрунтується на архівних даних інституту, що обумовлює необхідність її актуалізації.

Реалізація проекту передбачає виконання наступних заходів.

- Аналіз чинної бази земельного кадастру Одеської області та Одеського обласного управління меліорації та водного господарства щодо ліцензіатів та власників об'єктів ПЛР.
- Збір ретроспективних даних щодо ПЛР області.
- Характеристика об'єктів ПЛР за результатами ретроспективних досліджень та клінічних випробувань.

- Рекогносцирувальні дослідження (обстеження) сучасного стану ПЛР.
 - Аналіз отриманих даних щодо об'єктів ПЛР.
 - Визначення ПЛР, які є найбільш перспективними для використання в санаторно-курортній та позакурортній практиці, а також для промислового фасування, з точки зору інвестиційної привабливості.
 - Паспортизація свердловин мінеральних вод.
 - Інвентаризація, опис та розробка рекомендацій щодо використання ПЛР.
 - Створення електронного реєстру ПЛР Одеської області.
- Реалізація цих заходів дозволить обґрунтувати надання природним територіям області статусу курортів та створити на їх базі туристично-рекреаційні кластери.

ПРОФЕСІЙНЕ НАВЧАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ КАДРІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бабова І. К., Корвецький О. Д.

Одеський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентові
України

Реформа системи охорони здоров'я має передбачати кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я – управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання вироблених цією системою послуг. Згідно зі Стратегією сталого розвитку «Україна – 2020» за вектором безпеки «особливу увагу потрібно приділити безпеці життя та здоров'я людини, що неможливо без ефективної медицини». Стратегія передбачає за вектором відповідальності здійснення, згідно з Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, реформи системи охорони здоров'я, яка входить в десятку першочергових для нашої країни. Частиною успішного процесу реформування є достатня поінформованість

фахівців усіх спеціальностей в системі охорони здоров'я та, у першу чергу, керівних кадрів щодо сучасних підходів до управління.

Згідно Наказу МОЗ України від 31.10.2018р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» однією з основних з поміж інших кваліфікаційних вимог для обіймання керівних посад в закладах охорони здоров'я є вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Публічне управління та адміністрування».

Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України (ОРІДУ НАДУ) вже більш ніж 20 років пропонує слухачам навчання в магістратурі зі спеціальності «Публічне управління та адміністрування» за напрямом «Управління у сфері охорони здоров'я». З 2018 року термін навчання становить 1 рік 4 місяці (3 семестри), що значно прискорює процес підготовки. Під час навчання в ОРІДУ НАДУ слухачі опановують **інтегральну компетентність** – здатність виконувати складні завдання та розв'язувати практичні проблеми у сфері публічного управління та адміністрування на засадах системності та комплексності, ефективності та результативності, відкритості та підзвітності, верховенства права та справедливості, лідерства та громадської участі, що передбачає здійснення інновацій та характеризується невизначеністю умов і вимог. Також слухачі отримують наступні **знання з дисциплін** за напрямом «Управління у сфері охорони здоров'я»:

1. Політика і публічне управління у сфері охорони здоров'я: сучасні концептуальні та методологічні положення щодо формування публічної політики у сфері охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій в Україні; новітні концептуальні та методологічні положення щодо публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах України.

2. Фінансово-економічні засади державного регулювання охорони здоров'я: закономірності та концептуальні положення фінансування системи охорони здоров'я в умовах ринкової економіки.

3. Управління охороною громадського здоров'я: основні закономірності розвитку управління охороною громадського здоров'я в сучасних умовах України; методи та інструменти покращення і розвитку управління охороною громадського здоров'я в умовах суспільних трансформацій.

4. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я: теоретико-прикладні засади стратегічного управління та його інструменти в системі охорони здоров'я; основні моделі управління змінами; зарубіжний досвід управління змінами у сфері охорони здоров'я для адаптації в Україні.

5. Менеджмент в системі охорони здоров'я: основи менеджменту в охороні здоров'я в умовах суспільних трансформацій; стандартизація, ліцензування та акредитація, управління якістю.

Навчання в ОРІДУ НАДУ при Президентові України дає діючим та майбутнім керівникам медичних підприємств унікальну можливість набути:

- системного погляду на місце і роль сфери охорони здоров'я в політичній і соціально-економічній системі держави;
- зрозуміти взаємозв'язок рівня громадського здоров'я та тих процесів, які відбуваються в країні;
- з'ясувати роль державної, регіональної політики, публічного управління, місцевого самоврядування в забезпеченні збереження, зміцнення і відновлення громадського здоров'я, функціонування системи охорони здоров'я та конкурентоздатності закладів охорони здоров'я.

Опанування новими компетентностями дозволить керівникам медичних підприємств різних форм власності та відомчого підпорядкування, які надають медичні послуги на всіх рівнях надання медичної допомоги, включно з санаторно-курортним, стати сучасними управлінцями у сфері охорони здоров'я.

ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ

Балашова І. В.

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

Важливим завданням реабілітації хворих з будь-якою патологією є урахування стану психоемоційної сфери та особливостей особистості як провідних критеріїв якості життя. Хронічний больовий синдром, що зазвичай супроводжує пацієнтів хворих на остеоартрит, перестає бути суто фізичною проблемою та має завжди психологічні аспекти, що значно обтяжує стан пацієнта та знижує ефективність реабілітаційних заходів. Спостереження багатьох вчених виявили кореляційну залежність між болем та рівнем тривожності у хворих на хронічні захворювання опорно-рухового апарату. Доведено взаємозв'язок хронічного больового синдрому та депресії при остеоартриті.

Враховуючи вищенаведене, при формуванні індивідуальних реабілітаційних програм слід проводити оцінку не тільки функціонального стану пацієнта але й психоемоційних особливостей та включати корекцію визначених порушень у комплексне відновлювальне лікування. Важливо впроваджувати такі комплексні програми у санаторно-курортній галузі з метою покращення якості життя зазначеного контингенту хворих.

Мета дослідження: підвищення ефективності реабілітації хворих на остеоартрит шляхом застосування комплексних підходів у відновлювальному лікуванні з урахуванням психічного стану зазначеного контингенту пацієнтів. Впровадження комплексних програм реабілітації хворих на остеоартрит у санаторно-курортній галузі

Матеріали та методи дослідження: Об'єктом наукових досліджень були хворі на остеоартрит. Середня тривалість захворювання становила $(9,8 \pm 1,4)$ років. Дегенеративно-дистрофічні ураження було діагностовано у колінних та кульшових суглобах. Функціональна недостатність 1 та 2

ступеня була визначена у 77,8 % хворих. Більшість пацієнтів мала II та III стадії дегенеративно-дистрофічного процесу у суглобах. Всім хворим було проведено клінічне та психоневрологічне обстеження, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Оцінку психологічного стану проводили за допомогою методики САН (самопочуття, активність, настрої), шкали тривоги та депресії Гамільтона, оцінку якості життя за опитувальником EuroQol — 5D.

Результати дослідження: Аналіз результатів оцінки психологічного стану хворих на остеоартрит за шкалою САН виявив зниження самопочуття ($29,1 \pm 0,5$), активності ($30,8 \pm 0,4$) та настрою ($33,8 \pm 0,5$). За тестом HADS у 46,7 % хворих оцінка за шкалою тривоги Гамільтона була більше 17 балів, що свідчило про середню вираженість тривожного розладу. Рівень депресії — ($6,4 \pm 1,8$) балів, однак 60,0 % пацієнтів за оцінкою мали депресивний епізод легкого ступеня. Зниження якості життя спостерігали у всіх пацієнтів (за опитувальником EuroQol — 5D склала $5,7 \pm 0,4$ балів).

Висновки: Оцінка стану психоемоційної сфери у пацієнтів з тривалим перебігом остеоартриту виявила ознаки дезадаптації, легкого ступеня депресії, помірне підвищення тривожності та зниження якості життя. Відсутність методів корекції розладів психоемоційної сфери у програмах відновлювального лікування хворих на остеоартрит значно знижує його якість. У формуванні комплексного підходу щодо реабілітації хворих на остеоартрит має враховуватися стан психоемоційної сфери, зокрема при тривалому перебігу хвороби, що значно підвищить ефективність відновлювального лікування зазначеного контингенту пацієнтів на всіх етапах, у тому числі на етапі санаторно-курортної реабілітації.

ТРАКЦІЙНИЙ ВПЛИВ ВОДИ ПРИ РІЗНИХ РУХОВИХ ПОРУШЕННЯХ У ДІТЕЙ

¹Бесседа В. В., ²Литв'яков М. В.

¹КЗ Вищої Освіти «Одеська академія безперервної освіти
Одеської обласної ради»

КЗ «Центр реабілітації осіб з вадами психофізичного розвитку»

З давніх часів під увагою вчених знаходяться питання впливу води при корекції відхилень у здоров'ї людини. За статистичними даними ВООЗ близько 15% населення світу, мають будь-яку форму інвалідності [3]. Серед дитячої інвалідності, ортопедична патологія становить 43,7% [2]. Один з провідних симптомом даних відхилень є, порушення постави, що пов'язано з дисбалансом м'язового тону тулуба, а так само з порушеннями структур хребетного стовпа. Виходячи з цього, використання водного середовища для тракційного витягування хребта відіграє важливе значення.

Тракція (в перекладі з латинської - *tractio*) означає потягування [4]. Відомі різні методики тракції хребта, але ми акцентуємо увагу на тракції у водному середовищі, як найбільш м'якого і природного впливу на опорно-руховий апарат. Крім того, при зануренні у воду з оптимальною для тіла температурою, відбувається несвідоме м'язове розслаблення. Виходячи з цього, тракційний ефект в воді має велике корекційно-профілактичне значення. Він виражається в дозованому витягуванні скелета (особливо хребетного стовпа) дитини у воді в горизонтальному і разгрузочном положенні, що може стати основою для подолання наявних у верхніх і нижніх кінцівках дітей парезів. Даний ефект заснований на збільшенні відстані між хребцями, що може зняти або знизити компресію (здавлювання) периферичних нейронних закінчень, що іннервують верхні і нижні кінцівки.

При цьому використовуються такі методи (у воді), що сприяють тракції хребта [4]:

1. Аутотракція (проводиться самим хворим): плавання з «вимкненими», за допомогою надувної подушки або пінопласту дошки, ногами, спеціальні прийоми ЛФК та ін.

2. Горизонтальний (проведене в спеціальних ваннах, в тому числі з використанням вуглекисло-сірководневої води, лікарських речовин, настоїв і відварів трав, методик фізіотерапії та водолікування).

3. Вертикальне (проведене в басейні з використанням природних лікувальних факторів - радон, мінеральні вуглекислі води, підводний душ-масаж і ін.).

4. Комбіновані і поєднані види тракції.

Висновки. Найбільшому корекційному ефекту різних рухових порушень сприяє мимовільна тракції хребетного стовпа, яка, в свою чергу, передбачає створення умов для оптимального балансу м'язів тулуба.

ПОКАЗНИКИ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РАС

¹Бєсєда В. В., ²Рудой О. В.

¹ КВЗО «Одеська академія безперервної освіти Одеської обласної ради»

² Спеціальний дошкільний навчальний заклад «ясла-садок» компенсуючого типу

Останнім часом особливу увагу вчених і практиків різних спеціальностей привертає увагу порушення психіки у дітей, які часто відносять до категорії «розлади аутистичного спектру» (РАС). Слід зазначити, що кількість таких дітей зростає з року в рік. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічна кількість дітей з розладом аутистичного спектра зростає на 13% [2].

Загальновідомим є факт залежності розвитку особистості від ручної предметно-маніпулятивної діяльності. Даною проблематикою займалися такі вчені як: В. М Бехтерев, З. П. Васильцова, А. В. Запорожець, М. Монтессорі, І. П. Павлов, М. М. Сеченов, Т. В Скрипник, В. О. Сухомлинський , В. В. Тарасун. При цьому діагностика дітей з РАС в основному проводилася логопедами та дефектологами в дошкільних установах, де основна увага приділялася особливостям психічних процесів [1].

Нами була зроблена спроба визначити рівень розвитку координаційних здібностей рук у дітей на базі спеціалізованих дошкільних установ № 248 і № 151. Тестування проводилося в період з вересня 2017 року по травень 2019 року в першій половині дня, з 9 до 12 години інструктором ЛФК (лікувальної

фізичної культури), де були присутні вихователь вікової групи і медична сестра. Слід зазначити, що в деяких випадках показники розвитку дрібної моторики перевищували вікові нормативи, що відображає роботу не тільки інструктора ЛФК, а й дефектолога, логопеда, вихователя вікової групи, музичного працівника протягом навчального року.

Були отримані наступні результати: у віці 3-3,5 року на початок експерименту показники відповідали нормі, в кінці перевищили норму на 8%; у віковій категорії дітей яким 4-4,5 року на початок експерименту результати перевищили норму на 30%, в кінці експерименту показники були нижче норми на 55%; у дітей 5-5,5 років на початку експерименту показники були нижче норми на 50%, а в кінці експерименту перевищили норму на 29%; у віці 5,5-6,5 років у дітей результат на початку експерименту були нижче норми на 47%, а в кінці експерименту нижче на 42%.

Табл. 1 Результати ігрового тестування.

Вік	Відхилення від норми на вересень 2017 р.,%.	Відхилення від норми на травень 2019 р.,%.
3-3,5 року	Відповідає нормі	Перевищує норму на 8%
4-4,5 року	Перевищує норму на 30%	Нижче норми на 55%
5-5,5 років	Нижче норми на 50%	Перевищує норму на 29%
5,5-6,5 років	Нижче норми на 47%	Нижче норми на 42%

Отримані результати можуть бути використані реабілітологами, інструкторами ЛФК, інструкторами фізичного виховання, а також тренерами в корекційно-профілактичній роботі з цією категорією дітей.

Перспективи подальших досліджень бачаться в розробці методики діагностування фізичної підготовленості дітей раннього та дошкільного віку з РАС.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ АНГІОНЕЙРОПАТІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Волянська В. С.

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

Цукровий діабет (ЦД) є важким інвалідизуючим захворюванням і впливає практично на усі системи і органи людини. Найпоширенішою формою ураження нервової системи при ЦД є дистальна діабетична ангіоневропатія. У комплексному лікуванні ЦД, а також його ускладнень одним з ефективних додаткових методів є фізіотерапія. Фізичні чинники у хворих на ЦД застосовуються з метою загальної дії на організм для корекції нейрогуморальної дизрегуляції діяльності ендокринної системи, нівелювання астеноневротичного стану (вегетокорегуючі та седативні методи) та для боротьби з ускладненнями і супутніми захворюваннями.

Мета. Оцінити ефективність застосування високотонавої терапії при лікуванні хворих із діабетичними ангіонейропатіями нижніх кінцівок.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 25 хворих з неврологічними проявами ЦД, а саме діабетичними ангіонейропатіями нижніх кінцівок, які перебували на санаторно-курортному лікуванні. Діагностичний комплекс включав клініко-неврологічне обстеження, анкетування за шкалою оцінки якості життя та динаміка змін самопочуття, активності, настрою за методикою САН.

Хворі були розподілені на 2 групи: пацієнти контрольної групи (n=10) отримували стандартну терапію згідно протоколу, пацієнти основної групи (n=15) в комплексному лікуванні отримували високотонову терапію 10–12 днів. Лікування пацієнтів основної групи проводили на апараті «HiToP», Германія за комбінованою методикою, використовуючи 1-й канал для загальної дії (Simul FAMi, 2 електроди на підшви стоп, 2 електроди на передпліччя, один – на ділянку шиї ззаду, час дії 30 хвилин з установкою амплітудних значень струму за

субпороговими відчуттями пацієнта на частотах 4 і 16 кГц); 2-й канал на больові ділянки, поперечно або косопоперечно (Simul FАМх при частоті модуляції 100 Гц, силі струму до відчуттів вібрації).

Результати досліджень. Самопочуття, активність та настрої до початку лікування у пацієнтів основної групи за візуально-аналоговою шкалою САН становили в середньому відповідно (33,7±1,8), (43,6±1,5), (35,7±3,2) балів, але наприкінці лікування вірогідно покращились показники самопочуття (52,3±1,3), (р<0,05) та настрою (57,4±1,8), (р<0,001), що стосується показника у вигляді активності, то вірогідних змін він не зазнав. Вірогідної динаміки цих самих показників у пацієнтів групи контролю нами не виявлено. Наприкінці лікування вдалося досягти покращення чутливості у дистальних відділах нижніх кінцівок та достовірне підвищення якості життя пацієнтів до рівня (21,79±0,42) балів (р<0,05), саме у пацієнтів основної групи.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про доцільність застосування високотонової терапії у хворих з діабетичними ангіонейропатіями нижніх кінцівок для покращення психоемоційної, чутливої сфери у пацієнтів. Сподіваємося, що раціональне поєднання фізичних чинників і фармакотерапії значною мірою підвищить ефективність лікування і медичної реабілітації цих пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ

О.А. Гоженко

Санаторій «Одеса» Служби безпеки України

Згідно Хельсінборгській декларації (2016 р.) до 2025 р. 30-денна летальність після інсульту буде складати < 7 % пацієнтів, та > 70 % тих, що вижили та здобули незалежність в побуті через 90 днів. Однак реалії України не такі – 30–40 % помирають протягом 1 місяця і ~ 50% протягом 1 року, 20–40% стають залежними від сторонньої допомоги, менше 20 % повертаються до повноцінного життя. Постінсультна

реабілітація має бути направлена на координоване використання комплексу медичних, соціальних, освітніх та професійних заходів для перенавчання пацієнта з метою досягнення максимального рівня фізичних, психологічних, соціальних, професійних і особистісних можливостей.

Враховуючи те, що після інсульту у хворих нерідко розвиваються болі різної локалізації та етіології, методи її корекції також мають бути різними. Нами розроблено відповідні програми реабілітації таких пацієнтів.

Так при центральному постінсультному болю програми реабілітації пацієнтів мають включати застосування антидепресантів та транскраніальну електростимуляцію, яка активує ендорфіни структури антиноцицептивної системи головного мозку.

Корекція больових синдромів не центрального генезу повинна включати нейром'язову активацію тейпування, розвантаження суглобів, Бобат терапію, кріотерапію, апаратну фізіотерапію, плазмоліфтинг, ТРІ, постізометричну релаксацію, ПНФ, сенсорну депривацію, рефлексотерапію.

У програмах корекції больових синдромів, пов'язаних з болісним спазмом спастичних м'язів паретичних кінцівок велику увагу слід приділити нейром'язовій активації з застосуванням пасивних підвісних систем та пасивних рухів, вправам в закритих кінематичних ланцюгах, функціональній електричній стимуляції, постізометричній релаксації, пропріоцептивній нейром'язовій фасілітації.

Лікування постінсультного больового синдрому залишається складним завданням, незважаючи на широкий діапазон лікарських засобів і методів нефармакологічними реабілітації.

ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ СПА І WELLNES В УМОВАХ КУРОРТУ

О.А. Гоженко¹, І.Г. Биков², К.Д. Бабов, А.Ю.

Кисилевська

¹ – Санаторій «Одеса» Служби безпеки України

² – ДУ «Український науково-практичний медичний центр неврології та реабілітації МОЗ України»

³ – ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

⁴ – Одеський національний політехнічний університет

Потенційні відвідувачі курортів частіше відмовляються їхати в вітчизняні санаторії, бо не отримують там хорошого сервісу. А самі установи, не маючи повне навантаження, не заробляють кошти, необхідні для їх існування. Одним з виходів з цієї ситуації може бути переформатування частини санаторно-курортних закладів у СПА-центри. Для цього слід визначити основні відмінності між санаторієм на курорті та СПА-центром. Нами визначено такі: направленість діяльності (у СПА-центрах більше орієнтування на відпочинок та оздоровлення), тривалість курсу (СПА-центр – 3–7 днів), рівень комфорту, відповідний персонал, контроль якості послуг.

Впровадження технологій СПА і Wellnes в санаторно-курортне лікування повинно проходити наступним чином: створення СПА-кабінетів; організація СПА-зони; створення СПА-центру, лікувально-оздоровчої зони; розробка освітніх Wellnes-програм.

Пропонована покорова реалізація концепції СПА в санаторно-курортному закладі має містити наступні етапи: розробка проекту; створення СПА-простору; організація СПА-кабінетів; розробка методичної документації; навчання персоналу; формування системи індивідуальної роботи з пацієнтом; створення критеріїв стану його в СПА; інтеграція у базовий комплекс; впровадження освітніх Wellnes-програм. Реалізація впровадження технологій СПА і Wellnes можлива на основі існуючої нормативно-правової бази, санітарних норм, специфіки матеріально-технічного оснащення можливостей навчання персоналу.

Головним аспектом впровадження технологій СПА і Wellnes в санаторно-курортне лікування в умовах курорту є застосування природних лікувальних ресурсів регіону в

оздоровчих і естетичних СПА-процедурах та Wellnes-програмах.

Не останню роль має відігравати й завдання виходу курортної індустрії України на світовий рівень туристичних і курортних послуг. У зв'язку з цим актуальним є впровадження в Україні міжнародних стандартів, зокрема, до організацій курортів та СПА-центрів. В Україні щодо цих питань працюють Технічні комітети при Міністерстві економічного розвитку і торгівлі – ТК № 169 «Туризм і послуги у сфері туризму» і ТК № 124 «Природні і преформовані лікувальні ресурси».

Отже інтеграція сучасних технологій профілактики і відновлювальної медицини на курорті має бути побудована на поєднанні санаторно-курортного лікування (доліковування, спеціалізовані медичні реабілітаційні програми) та технологій СПА і Wellnes (відпочинок, оздоровлення, косметичні і реабілітаційні послуги). Впровадження СПА та Wellness у умовах курорту може стати гарантією не тільки підвищення затребуваності санаторно-курортних установ, але і їх активної роботи в період міжсезоння.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

к.мед.н. Михайленко В.Е., к.мед.н. Гончарук Е.А.,
Осипенко А.С. Одесский областной благотворительный фонд
реабилитации детей-инвалидов «Будущее»

Методы физической реабилитации являются неотъемлемой частью комплексных реабилитационных программ пациентов с церебральным параличом (ЦП). Из большого количества разнообразных, в том числе авторских, методик физической реабилитации в Детском реабилитационном центре им. Бориса Литвака используются: Войта-терапия, Бобат-терапия, лечебная физкультура, метод динамической проприоцептивной коррекции, локомоторная тренировка (на аппаратах Locomat, G-EO-sistem, Locosistem), механотерапия, ортостатическая коррекция на балансировочной платформе и на комплексе Tiroresolution, гидрокинезиотерапия.

Подбор индивидуальной схемы проведения физических нагрузок на курсе реабилитации осуществляется с учетом диагноза пациента, степени нарушения больших моторных функций у детей со спастическими формами ЦП, возрастной категории и сохранности когний.

Войта-терапия основана на формировании двигательных навыков у детей с первых дней жизни, используя рефлексы ползания и переворота. Бобат-терапия базируется на рефлексах выпрямления в положениях лежа, на четвереньках, сидя и стоя (проводится с 1 года 6 мес.). Детям старше трех лет показаны ЛФК, динамическая проприоцептивная коррекция и сенсорно-интеграционная терапия. Пациенты школьного возраста, которые вертикализированы самостоятельно, занимаются на системе Tirosolution.

Дифференцированный индивидуальный подход, а также систематичность занятий, улучшает реабилитационный прогноз, помогает профилактировать ортопедические осложнения, способствует формированию устойчивого патерна ходьбы.

ДОКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЛЬФІДНИХ СЛАБКОМІНЕРАЛІЗОВАНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД

Гуца С. Г., Насібуллін Б. А., Польщаківа Т. В., Олійник Н. П.,
Балашова І.В.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України

Природні сульфідні МВ мають виключно високу біологічну активність, обумовлену хімічною дією вільного сірководню (H_2S) і гіпосульфідного іону (HS^-), що обумовлює їх широке використання у бальнеологічній практиці.

У відповідності з чинним законодавством в сфері використання природних лікувальних ресурсів для практичного використання мінеральних вод необхідно надати сучасну медико-біологічну оцінку їньої якості та цінності, яка складається з декількох етапів: прогнозна оцінка, доклінічні дослідження і клінічні випробування.

За першим етапом комплексних досліджень встановлено, що підземні води свердловини (свр.). № 13Д с. Конопківка Тербовлянського району Тернопільської області характеризуються як середньосульфідні (сульфідні-гідросульфідні) слабкомінералізовані сульфатно-гідрокарбонатні кальцієві, і за своїм якісним складом (органолептичними та фізико-хімічними характеристиками), мікробним ценозом, санітарно-мікробіологічними та радіологічними показниками і біологічною дією (визначені коливання показників метаболізму у інтактних тварин при курсовому зовнішньому застосуванні МВ не виходили за межі фізіологічної норми і не викликали шкідливих чи токсичних явищ) задовольняють вимогам чинних нормативних документів щодо мінеральних природних лікувальних вод.

За другим етапом експериментальних досліджень на щурах з патологією опорно-рухового апарату (дексаметазоновий артроз) встановлено, що під впливом проведеного курсу зовнішніх аплікацій з МВ свр. № 13Д тканини капсули суглоба відновлюють щільність та мають звичайний вигляд. Щілина суглоба тонка. Поверхня суглоба гладенька. Товщина хряща невелика, межучоточної речовини небагато, вона одноманітна. Хондроцити в глибоких шарах зібрані в гнізда. Ядра хондроцитів середніх розмірів та щільності забарвлення. Хондробластів в поверхневих шарах помірна кількість, розташовані вони рівномірно, ядра невеликі темні. Тобто, проведений курс з МВ сприяє відновленню хряща. Це чинить помірний коригуючий вплив щодо порушень функціонування опорно-рухового апарату піддослідних тварин (щури не милують кінцівку при пересуванні, болючість при пальпації та набряк при огляді відсутні). Також визначено системний вплив МВ за рахунок коригування функціонального стану нирок, підсилюється сечовиділення за рахунок перерозподілу співвідношення парціальних процесів сечоутворення, збільшується добова екскреція сечовини та хлорид-іонів; відновлюються показники периферійної крові та імунної системи (нормалізація ШОЕ, кількості лейкоцитів,

лейкоцитарної формули, процесів фагоцитозу, вмісту ЦК та зникнення антитіл до тканини суглобів).

На підставі проведеного комплексу доклінічних досліджень розроблено рекомендації щодо проведення третього етапу медико-біологічної оцінки МВ свр. № 13Д с. Конопківка Тербовлянського району Тернопільської області – клінічних випробувань.

ОЦІНКА БЕЗПЕЧНОСТІ ТА СТУПЕНЯ БІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗАСОБУ З ЧОРНОМОРСЬКОЇ МІДІ «БІПОЛАН ФОРТЕ»

Гуца С.Г., Насібуллін Б.А., Польцакова Т.В., Коева Х.О.,
Волянська В. С.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України»

Дефіцит мікроелементів та інших біологічно активних речовин (БАР) у харчуванні людини може сприяти зниженню функціональних резервів та адаптивних здібностей організму. Першими системами, що зазнають пошкодження при дістресі, є системи регулювання процесів життєдіяльності організму. Для ефективної корекції цих ушкоджень бажано використовувати такі засоби, в яких мікроелементи та БАР знаходяться в легкодоступній для засвоєння «природній» формі. У цьому аспекті привертають увагу бальнеологічні засоби морського походження, представником яких є «Біполан Форте» (БЗБФ). Діючою субстанцією засобу є гідролізат, який отримують з одного з підвидів чорноморської мідії. До його складу, крім макро- і мікроелементів, входить значна кількість БАР: глікопротеїнові комплекси, уронові та сіалові кислоти, таурін, вітаміни, багато аміно- та жирних кислот, у тому числі всі незамінні амінокислоти.

Мета дослідження. Визначення безпечності та біологічної активності бальнеологічного засобу «Біполан Форте» при його внутрішньому застосуванні у білих щурів. Досліджували стан організму інтактних тварин за впливом на центральну нервову систему (ЦНС) та емоційну активність, функціональний стан нирок. Морфологічними дослідженнями

визначали стан структури тканин шлунку, печінки, серця та нирок. Засіб вводили у стравохід м'яким зондом з оливкою, один раз на добу, у дозі 1 % від маси тіла тварини, курсом 12 діб поспіль.

БЗБП чинить м'який та помірний заспокійливий вплив на функціональну активність ЦНС. При цьому зменшується емоційна напруга та покращується емоційний стан тварин. Встановлено значний стимулюючий вплив на сечоутворювальну та екскреторну функції нирок. Величина добового діурезу збільшується на 110 % ($p < 0,001$) за рахунок збільшення швидкості клубочкової фільтрації на 45 % ($p < 0,001$) та зменшення канальцевої реабсорбції рідини у канальцях нефронів на 0,30 % ($p < 0,001$). Визначено збільшення добової екскреції креатиніну, сечовини та хлорид-іонів на 45 %, 145 % та 63 % ($p < 0,001$) відповідно. Морфологічними дослідженнями встановлено відсутність токсичного впливу на досліджені органи, визначено ознаки підвищеної секреторної функції залоз шлунка та метаболічної активності в печінці та міокарді. Встановлено тенденцію до зниження маси тіла, що обумовлено інтенсифікацією процесів метаболізму. Визначені коливання показників метаболізму у здорових тварин не виходили за межі фізіологічної норми і не викликали шкідливих чи токсичних явищ.

Таким чином, бальнеологічний засіб «Біполан Форте» при внутрішньому застосуванні є безпечним та володіє біологічною активністю, характер якої за впливом на визначені органи та системи обґрунтовує можливість проведення подальших досліджень щодо визначення його корегуючої в умовах відтворення у щурів наступних розповсюджених патологій: порушення вуглеводного обміну, патології органів травлення, патологічних станів, викликаних недостатчею мікроелементів тощо.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РЕФРАКТЕРНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Гуца С. Г.,
Калініченко М. В., Іжа Г. М.

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування рефрактерної ГЕРХ (РФГЕРХ) шляхом використання в комплексній терапії борної середньомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води та ампліпульстерапії.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 90 хворих на РФГЕРХ. Всім пацієнтам проведено загальноприйняті клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження (анамнестичний, клінічний методи, параклінічні методи (дослідження загальноклінічних показників крові, езофагогастроуденофіброскопія, рН-метрія), статистичні методи). Контрольну групу (І група) було представлено 30 пацієнтами, яким призначали стандартний комплекс лікування — дієтичне харчування та препарати групи ІПП у подвійному дозуванні. Хворим ІІ групи додатково призначали внутрішній питний прийом борної середньомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої води. Хворим ІІІ групи додатково до стандартного комплексу лікування призначали внутрішній питний прийом борної середньомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої води мінеральної води та процедури ампліпульстерапії.

Результати дослідження свідчать про високу ефективність запропонованого лікування із використанням мінеральної води та ампліпульстерапії, що виражалось у зникненні клінічних проявів ГЕРХ ($p < 0,001$), езофагіту ($p < 0,001$), порушень моторно-евакуаторної функції езофагогастроуденальної системи у вигляді ліквідації гастроєзофагеального та дуоденогастрального рефлексів ($p < 0,05$). На відміну від цього, у ІІ групі спостереження позитивна динаміка була менш вираженою, що характеризувалося зменшенням клінічних проявів ГЕРХ ($p < 0,003$), езофагіту ($p < 0,003$), порушень моторно-евакуаторної функції у вигляді зменшення тільки гастроєзофагеального рефлюксу ($p < 0,05$). У групі контролю

позитивні зміни були мінімальні та виражалися лише у зменшенні клінічних проявів ГЕРХ ($p < 0,05$) та езофагіту ($p < 0,05$). Впливу на порушення моторно-евакуаторної функції езофагогастродуоденальної системи не відмічено.

Запропоноване комплексне лікування із використанням ампліпульстерапії та борної середньомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води на тлі прийому подвійних доз ІПП є ефективним щодо лікування рефрактерної ГЕРХ.

СУЧАСНІ АВТОМАТИЧНІ БЮВЕТИ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД «ДЖЕРЕЛО-ЛЮКС»¹ - НАДІЙНІ ПАРТНЕРИ САНАТОРІЇВ, КУРОРТІВ ТА СПА КОМПЛЕКСІВ У СФЕРІ ЛІКУВАННЯ, ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ.

Дремлюга Н.Г., Палієнко Г.Г.

Науково-виробниче підприємство «Джерело-Люкс»

В сучасних умовах погіршення екологічного стану, прискоренні ритму життя та дефіциті можливостей для збалансованого харчування, все більше людей звертають увагу на своє здоров'я та емоційний стан й вибирають для лікування й відновлення курорти, де основою лікування або його потужним додатковим фактором є вживання мінеральних вод, екстрактів або фітонапоїв.

Бювети та фітобари «Джерело-Люкс» мають в своїй основі особливі авторські технології (захищені низкою патентів), що дозволяють досягти максимального лікувального та відновлювального ефекту завдяки збереженню всіх цілющих властивостей мінеральних вод при їх відборі, транспортуванні, зберіганні, підігріві та видачі пацієнтам. Таке обладнання дає можливість лікарям призначати комплексне питне лікування мінеральними водами із свердловин, а також привозними мінеральними водами, ропами, екстрактами та фітонапоями (наприклад, призначати питний бішофіт, йодіс, він-віту, відому в Європі чудодійну водорость хлорелу, фіточаї тощо).

Такі бювети мають можливість видавати води чи напої необхідних точних температур, концентрацій та дозувань без перегріву та застою.

Родзинкою сучасного обладнання «Джерело-Люкс» є бювет, обладнаний сучасними сенсорними моніторами та системою видачі п'яти видів лікувальних вод чи напоїв кожним модулем з дотриманням необхідних порцій, мінералізацій та температур. В такому бюветі передбачена додаткова можливість змішування вод в певних пропорціях чи можливість додавати йодіс, що посилює ефективність всього лікування.

¹ Технології нагріву та подачі води, що використані в бюветах «Джерело-Люкс» захищені патентами. Будь-яке використання та копіювання таких технологій без відома автора є незаконними й карається відповідно до діючого законодавства України.

¹ Technology of heating and suppling of water that used in pump rooms "Dzherelo-Lux» are protected by patents. Any use or copying of such technologies without the knowledge of the author is illegal and punishable in accordance with the current legislation of Ukraine.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ОСТЕОАРТРОПАТІЄЮ СТОП. ПОПЕРЕДНЄ ПОВІДОМЛЕННЯ.

Жагдаль А.А.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Медична і соціальна значимість проблеми діабетичної остеоартропатії (ДОАП) полягає в значній частоті у хворих з цукровим діабетом (ЦД) і високим рівнем незадовільних результатів лікування. Для досягнення хороших результатів потрібна співпраця лікарів ендокринологів, хірургів, ортопедів, реабілітологів.

Під спостереженням перебувало 12 хворих з ДОАП (ЦД II типу) і надлишковою вагою. Комплексне лікування включало проведення баріатричних втручань - гастрощунтування за Hess-Margseau, яке дозволяло знизити вагу і нормалізувати рівень

глюкози. Це створювало сприятливі умови протікання як самого ЦД, так і діабетичної остеоартропатії. Сама ж діабетична остеоартропатія лікувалася з використанням полужорсткої індивідуальної системи фіксації Softcast/Scotchcast. Досягалася стабільність в пов'язці, рівномірно розподілявся тиск на м'які тканини, з'являлася можливість почати функціональне навантаження вже в ранньому періоді. Пов'язка дозволяла безпечно проводити туалет ураженої кінцівки. У 2 хворих перев'язки трофічних виразок здійснювалися через сформовані отвори.

Отримані попередні результати комплексного лікування хворих з діабетичною остеоартропатією з ЦДІІ типу і надлишковою вагою з виконанням баріатричних втручань і системи фіксації Softcast/Scotchcast оцінені нами як і перспективні. Нормалізувався рівень глюкози. Знижувалася вага до 15 - 20%. Не розвивалася значна м'язова атрофія і, як загальний результат, поліпшувалися результати реабілітації хворих з ДООП (СД ІІ типу) з надмірною вагою.

ІНФОРМАЦІЙНА ПЛАТФОРМА КАДАСТРУ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ РЕСУРСІВ: КОНЦЕПТУАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ

Захарченко Є. А., Мокієнко А. В., Олійник Н. П., Сидоренко
О. М., Погребний А. Л.

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

Основою природно-ресурсної бази курортно-рекреаційної сфери є природні лікувальні ресурси (ПЛР). Державний кадастр природних лікувальних ресурсів розроблюється для організації інформаційної платформи щодо якісних та кількісних показників мінеральних вод, лікувальних грязей (пелоїдів) тощо.

Файлове зберігання даних, що сьогодні використовується при організації кадастру, не забезпечує цілісності даних та створює бар'єри з обробки інформації. На етапі проектування важливим етапом розробки інформаційної системи є вибір

моделі зберігання (організації) даних. Від організації даних в геоінформаційній системі (ГІС) безпосередньо залежить ефективність її використання.

Концептуальна модель зберігання даних включає 7 основних реєстрів за типом ПЛР: родовище мінеральних вод, водопункт, родовища лікувальних грязей, родовища поверхневих водойм, бішофіт, озокерит, морське узбережжя. Кожен з них є окремим класом просторових даних.

Внутрішній рівень ГІС кадастру складається з наступних інформаційних блоків: об'єктів ПЛР; моніторингових досліджень; реєстру користувачів ПЛР; базових геоданих; вивченості; інформаційних відомостей з інших систем; аналізу даних; реєстру метаданих.

За результатами досліджень отримано Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 84299 «Концептуальне моделювання інформаційної платформи кадастру природних лікувальних ресурсів».

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІХС ПІСЛЯ КОРОНАРНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Колоденко О. В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3» Одеської міської ради

Кардіореабілітація є невід'ємною частиною лікування пацієнтів з ІХС після коронарної реваскуляризації. Особливу актуальність це питання набуває в умовах реформування медичної галузі.

Мета роботи вивчення ефективності програм реабілітації хворих на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріал та методи дослідження 51 пацієнт у віці $58,7 \pm 8,9$ після хірургічної реваскуляризації міокарду, які отримували стандартну медикаментозну терапію, а саме: нітрати, бета-блокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ ферменту,

дезагреганти, діуретики, гіполіпідемічні препарати і комплекс реабілітації. Пацієнти 1-ї групи (21 осіб) отримували реабілітаційні заходи в спеціалізованому закладі (ЛЮК «Біла акація»). Пацієнти 2-ї групи (20 осіб) отримували комплекс реабілітації під наглядом сімейного лікаря в амбулаторних умовах. Курс лікування склав 21 день. Результати вивчали за даними клінічного спостереження (кількість госпіталізацій з приводу ускладнень ІХС, кількість приступів стенокардії). Для інтегральної оцінки стану хворих до та після відновлювального лікування використовували метаболічні та клініко-функціональні показники до та після лікування, а саме метаболічні (лептин, індекс НОМА, індекс атерогенності) та клініко-функціональні показники (індекс маси тіла (ІМТ), фізична працездатність та ФВ лівого шлуночка, рівень тривоги та депресії) та розраховували інтегральний показник (І).

Результати дослідження: В обох групах у після лікування не було зафіксовано жодних ускладнень. При визначенні інтегрального показника, ми також не спостерігали суттєвих відмінностей в обох групах, було визначено низький рівень прогресування ІХС, та результат лікування оцінено як добрий.

Висновки Таким чином, курс реабілітаційних заходів в амбулаторних умовах під наглядом сімейного лікаря є ефективним та зручним для пацієнтів.

СУЧАСНІ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР, ДЕПРЕСІЄЮ, ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ»

¹Крилов Є. М., ²Бацак Б. В., ³Орлов О. В.

¹ГО «Українська асоціація нейромодуляції», ²ГО «Українська асоціація інноваційної медицини», ³ Науково-дослідного інституту нейронаук та нейротехнологій, PhD, нейропсихолог

На сьогоднішній день у суспільстві спостерігається значне поширення факторів, які призводять до виникнення захворювань на межі психоневрології, а саме –

післятравматичний стресовий розлад, депресії та хронічні больові синдроми. Пошук стратегій лікування даних захворювань стає гострою потребою для ефективної допомоги таким пацієнтам.

Таким чином, актуальність даної теми визначається соціальною ситуацією.

Основну перевагу в лікуванні вищевказаних розладів надають фармакотерапії, психологічній підтримці та соціальної адаптації. Але останнім часом у світовій медичній спільноті все більше з'являється інформації про успішне використання немедикаментозних нейробиологічних методів транскраніальної стимуляції (tES).

На нашу думку доволі перспективним методом є транскраніальна дія постійного струму (tDCS) на головний мозок.

Мікрополяризація (tDCS) – це сучасна, портативна, неінвазивна нейростимулююча методика, яка використовує дію постійного електричного струму низької сили на нервові клітини. Струм, якій використовується при МП не є достатньо сильним для виклику потенціалу дії в нейроні, його субпороговий ефект збільшує напругу спокою нейронної мембрани, таким чином стимулюючи активність нейрону в бажаному напрямку. Транскраніальна МП (ТКМП) дозволяє направлено діяти як на коркові (піделектродний простір), так і на стан глибоких структур (через систему кортикофугальних та трансинаптичних зв'язків).

Перевагою цих методів є порівняно висока доказана ефективність, невисока вартість, безболісність та добра переносимість.

**ВИКОРИСТАННЯ ІМПУЛЬСНОЇ МАГНІТНОЇ
СТИМУЛЯЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ САНАТОРНО-
КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВОЇ ЗОНИ ХРЕБТА У
ПРАЦІВНИКІВ КОЛІЙНОГО ГОСПОДАРСТВА
ЗАЛІЗНИЦІ**

Лобойко В. В.

Лікувально – оздоровчий комплекс «Біла Акація»

Медико-соціальна значимість проблеми, розробка якої стало предметом наших досліджень ,визначається зростанням в останні роки темпів розповсюдженості патології хребта як серед населення України так і серед працівників залізничного транспорту.

Мета роботи: Підвищити ефективність санаторно-курортного лікування хворих на остеохондроз хребта поперекової зони у працівників колійного господарства залізниці, з урахуванням особливостей патогенетичних механізмів розвитку цієї патології шляхом застосування в комплексній терапії імпульсної магнітної стимуляції.

Завдання дослідження.

Вивчити особливості етіопатогенетичних механізмів розвитку остеохондрозу поперекової зони хребта у працівників колійного господарства залізниці.

Дослідити особливість біологічних ефектів та саногенетичних механізмів, які виникають в організмі хворих на остеохондроз при застосування в системі відновлювального лікування імпульсної магнітної стимуляції

Провести оцінку ефективності лікувально-реабілітаційного комплексу за різних моделей застосування імпульсної магнітної стимуляції в сполученні з традиційними методами лікування остеохондрозу поперекової зони хребта;

Провести обґрунтування методики використання імпульсної магнітної стимуляції в системі санаторно-курортного лікування остеохондрозу поперекової зони хребта у працівників колійного господарства

Об'єктом дослідження були– функціональний стан ОРА периферійних ділянок хребтових нервів та судин нижніх кінцівок , клінічні прояви остеохондрозу

Методи дослідження– клінічні, функціональні, інструментальні (КТ або МРТ, електронейроміографія (ЕНМГ) периферичних нервів та доплерографія (ДГ) судин нижніх кінцівок, оцінка параметрів якості життя, статистичні.

Дослідження проводили в групі хворих на остеохондроз хребта(75 осіб) стандартизованих по віку, статі та стажу роботи на залізниці. Всі хворі в залежності від характеру організації санаторно-курортного лікування були поділені на 3 – групи, по 25 осіб в групі. Відносно першої групи хворих використовували стандартні методи лікування. Для лікування хворих 1-ї та 2-ї груп лікувально-реабілітаційні комплекси були доповнені імпульсною магнітною стимуляцією (ІМС). При цьому , в першій основній групі ІМС обмежувалася поперековою зоною(L5-S1) ,хворі 2-ї групи ІМС застосовувалася як в зоні враження так і на ділянках проекції розгалуження n.tibialis та n.piriformis(підколінна ямка). Для ІМС використовували Mags-1(фірм Schwarz) потужністю 1-2 Тс.

Результати дослідження:

Встановлені особливості етіопатогенетичних механізмів розвитку остеохондрозу у працівників колійного господарства. До них слід віднести ергономічні особливості виробництва(вимушена поза) та наявність небезпечних факторів виробництва(струс,вібрація) які визначають асиметричність дегенеративно-дестрофічних процесів в між хребцевих сегментах хребта та підвищують ризик розвитку ускладнень(больовий синдром).

Запропоновані нами лікувально-реабілітаційні комплекси з використанням ІМС значно підвищують ефективність лікувального процесу відносно хворих на остеохондроз(35-40%)в 90%. Саногенетичні механізми біологічних процесів які формуються в організмі хворих під впливом ІМС полягали в покращенні функціонального стану спино-мозкових нервів та гемодинаміки в судинах нижніх кінцівок. Відновлення трофічних процесів в між хребцевих сегментах хребта забезпечує в 100% ремісію больового синдрому та покращенні якості життя у 90% хворих проти 47% та 67% у хворих контрольної групи. При цьому методика 2-х зонного впливу на організм ІМС характеризується більш вираженими біологічними ефектами відносно функціонального стану хребтових нервів та судин нижніх кінцівок.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З СЕПТИЧНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЦІНОЧНИХ ШКАЛ.

Мартинчук О.О.

Міська клінічна лікарня №1 м. Київ

Актуальність. Лікування септичних незрощень великогомілкової кістки вимагає великих коштів, ресурсів, фахівців.

Мета роботи. Визначити і застосувати індивідуальний обсяг реабілітаційного лікування септичних незрощень кісток гомілки на основі показників оціночних шкал; оцінити ефективність.

У 42 постраждалих з септичними незрощеннями лікувального комплексу здійснювався за оціночною шкалою Non-Union Scoring System NUSS. Бальна оцінка функціональних результатів за шкалою результатів Karlstrom-Olerud дозволяла оцінити ефективність запропонованих реабілітаційних принципів.

Імовірнісний прогноз отриманих результатів здійснювався за показниками шкали NUSS; також був обраний і спосіб фіксації уламків кільцевими апаратами (моно- і білокальний; дистракційний остеосинтез з можливістю усунення кутових зсувів). Оцінка результатів лікування була стандартизованою і враховувала прогностичні можливості отримання позитивних результатів. Здійснювалося це з використанням оціночної анатомо-функціональної шкали Karlstrom-Olerud. Незадовільні результати склали лише 9,5% (4 спостереження); хороші 71,4% (30) та відмінні - 8 (19,1%) пацієнтів). Хорошим отриманий результат слід вважати враховуючи характеристику основного масиву постраждалих, які потребували у всіх випадках спеціалізованих методів лікування з низькою ймовірністю отримання позитивних результату. У 4 випадках застосування складної комплексної спеціалізованої медичної допомоги не забезпечило успіху, у 2 випадках була проведена ампутація.

РОЗВИТОК ШВИДКІСНО-СИЛОВИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ ЯК ОДИН ІЗ ПОКАЗНИКІВ ОПОРНОЇ ЯКОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. В. Беседа, к.п.н., старший викладач КЗВО "Одеська академія неперервної освіти одеської обласної ради"

В. С. Марчук, інструктор з фізичної культури Одеського дошкільного навчального закладу «Ясла-сад» №151

комбінованого типу

На даний момент порушення в нижніх кінцівках займають друге місце серед дітей дошкільного віку серед патологій опорно-рухового апарату [4]. Крім того, ортопедична патологія нижніх кінцівок становить 43,7% у дітей з обмеженими можливостями [1].

Виявлення особливостей опороздатності ніг у дітей є першочерговою проблемою у розвитку рухового статусу [1, 3, 4]. Численні дослідники (В. В. Беседа., К. Букуп, Д. Гросс, М. М. Єфименко., А. І. Капанджі, М. Д. Мога) приділяють особливу увагу фізичній підготовленості дітей з руховими порушеннями. Слід зазначити що показники рухових якостей у дітей з затримкою моторного розвитку мають деяку варіативність в різні вікові періоди. При цьому автори акцентують на важливому значенні розвитку опорної здатності нижніх кінцівок в вертикалізації тіла дитини і пересування в ній. Крім того, розвиток швидкісно-силових якостей м'язів нижніх кінцівок є одним з показників опорної здібності ніг у дітей [2, 3].

Дослідження проводилося з 2017 по 2019 року на базі одеського дошкільного навчального закладу «Ясла-садок» №151 комбінованого типу м. Одеса. Були використані тести з методики педагогічного ігрового тестування Єфименка М. М.: «Зайка» і «Кенгуру» [3]. В обстеженні брало участь 66 дітей у віці від п'яти до шести років. Діагностика проводилася в першій половині дня інструктором з фізичного виховання, де були присутні медичний працівник і вихователь даної вікової групи.

Отримані результати тесту «Кенгуру» вказали, що розвиток швидкісно-силових здібностей дітей з затримкою моторного розвитку п'яти-шести років в межах вікової норми (табл. 1).

Таблиця 1. Показники швидкісно-силових здібностей дітей з затримкою моторного розвитку.

Вік (років)	Середні показники (см)	Вікові норми (см)
5-6	95,87	91 – 112

Висновки. Дана інформація дозволяє констатувати той факт що у дітей з затримкою моторного розвитку у віці п'яти-шести років швидкісно-силові якості ніг розвинені достатньою мірою. З огляду на це можна сказати що рівень розвитку опорної здібності нижніх кінцевої у даних дітей відповідають віковій нормі.

Отримана інформація може бути використана в корекційній роботі фахівцями з фізичного виховання, інструкторами ЛФК, реабілітологами і т.д.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГІГІЄНИ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ РЕСУРСІВ

Мокієнко А. В.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України»

Аналіз попередніх гігієнічних та медико-екологічних досліджень природних лікувальних ресурсів (ПЛР) дозволяє сформулювати наступні актуальні проблеми.

1. Створення автоматизованої системи ведення Державного кадастру природних лікувальних ресурсів (АСВДКПЛР).

Сьогодні існує гостра необхідність просторового аналізу тенденцій якісних та кількісних змін ПЛР, що вимагає створення автоматизованої системи ведення Державного кадастру природних лікувальних ресурсів (АСВДКПЛР).

Фінансування Кадастру можливе у трьох напрямках: 1) держфінансування; 2) кошти облдержадміністрацій та об'єднаних територіальних громад (ОТГ); 3) гранти щодо реконструкції та розвитку місцевих громад.

У разі фінансування за пп. 2,3 можлива розробка фрагментів Кадастру або обласних реєстрів ПЛР.

2. Обґрунтування потенціалу ОТГ у створенні курортів місцевого значення.

Це передбачає обов'язкову еколого-гігієнічну оцінку природно-ресурсного потенціалу, кліматичних умов; наявності інфраструктури; стану навколишнього природного середовища територій.

3. Наукове обґрунтування застосування у лікувальній практиці сапропелевих пелоїдів

Мета проекту полягає у продовженні розпочатих у 2016 році досліджень сапропелевих пелоїдів, які досі у лікувальній практиці не використовувались.

4. Обґрунтування державної програми «Рекреаційна екогігієна».

Це передбачає розвиток нового наукового напрямку «Рекреаційна екогігієна» та міжвідомчого науково-практичного центру з екогігієни курортів.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНОГО МАГНІЄВОМІСНОГО ЗАСОБУ У КОРЕКЦІІ ПРОЯВІВ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Насібуллін Б. А., Гуща С.Г., Польщакowa Т.В., Волянська В.С.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України»

Магній відіграє важливу роль у реалізації фізіологічних, метаболічних, імунологічних процесів в організмі людини та тварин, попри все — це активний центр ферментів окиснювання та фосфорилування: АТФ-аз та ферментів, які приймають участь в метаболізмі креатинфосфату. За участю K^+ - Mg^{2+} залежної АТФ-ази здійснюється енергозабезпечення трансмембранного транспорту іонів, перш за все в міоцитах. Магній приймає участь в регуляції процесів гліколізу, діяльності

Na/K мембранного насосу, приймає участь у процесах нервово-м'язової збудливості та ін.

Для дослідження ролі дефіциту магнію у патогенезі серцево-судинних захворювань у щурів було відтворено модель серцевої недостатності (СН), та досліджено вплив природного рідкого бальнеологічного засобу «Магнієвая олія» загальною мінералізацією 350 г/дм³ і концентрацією магнію (Mg²⁺) — 100 г/дм³, розведеного до 40,0 г/дм³. Відтворення моделі СН у білих щурів самиць масою тіла 180 – 210 гр та віком 9 місяців здійснювали шляхом одноразового введення підшкірно у праве стегно масляної суспензії фосфору із розрахунку 10 мг/1 кг маси тварин, одночасно у ліве стегно внутрішньом'язово вводили 1 мл 1 % розчину купоросу. Верифікацію моделі СН здійснювали на 14 добу по визначенню частоти дихання, серцевих скорочень, активності аденозінтрифосфатаз (АТФ-аз) та структурних змін у тканині серця. «Магнієвая олія» вводилась на наступну добу після відтворення патології, внутрішньошлунково у дозі 1 % від маси кожен день, курсом протягом 12 діб. Групою порівняння слугували інтактні тварини.

У щурів з моделлю СН на 14 добу встановлено підвищення частоти дихання на 10 % ($p < 0,01$), а частоти серцевих скорочень у хвилину на 5 % ($p < 0,01$). Мікроскопічно в міокарді збережено пучкову та пошарову організацію. Міжпучкові прошарки набрякло потовщені, судини різко повнокровні. Кардіоміоцити блідо забарвлені, без поперекової штрихованості, ядра піктонічні, щільно пофарбовані. Отже, присутні ознаки дистрофічних змін в міокарді. Гістохімічні дослідження встановили зниження активності сукцинатдегідрогенази (СДГ) та лактатдегідрогенази (ЛДГ) в тканині міокарду на 50 % ($p < 0,001$): активність СДГ складала ($3,50 \pm 0,41$) умовних одиниць оптичної щільності (ум. од. оп. щільн.) — проти ($7,00 \pm 0,15$) ум. од. оп. щільн. у нормі. Активність ЛДГ складала ($3,00 \pm 0,27$) ум. од. оп. щільн. — проти ($6,00 \pm 0,19$) ум. од. оп. щільн. у нормі. Тобто, спостерігається пригнічення активності окиснювально-відновлювальних ферментів. Також визначено зменшення активності у тканині міокарду Mg²⁺- залежної K⁺/Na⁺-АТФази

на 77 % ($p < 0,001$), а Mg^{2+} - залежної Ca^{2+} -АТФази — на 46 % ($p < 0,01$), що вказує на пригнічення енергозалежних процесів трансмембранного транспорту.

Під впливом проведеного курсу з «Магнієвою олією» визначено зменшення частоти дихання та частоти серцевих скорочень до показників групи контролю ($p > 0,1$). Різко збільшилась активність Mg^{2+} - залежної K^+/Na^+ -АТФази та Mg^{2+} - залежної Ca^{2+} -АТФази в кардіоміоцитах — ці показники на 50 % ($p < 0,01$) та на 30 % ($p < 0,01$) перевищують контрольні показники.

В міокарді зберіглась пучкова організація. Міжпучкові прошарки достатньо щільні, тонкі. Фібробласти з темним овальними ядрами. Судини помірного застійного кровонаповнення. Кардіоміоцити блідо забарвлені, але в більшості з них спостерігається досить чітка поперекова заштрихованість. Ядра кардіоміоцитів овальні, темно забарвлені. Активність окиснювально-відновлюючих ферментів підвищилась: величина СДГ та ЛДГ складала в кардіоміоцитах ($5,00 \pm 0,21$) та ($5,00 \pm 0,15$) ум. од. оп. щільн. Слід підкреслити, що суттєве відновлення структури міокарду забезпечило відновлення активності досліджених показників серцево-судинної системи — частоти дихання та частоти серцевих скорочень.

Таким чином, застосування на фоні розвитку доволі тяжкої моделі серцевої недостатності бальнеологічного засобу «Магнієвая олія» чинить помітний коригуючий вплив: призводить до майже повного зникнення структурних ознак дистрофічних змін в міокарді, при цьому частково відновлюється активність окиснювально-відновлювальних ферментів СДГ та ЛДГ і ферментів енергоутворення — Mg^{2+} - залежної K^+/Na^+ -АТФази та Mg^{2+} - залежної Ca^{2+} -АТФази і повністю відновлюється частоти дихання та серцевих скорочень.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Нечипуренко О.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти

Гострі і хронічні захворювання органів дихання у дітей є найбільш частою патологією яка виявляється на поліклінічному етапі. З даною групою захворювань зустрічаються лікарі різної спеціалізації: педіатри, отолярингологі, пульмонологи, алергологи, інфекціоністи та ін.. Значна частина гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів мають вірусну етіологію. Однак не тільки віруси викликають запалення верхніх дихальних шляхів, збудниками можуть бути бактерії, грибкова флора, внутрішньоклітинні патогени і їх асоціації (Ю.Г. Антипкін, Лапшін В.Ф., 2013). У процесі дихання першими під несприятливі впливи потрапляють верхні дихальні шляхи. В результаті порушення або виснаження фізіологічних заходів захисту дитячого організму запальний процес з верхніх дихальних шляхів може спуститися в нижні дихальні шляхи і викликати захворювання або загострення хронічних хвороб в органах дихання (В.П. Дубініна, 2011).

Сучасні комплексні методи лікування, профілактики і реабілітації захворювань органів дихання у дітей передбачають застосування не тільки медикаментозної терапії, а й використання природних і переформованих фізичних чинників. Неоціненною рисою класичних і сучасних методів фізіотерапії є можливість їх впливу не тільки на етіопатогенез захворювання, але і на саногенез (Л.Д.Тондій , О.М. Нечипуренко 2014, 2015). Протягом десятиліть для профілактики і лікування захворювань органів дихання у дорослих та дітей використовувалася інгаляційна терапія. Ефективність даного методу фізіотерапії залежить не тільки від введеного інгаляційним шляхом, обраного лікарського засобу, а й способу його доставки в дихальні шляхи.

Таким чином, важливим завданням для лікарів перерахованих вище спеціальностей є включення в комплексне лікування та реабілітацію захворювань органів дихання фізичних факторів і зокрема інгаляційної терапії, розробка планів профілактичних і протирецидивних заходів, спрямованих

на попередження загострень, ускладнень, хронічних процесів на всіх етапах надання медичної допомоги дітям (поліклініка, стаціонар, санаторій).

У сучасних умовах неможливо уявити фізіотерапевтичне відділення дитячої поліклініки, стаціонару, санаторію та ін. без наявності інгаляторію. З вдосконаленням інгаляційної апаратури все більше розширюються можливості і показання до небулайзерної терапії як способу доставки лікарських препаратів безпосередньо в орган-мішень, а саме легені, верхні і нижні дихальні шляхи. На всіх етапах відновного лікування небулайзерна терапія є важливою складовою реабілітаційних програм, включається в оновлені протоколи лікування дітей, які страждають різними захворюваннями органів дихання (І.С.Лемко, С.В.Лукащук, 2016). За допомогою небулайзера дітям можна вводити лікарські препарати різної терапевтичної дії муколітиків, бронхолітиків, протизапальних, антибактеріальних препаратів, імуномодуляторів та ін. (Ю.Г. Антипкін, Лапшін В.Ф., Уманець Т.Р., 2013).

Перевага інгаляційної терапії полягає в більш швидкому всмоктуванні лікарських препаратів при введенні їх в організм, депонування його в підслизовому шарі багатому кровоносними і лімфатичними судинами, створення високих концентрацій лікарських речовин безпосередньо в осередку ураження. Важливим є те, що минаючи печінку лікарські речовини в незміненому вигляді діють при захворюванні верхніх дихальних шляхів, легенів і більш ефективно ніж при ряді інших засобах введення. Крім лікувальної дії самого лікарського препарату, що вводиться інгаляційним шляхом, позитивно на організм впливає дихальна гімнастика (глибокий вдих і максимальний видих), що сприяє інтенсифікації обміну речовин в тканинах (М.А. Хан, А.М. Разумов 2018).

Таким чином, широке використання інгаляційної терапії в комплексному лікуванні, реабілітації та профілактиці захворювань органів дихання у дітей на всіх етапах медичної допомоги дозволяє удосконалювати протоколи відновного лікування та підвищити його ефективність.

Thus, the widespread use of inhaled therapy in the complex treatment, rehabilitants and prevention of respiratory diseases in children at all stages of medical care can improve the protocols of rehab and improve its efficiency.

**ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПІДЗЕМНИХ
ВОД З ПІДВИЩЕНИМ УМІСТОМ ОРГАНІЧНИХ
РЕЧОВИН С. СТАРИЙ КРОПИВНИК, ЛЬВІВСЬКА
ОБЛАСТЬ**

Нікіпелова О. М., Коєва Х. О., Ніколенко С. І., Арабаджи
М. В.

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

Гідрогеологічні та географічні умови обумовили формування на території деяких районів Львівської області слабкомінералізованих мінеральних вод з підвищеним умістом органічних речовин, які можуть успішно використовуватися у лікувальній практиці та промислового фасуванні.

Наряду з розчиненими мінеральними солями, в природній воді завжди присутні органічні речовини. Мінеральні води з підвищеним умістом органічних речовин - це води, які містять органічний вуглець у концентрації не менше 5,0 mg/l. Слід зазначити, що присутність в мінеральних водах підвищеного умісту органічних речовин дозволяє використовувати їх для лікування пацієнтів із захворюваннями нирок, зокрема, з сечокам'яною хворобою, печінки, органів травлення, а також успішно застосовувати в комплексі з іншими видами санаторно-курортного лікування.

Проведено прогнозу оцінку таких родовищ, а саме, підземних вод (ПВ) свердловин (свр.) № 2 та № 3, що розташовані в с. Старий Кропивник Дрогобицького району Львівської області.

Визначено: підземні води свр. № 2 – гідрокарбонатні натрієві, свр. № 3 – гідрокарбонатні кальцієво-натрієві. Води з обох свердловин характеризуються підвищеним умістом

органічних речовин слабкомінералізовані, слабколужні, холодні.

ПВ свр. № 2 та № 3 с. Старий Кропивник мають досить різноманітну автохтонну мікробіоту, яка може продукувати біологічно активні речовини з передбачуваними властивостями та специфічністю дії (амінокислоти, ферменти, вітаміни і інші). Води не містили мікроорганізмів, які здатні різко погіршувати органолептичні показники мінеральних вод (стрептоміцетів, дріжджів, мікроміцетів).

Треба відмітити, що незадовільний санітарно-мікробіологічний стан ПВ свр. № 3 свідчить про недостатню захищеність водоносного горизонту від поверхневого забруднення, тому рекомендовано провести санітарно-захисні заходи з обладнання каптажу та доведення стану підземних вод до показників безпечності згідно нормативних документів.

За результатами проведених експериментальних досліджень на інтактних лабораторних тваринах ПВ свр. № 2 та № 3 безпечні для організму та володіють біологічною активністю, з радикалом впливу на ЦНС, нирки, печінку, ферменти анаеробного гліколізу, а ПВ свр. № 3 до того ж сприяють підвищенню функціональної активності органів ШКТ, що дозволяє рекомендувати проведення подальших досліджень щодо визначення лікувальної дії ПВ.

РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЯКОСТІ ПЕЛОЇДІВ ТА РОПИ КУЯЛЬНИЦЬКОГО ЛИМАНУ ПІСЛЯ ЗАПУСКУ МОРСЬКОЇ ВОДИ

Нікіпелова О.М., Погребний А.Л., Ніколенко С.І., Гуща С.Г., Соболева Н.В., Деменко О.В.

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України

Протягом більше 50-ти років режим рівнів Куяльницького лиману (1952 – 2007 рр.) залишався відносно постійним, але спостерігається витримана тенденція до загального падіння рівня води в лимані. Насьогодні відбувається обміління Куяльницького лиману, що є загрозою втрати запасів

унікальних природних лікувальних ресурсів – лікувальних грязей та ропи.

Головною причиною обміління є стійка тенденція скорочення притоку води з водозбірної площі, яке обумовлене, в першу чергу, антропогенним фактором. Дуже серйозну шкоду лиману заподіяли заходи по зарегульованості русла р. Великий Куяльник.

На даний час вирішення даної проблеми здійснюється шляхом наповнення басейну Куяльницького лиману морською водою.

Одеською обласною радою прийнято ряд Регіональних програм (2012-2018 рр.) щодо збереження та відновлення водних ресурсів у басейні Куяльницького лиману, в рамках яких інститут виконував науково-дослідні роботи з медико-біологічного обстеження сучасного стану якості природних лікувальних ресурсів лиману після запуску морської води: фізико-хімічні, мікробіологічні, експериментальні дослідження на лабораторних тваринах, пелоїдів та ропи Куяльницького лиману.

Розроблено рекомендації щодо поліпшення екологічного стану Куяльницького лиману.

ГІДРОМІНЕРАЛЬНІ РЕСУРСИ САНАТОРІЮ «СОНЯЧНИЙ» ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Погребний А. Л., Коева Х. О., Ніколенко С. І., Ярошенко Н. О., Арабаджи М. В., Гревцева Т. С., Ванжула Т. С.
ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології
МОЗ України»,

Санаторій «Сонячний» розташований в лісовому масиві, на ділянці с. Вербки Павлоградського району Дніпропетровської області, і є одним з небагатьох нових санаторно-курортних закладів, де в лікувальну практику впроваджено природні мінеральні лікувальні води.

Мінеральні води ділянки санаторію «Сонячний» в геоструктурному відношенні формуються в зоні зчленування 2-х крупних геологічних структур – Дніпровсько-Донецької

западни та Українського кристалічного щита, що певною мірою сприяє наявним специфічним властивостям вод. Свердловинами з відкладів різного геологічного віку отримано мінеральні води з можливістю широкого лікувального спектру використання як при внутрішньому, так і при зовнішньому застосуванні.

Для внутрішнього застосування надано Медичний (бальнеологічний) висновок на мінеральні води свр. № 1375, води маломінералізовані хлоридні натрієві, для зовнішнього застосування – води свердловини № 1359 – бромні хлоридні натрієві, кальцієво-натрієві розсоли.

Мінеральні води свр. № 1375 при внутрішньому курсовому застосуванні коригують метаболічні процеси в організмі, сприяють зниженню рівня глюкози у крові, покращують трофіки тканин, чинять гепатопротекторний вплив, підсилюють виведення жовчі, стимулюють сечоутворення та підсилюють виведення азотистих шлаків, обмежують запальні процеси.

При зовнішньому застосування мінеральні води свр. № 1359 чинять позитивний вплив на стан нервової системи, нормалізують роботу нирок, відновлюють метаболічні процеси, усувають дистрофічні зміни внутрішніх органів, чинять місцеву протизапальну дію, усувають запалення хрящової тканини, покращують мікроциркуляцію крові.

Благодатному використанню вод сприяє розташованість санаторію в лісовому масиві з хвойними деревами, мальовничість ландшафту на березі річки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПІДЗЕМНИХ ТЕРМАЛЬНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

¹Польщакова Т. В., ¹Гуща С. Г., ²Янчик А. М.

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

² Поліклініка центральної районної лікарні ім. Бертолони
Ліннера, м. Берегово

У сучасній медицині хвороба людини розглядається як порушення адаптації (дезадаптація), дизгармонія біологічних і соціальних процесів, що пов'язано зі збільшеним навантаженням на організм (компенсаторні можливості якого не безмежні), стресогенних чинників. Серед хвороб дезадаптації особливе місце посідає синдром хронічної втоми (СХВ). СХВ є «системним захворюванням з домінуванням дизфункції центральної нервової системи, при якому втома є лише одним із симптомів». Цю патологію було внесено до МКХ-10 у підрозділ захворювань мозку під номером G93.3 — синдром втомлюваності після перенесеної вірусної інфекції.

Застосування у бальнеотерапії мінеральних вод (МВ) різноманітного фізико-хімічного складу в різній мірі сприяє відновленню захисно-приспосувальних механізмів організму людини.

Мета роботи — оцінити потенційні терапевтичні ефекти зовнішнього застосування підземних вуглекислих борних середньо-високомінералізованих хлоридних натрієвих, слабкокислих-нейтральних, термальних МВ свр. № 15-Т та № 15-Т/Д м. Берегово Закарпатської області.

Бальнеотерапію застосовували у 15 хворих (основна група) з СХВ, яким призначали курс з вказаною МВ (Т від 39 °С до 42 °С, від 12 min до 15 min, 2 дні поспіль, з днем перерви, на курс 12 ванн); 10 хворих (контрольна група), які отримували бальнеотерапію зі звичайною водопровідною водою у тому ж режимі дозування.

Динаміка показників психоемоційного стану пацієнтів з СХВ, яким призначали бальнеотерапію з МВ проявлялась у підвищенні балів покращення самопочуття — від (28,2 ± 0,7) до (33,9 ± 0,9), активності — від (30,3 ± 1,2) до (35,3 ± 0,8) ($p < 0,05$) та настрою — від (28,4 ± 0,8) до (35,2 ± 0,9) ($p < 0,05$) за шкалою САН. За шкалами HARS, HADS рівень тривоги у балах знизився — від (14,0 ± 1,0) до (10,4 ± 1,3), рівень депресії — від (18,3 ± 0,7) до (12,4 ± 0,9) ($p < 0,05$). Якість життя, яка за опитувальником EuroQol - 5D, що має зворотньо пропорційне числення балу, зменшився — від (5,7 ± 0,4) до (2,7 ± 0,2) ($p < 0,05$). Дуже низький бал неспецифічних адаптаційних реакцій

організму (НАРО) (рівень здоров'я) пацієнтів з психоемоційними розладами з СХВ під впливом однократного курсового застосування бальнеотерапії з термальними МВ збільшився — від $(820,0 \pm 176,2)$ до $(1760,0 \pm 482,2)$, але залишався на дуже низькому рівні (6400 — найвищий можливий бал).

Таким чином, пацієнтам з синдромом хронічної втоми з порушеннями психоемоційної сфери доцільно застосовувати впродовж року повторні курси бальнеотерапії з вказаними МВ, що сприяє зростанню потенціалу неспецифічних адаптаційних реакцій організму.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОРАНЕНИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОЛІСТРУКТУРНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Рой І.В., Катюкова Л.Д., Борзих Н.О.

Державна Установа «Інститут травматології та ортопедії
Національної академії медичних наук України»

Вступ. На сучасному етапі важливого значення набуває розробка нових підходів до організації та змістовності реабілітаційних заходів. Недостатнє освітлення принципів реабілітації поранених, відсутність диференційованого підходу при вогнепальних пораненнях верхньої кінцівки, обумовило актуальність даного дослідження.

Мета – покращити результат лікування пацієнтів з поліструктурними вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки шляхом розробки та індивідуалізації програм реабілітації в залежності від тяжкості травми.

Матеріали і методи. 52 поранених проходили курс відновного лікування в умовах ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» за розробленою індивідуалізованою програмою. Решта - 168 військовослужбовців проходили курс реабілітації за стандартними методиками в Ірпінському військовому госпіталі із періодичним моніторингом стану та корекцією заходів. Оцінку функції здійснювали із залученням 2-х взаємодоповнюючих методик: DASH (Disability of the Arm,

Shoulder and Hand Outcome Measure) та за системою AOOS у модифікації Курінного І.М.

Результати. Доведена доцільність диференційованого підходу та розробки індивідуальних програм реабілітації для досягнення максимально бажаного кінцевого результату надання спеціалізованої допомоги постраждалим із вогнепальними поліструктурними пораненнями верхньої кінцівки.

Висновок. Приріст функції верхньої кінцівки у військовослужбовців, що отримували реабілітацію за розробленими індивідуальними програмами реабілітації був суттєво більшим ($61,7 \pm 12,1$ балів) та досягнутий за коротші на $65,0 \pm 14,0$ діб строки, ніж у поранених групи порівняння, приріст функції в якій склав - $48,1 \pm 11,2$ балів.

Ключові слова: вогнепальні поранення, верхня кінцівка; реабілітація, відновне лікування

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НА ІММОБІЛІЗАЦІЙНОМУ ЕТАПІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ.

Рушай А.К., Климовицький В.Г., Богданова Л.В., Богданова К.І.

Науково-дослідний інститут травматології і ортопедії

Донецького національного медичного університету, м. Лиман

Переломи дистального метаепіфіза променевої кістки (ПДМЕПК) частіше зустрічаються у жінок, після 60 років. Консервативне лікування залишається провідним.

Під спостереженням перебувало 36 потерпілих з ПДМЕЛК. Корекція проводилася після введення в гематому 2% лідокаїну і внутрішньом'язово 2% розчину дексалгіну. Зіставлення уламків проводилася за допомогою тракційного пристрою з використанням лейкопластирного витягнення за пальці, фіксація пов'язкою Scotchcast/Softcast. Медикаментозну терапію визначали за показниками ΔT пальців. Обсяг варіювався від малої ймовірності розвитку нейро-дистрофічного синдрому ($T < 0,4^\circ \pm 0,09^\circ C$) - знеболююча терапія дексалгіну, вітамінів групи В і С, препаратів Са і вітаміну D3, нуклеотидів (келтікана)

з доповненням комплексу берлітіоном, антиконвульсантами, протинабряковими препаратами ($\Delta T > 2,2^{\circ}\text{C} \pm 0,5$). Визначали ΔT інфрачервоним безконтактним термометром. Напівжорстка фіксація дозволяла проводити активну кінезотерапію кінцівки, пневмомасаж і фізіотерапію з імобілізаційного періоду. Для оцінки отриманих результатів використовувалася візуально-аналогова шкала ВАШ, опитувальник DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure); шкалу DN4 - для визначення нейропатичних порушень.

Застосування мультимодального знеболювання, апаратне зіставлення, фіксація системою Scotchcast/Softcast, медикаментозне лікування з використанням показника ΔT , кінезотерапія, масаж і фізіотерапія всієї кінцівки дозволили досягти хороших результатів в 72,2% випадків.

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ТА СЕНСИТИВНО-НАВЧАЛЬНИХ ВПРАВ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПІЇ УСКЛАДНЕНЬ СЛАБКОСТІ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА

Степанова Н. З., Гулуєв В. Н.

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

В проблемі слабкості м'язів тазового дна (МТД) медичний аспект тісно пов'язаний із соціальною проблемою, тому в контексті терапії таких станів важливо використовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії задля підвищення усвідомленості та мотивації пацієнтів. Міжнародні протоколи та досвід провідних фахівців реабілітації рекомендують проміж іншого використовувати ведення пацієнтами «щоденника сечового міхура» та сенситивно-навчальних вправ для розвитку зворотнього зв'язку та контролю над МТД.

З метою покращення зворотнього зв'язку від МТД використовували три вправи, розроблені Б. Кантієні (Швейцарія). В цих вправах жінка виконує скорочення МТД, допомагаючи собі відчутти рух тканин тазу пальцями долоней.

Також на початкових етапах терапії пацієнткам рекомендується вести щоденник епізодів нетримання сечі (щоденник сечового міхура). В щоденнику описуються усі епізоди нетримання сечі та опис ситуацій, що призвели до цього. Ведення даного щоденника допомагає моніторити успішність терапії, заохочує пацієнтку до співпраці та орієнтує її на ситуації, яких слід уникати.

Терапія ускладнень слабкості МТД доволі повільна та важка, насамперед для пацієнок з розкоординованими та частково денервованими м'язами. Включення елементів когнітивно-поведінкової терапії та вправ для покращення відчуття та контролю за МТД не потребує коштовних та складних пристроїв і заохочує саму пацієнтку до співпраці та усвідомлення процесів лікування та його прогнозів. Міжнародний досвід вказує на доцільність включення таких елементів до протоколів реабілітації хворих зі слабкістю МТД. Вважаємо за потрібне включення таких елементів в клінічну практику і подальші дослідження ефективності на практиці.

ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В САНАТОРНИХ ЗАКЛАДАХ З УРАХУВАННЯМ СУЧАСНИХ ВИМОГ

Г.І. Тітов¹, В.В. Томарьова-Патлахова², В.А. Волошин³

¹ – Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини

² – Класичний приватний університет

³ – Національна академія Служби безпеки України, м. Київ

Світова тенденція щодо можливостей розвитку санаторно-курортних закладів задля прибутковості та підвищення якості послуг може бути та вже застосовується в Україні за допомогою впровадження в них систем управління якістю (СУЯ).

У сучасних умовах, коли збільшено рівень вимог не тільки до якості послуг в санаторно-курортних закладах, а й до рівня якості управління бізнес-процесами, які забезпечують їх конкурентоспроможність, актуальним є впровадження вимог

міжнародного стандарту ISO 9001:2015, який дозволяє організаціям адаптуватися до змін у суспільстві, підвищує здатність організації задовольняти потреби своїх клієнтів. ISO 9001:2015 позиціонує нову версію стандарту як складову частину діяльності організації в досягненні масштабної мети – сталого розвитку, представляючи стандарт як інструмент для поліпшення ефективності організації в цілому та застосуванням принципів ризик-менеджменту.

Однією зі складових СУЯ в санаторно-курортному закладі є наявність стандартів (протоколів) лікування та маршрутів пацієнтів, що визначають можливий об'єм допомоги (послуг), відповідальність працівників закладу.

За рахунок збільшення продуктивності і ефективності, внаслідок ініціатив щодо поліпшення якості можна, фактично, зменшити витрати на впровадження СУЯ. У цьому сенсі інституціоналізація означає, що СУЯ стає невід'ємною частиною структури і функціонування санаторно-курортних закладів. СУЯ стає частиною того, яким чином люди виконують свою роботу, і як виділяються ресурси для підтримки ефективної роботи. Однак, для цього необхідні конкретні інвестиції в ресурси для розробки технічного потенціалу СУЯ.

Нарощування потенціалу відіграє дуже важливу роль в сприянні інституціоналізації СУЯ шляхом забезпечення знань і розвитку навичок технічної реалізації і управління діяльністю СУЯ.

Впровадження міжнародних стандартів з лікування та СУЯ в санаторно-курортних закладах дозволяє підвищити якість надання медичної допомоги.

ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, НА ЕТАПІ РАНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Шмакова І.П., Тещук В.В.

Одеський національний медичний університет МОЗ України

На підставі проведених клінічних, нейрофункціональних, біохімічних досліджень, оцінки якості життя встановлено

особливості лікувальної дії різних методик МЛТ на пато- та саногенетичні механізми в хворих, які перенесли ішемічний інсульт, на етапі ранньої реабілітації: покращання стану церебральної і серцево-судинної гемодинаміки, електрогенезу головного мозку, ліквородинаміки, ліпідного обміну, реологічних властивостей крові, що сприяє регресу неврологічної симптоматики, покращанню когнітивних, інтелектуально-мнестичних функцій, збільшенню обсягу активних рухів і м'язової сили у паретичних кінцівках, зменшенню спастичності, зниженню артеріального тиску, покращання стану серцево-судинної системи.

Розширено відомі наукові уявлення щодо клінічного перебігу ішемічного інсульту, в ранньому реабілітаційному періоді: встановлено особливості суб'єктивних і неврологічних проявів захворювання, зміни функціонального стану нервової (порушення когнітивних і інтелектуально-мнестичних функцій, електрогенезу головного мозку, ліквородинаміки) і серцево-судинної систем, мозкового кровообігу (зниження лінійної швидкості кровотоку у всіх судинних басейнах, асиметрії кровообігу, підвищення периферичного судинного опору), біохімічних показників та якості життя.

Доведено, що застосування МЛТ за місцевою методикою додатково до стандартного медикаментозного лікування хворих, які перенесли ішемічний інсульт, приводить до істотного зменшення клінічних проявів захворювання і покращання показників: когнітивних функцій, мозкового кровообігу по магістральних судинах голови й інтракраніальних артеріях, покращання електрогенезу головного мозку, ліквородинаміки, сприяє поліпшенню ліпідного обміну і реологічно-коагуляційних властивостей крові.

Науково обґрунтовано, що використання комплексу РМКТ за багаторівневою методикою додатково до базової медикаментозної терапії хворих, які перенесли ішемічний інсульт, дозволяє більш суттєво, відносно місцевого застосування МЛТ, зменшити суб'єктивні і неврологічні прояви захворювання, поліпшити когнітивні й інтелектуально-мнестичні функції, покращити внутрішньосерцеву

гемодинаміку, мозковий кровообіг по магістральних судинах голови й інтракраніальних артеріях, що характеризується збільшенням лінійної швидкості кровообігу, зниженням периферичного судинного опору, зменшенням асиметрій кровообігу, дозволяє значно покращити біоелектричну активність головного мозку, ліквородинаміку, реологічно-коагуляційні властивості крові й ліпідний обмін. Ефективність застосування РМКТ за багаторівневою методикою отримана у хворих з ішемічним інсультом одразу після лікування і значно збільшується через 3 та 6 міс. (Патент України на корисну модель № 115807. Патент України на винахід № 116946).

Отримані нові дані, що використання МЛТ за місцевою методикою додатково до медикаментозної терапії підвищує ефективність реабілітації хворих, які перенесли ішемічний інсульт, що проявляється зростанням благополучних як безпосередніх (70,0 %), так і віддалених (64,0 %) результатів.

Встановлено, що застосування комплексу РМКТ за багаторівневою методикою на тлі медикаментозної терапії значно підвищує ефективність реабілітації хворих, які перенесли ішемічний інсульт, що проявляється суттєвим зростанням благополучних як безпосередніх (86,7 %), так і віддалених (83,3 %) наслідків, які достовірно перевищують результати самостійного застосування тільки медикаментозної терапії та її комплексу з МЛТ за місцевою методикою.

Доведено, що РМКТ за багаторівневою методикою сприяє досягненню безпосередньо після лікування досить високого рівня якості життя хворих, які перенесли ішемічний інсульт, з подальшим збереженням його рівня протягом 3 і 6 міс. за показниками працездатності, загального самопочуття, інтелектуально-мнестичних функцій, соціальної активності.

ЗМІСТ

Інтегральна оцінка показників санаторно-курортного закладу щодо його придатності для здійснення різних видів туризму (оздоровчого, лікувального, реабілітаційного)

Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В.

Методичні підходи щодо створення електронного реєстру санаторно-курортних закладів України

Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В., Мозальова С. А.

Інтегральна оцінка показників санаторно-курортного закладу щодо його придатності для здійснення різних видів туризму (оздоровчого, лікувального, реабілітаційного)

Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В.

«Миргородкурорт» – національна модель лікувально-оздоровчого туризму

Бабов К. Д., Гавловський О.Д., Гринь О.Д.

Обґрунтування заходів з інвентаризації, паспортизації та створення електронного реєстру природних лікувальних ресурсів одеської області

Бабов К. Д., Захарченко Є. А., Нікіпелова О. М., Мокієнко А. В.

Професійне навчання управлінських кадрів в умовах реформування системи охорони здоров'я

Бабова І. К., Корвецький О. Д.

Впровадження комплексних підходів щодо реабілітації хворих на остеоартрит

Балашова І. В.

Тракційний вплив води при різних рухових порушеннях у дітей

Беседа В. В., Литв'яков М. В.,

Показники дрібної моторики у дітей дошкільного віку з РАС

Беседа В. В. , О. В. Рудой

Персоніфікований підхід до лікування діабетичних ангіонейропатій нижніх кінцівок

Волянська В. С.

Особливості програм реабілітації з постінсультними больовими синдромами

Гоженко О.А.

Впровадження технологій spa і wellnes в умовах курорту

Гоженко О.А., Биков І.Г., Бабов К.Д., Кисилевська А.Ю.

Физическая реабилитация детей с поражением ЦНС

Михайленко В.Е., Гончарук Е.А., Осипенко А.С.

Доклінічні дослідження сульфідних слабкомінералізованих мінеральних вод

Гуца С. Г., Насібуллін Б. А., Польщакова Т. В., Олійник Н. П.,
Балашова І. В.

Оцінка безпечності та ступеня біологічної активності засобу з чорноморської мідії «біполан форте»

Гуца С.Г., Насібуллін Б.А., Польщакова Т.В., Коєва Х.О.,
Волянська В. С.

Нові можливості лікування рефрактерної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

Драгомирецька Н. В., Заболотна І. Б., Гуца С. Г., Калініченко М. В.,

Іжа Г. М.

Сучасні автоматичні бювети мінеральних вод «джерело-люкс» - надійні партнери санаторіїв, курортів та СПА комплексів у сфері лікування, оздоровлення та реабілітації.

Дремлюга Н.Г., Палієнко Г.Г.

Комплексне лікування хворих з діабетичною остеоартропатією стоп. попереднє повідомлення.

Жагдаль А.А.

Інформаційна платформа кадастру природних лікувальних ресурсів: концептуальне моделювання та його особливості

Захарченко Є. А., Мокієнко А. В., Олійник Н. П., Сидоренко О. М., Погребний А. Л.

Впровадження програм реабілітації хворих з іхс після коронарної реваскуляризації на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Колоденко О. В.

Сучасні немедикаментозні нейробиологічні методи реабілітації пацієнтів з птср, депресією, хронічним больовим синдромом

Крилов Є. М., Бацак Б.В., Орлов О. В.

Використання імпульсної магнітної стимуляції в комплексному санаторно-курортному лікуванні хворих на остеохондроз поперекової зони хребта у працівників колійного господарства залізниці

Лобойко В.В.

Реабілітаційна тактика лікування постраждалих з септичними незрощеннями великогомілкової кістки з використанням оціночних шкал.

Мартинчук О.О.

Розвиток швидкісно-силових якостей у дітей як один із показників опорної якості нижніх кінцівок

В. В. Беседа, В. С. Марчук.

Актуальні проблеми гігієни природних лікувальних ресурсів

Мокієнко А. В.

Експериментальне обґрунтування застосування природного магнієвмісного засобу у корекції проявів серцевої недостатності
Насібуллін Б. А., Гуща С.Г., Польщаківа Т.В., Волянська В.С.

Сучасні можливості інгаляційної терапії в комплексному лікуванні та реабілітації дітей з патологією органів дихання
Нечипуренко О.М.

Перспективи використання підземних вод з підвищеним умістом органічних речовин с. старий кропивник, львівська область
Нікіпелова О. М., Коева Х. О., Ніколенко С. І., Арабаджи М. В.
Результати моніторингу якості пелоїдів та ропи куяльницького лиману після запуску морської води
Нікіпелова О.М., Погребний А.Л., Ніколенко С.І., Гуща С.Г., Соболева Н.В., Деменко О.В.

Гідромінеральні ресурси санаторію «сонячний» дніпропетровської області
Погребний А. Л., Коева Х. О., Ніколенко С. І., Ярошенко Н. О., Арабаджи М. В., Гревцева Т. С., Ванжула Т. С.

Ефективність використання підземних термальних мінеральних вод західного регіону України у реабілітації пацієнтів
Польщаківа Т. В., Гуща С. Г., Янчик А. М.

Принципи реабілітації поранених з вогнепальними поліструктурними ушкодженнями верхньої кінцівки
Рой І.В., Катюкова Л.Д., Борзих Н.О.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НА ІММОБІЛІЗАЦІЙНОМУ ЕТАПІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ.

Рушай А.К., Климовицький В.Г., Богданова Л.В., Богданова К.І.

Пропозиції щодо використання когнітивно-поведінкової терапії та сенситивно-навчальних вправ в практиці терапії ускладнень слабкості м'язів тазового дна
Степанова Н. З., Гулуєв В. Н.

Впровадження систем управління якістю в санаторних закладах з урахуванням сучасних вимог
Г.І. Тітов, В.В. Томарьова-Патлахова, В.А. Волошин

Застосування магнітолазеротерапії у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, на етапі ранньої реабілітації
Шмакова І.П., Тещук В.В.