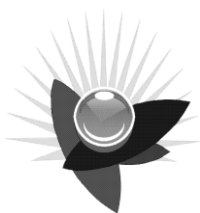


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ»

**САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ:
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ**

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
(30 вересня – 1 жовтня 2021 року, м. Одеса)



Одеса 2021

УДК 615.838+616-036.8

Головний редактор:

д. мед. наук, професор, ЗДНТ України К. Д. Бабов

Редакційна колегія:

д. держ. упр., професор Т. М. Безверхнюк

д. мед. наук, с. н.с. І. Б. Заболотна

к. мед. наук, доцент О. Л. Плакіда

к. геогр. наук, с.н.с. О. І. Цуркан

к. держ. упр. С.А. Сенча

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», протокол № 14 від 10.09.2021 р.

C18 Санаторно-курортне лікування та реабілітація: сучасні тенденції розвитку: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (Одеса, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.). — Одеса: Поліграф, 2021. — 190 с.

ISBN 978-966-2326-67-3

До збірника матеріалів ввійшли тези доповідей, подані учасниками науково-практичної конференції з міжнародною участю «Санаторно-курортне лікування та реабілітація: сучасні тенденції розвитку» (30 вересня – 01 жовтня 2021 року, ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»). У публікаціях представлено наукові результати з актуальних питань організації санаторно-курортного лікування та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, комплексного дослідження природних лікувальних ресурсів і розвитку курортних територій, підвищення якості надання санаторно-курортних послуг.

Тексти публікуються в авторській редакції. За науковий зміст і якість поданих матеріалів відповідають автори.

ISBN 978-966-2326-67-3

© ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 2021

Таким чином, включення залізистих МВ Східницького родовища до комплексного лікування ЗДА на етапі санаторно-курортного лікування дозволяє відновити показники червоної крові на тлі поліпшення обміну заліза та поповнення його депо. Отримані результати патогенетично обґрунтовують використання даних МВ з лікувально-профілактичною метою.

Список використаних джерел

1. Особенности биологического действия минеральных вод различной минерализации / К. Д. Бабов, Т. А. Золотарева, Б. А. Насибулин и др. К.: КИМ, 2009. 60 с.
2. Мінеральні води України / За ред. Е.О. Колесника, К. Д. Бабова. К.: Купріянова, 2005. 576 с.
3. Основи курортології: Посібник для студентів та лікарів. За редакцією М.В. Лободи, Е.О. Колесника. К.: Видавець Купріянова О.О., 2003. 512 с.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ: МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВИСОКОТОНОВОЇ ТЕРАПІЇ

¹Заболотна І.Б., ²Волянська В.С.

*¹ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України»*

²Одеський національний медичний університет

Одним з пріоритетних напрямків військово-медичної доктрини України є створення цілісної системи фізичної, психосоматичної і соціальної реабілітації для повернення постраждалих у найкоротший термін у військові лави або до трудової діяльності.

Відомо, що медична реабілітація (МР) грає суттєву роль у відновленні боєздатності у військовослужбовців, адже вона дозволяє значно знизити частоту ускладнень у поранених, прискорити терміни одужання, зменшити частку військовослужбовців-інвалідів, істотно зменшити прояви психосоматичних і поведінкових розладів [1, 2].

Поряд з розробленими методами фізичної та психологічної реабілітації, необхідною є розробка диференційованих комплексів медичної реабілітації пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) з урахуванням супутньої соматичної патології на етапі санаторно-курортного лікування. Досить часто у цієї категорії пацієнтів зустрічаються залишкові явища чи наслідки закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) [3].

Саме тому метою дослідження було вивчення ефективності високотонової терапії у комплексному лікуванні військовослужбовців з ПТСР та нас-

лідками закритої черепно-мозкової травми на санаторно-курортному етапі реабілітації.

Відповідно до мети і завдань дослідження нами було обстежено 50 військовослужбовців-комбатантів з ПТСР та наслідками закритої черепно-мозкової травми, що надійшли на ранню санаторно-курортну реабілітацію одразу після виписки з госпіталів. Всі хворі – чоловіки, середній вік – $(29,43 \pm 5,86)$ років. З метою всебічної оцінки психоневрологічного стану хворих використовували шкали тривоги HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) та депресії HDSR (Hamilton Depression Rating Scale), неврологічний огляд, ультразвукову доплерографію, транскраніальне дуплексне сканування (ТКДС), електроенцефалографію (ЕЕГ).

Серед ознак порушення психологічного стану найбільш часто зустрічалися порушення сну (96,0 %), емоційну лабільність (94,0 %), роздратованість (92,0 %), нездатність розслабитися (88,0 %), замкнутість та байдужість (82,0 %), пригнічений настрій (80,0 %), тривожне сприйняття повсякденних життєвих подій (88,0 %); відзначалися соматичні симптоми тривоги у вигляді безпричинного тремтіння в тілі (84,0 %), суб'єктивного відчуття серцебиття (78,0 %), брак повітря (76,0 %), «грудки в горлі» (70,0 %).

При надходженні на відновлювальне лікування, згідно зі шкалами HARS та HRDS, у хворих був визначений середній рівень тривоги ($(19,18 \pm 2,55)$ бали) та депресії ($(15,28 \pm 1,65)$ бали).

При неврологічному огляді були виявлені майже всі основні клінічні неврологічні синдроми, які обмежують життєдіяльність постраждалих: чутливі порушення (24,0 % осіб), пірамідна недостатність (28,0 % хворих), вестибулярний (36,0 % осіб) та ліквородинамічний синдром (54,0 % осіб) та синдром вегетативних порушень (74,0 % осіб). У більшості випадків (76,0 %) у кожного хворого було наявне поєднання декількох синдромів з різним ступенем проявів.

При проведенні ЕЕГ були виявлені значні зміни спонтанної біоелектричної активності головного мозку, що носили дифузний характер та виражалися у підвищенні ($p < 0,05$) інтенсивності в діапазоні дельта, тета-ритму, зниженні інтенсивності в діапазоні альфа-1-ритму у всіх областях мозку двох півкуль, а також мали тенденцію до зниження ($p > 0,05$) значення показників альфа-ритму.

При обстеженні з використанням ультразвукової доплерографії виявлено ангіоспазм та утруднення венозного відтоку з порожнини черепа. За абсолютними значеннями швидкісних показників було виявлено певне зниження лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) у середніх мозкових артеріях (СМА) та у вертебро-базиллярному басейні ($p < 0,05$).

Таким чином, у військовослужбовців – учасників АТО з ПТСР та наслідками ЗЧМТ на етапі ранньої реабілітації формування наслідків ЧМТ супроводжується нейродинамічними розладами, у т. ч. порушенням кірково-підкіркових, міжпівкульових нейрональних зв'язків та змінами церебральної гемодинаміки. Це потребує якнайшвидшого медичного втручання з метою

попередження розвитку травматичної хвороби мозку не тільки на госпітальному етапі, але й на етапі ранньої санаторно-курортної реабілітації з використанням природних та преформованих чинників.

Для цього при надходженні на санаторно-курортний етап реабілітації пацієнти були розподілені на 2 групи.

1 група – 25 хворих з ПТСР та наслідками закритої ЧМТ, що отримували у комплексному лікуванні (дієто-, клімато-, бальнеотерапія, фізична терапія) різні види групової та індивідуальної психотерапії.

2 група – 25 хворих з ПТСР та наслідками закритої ЧМТ, що отримували у комплексному лікуванні (дієто-, клімато-, бальнеотерапія, фізична терапія) різні види групової та індивідуальної психотерапії та високотону терапію від апарату НіТор за загальним “віталізуючим” режимом із додатковим розташуванням електрода у шийно-комірцевій зоні.

Використовували апарат «НіТор-184» (фірма GBO, Німеччина). Всі параметри ВТ-терапії добирались індивідуально з урахуванням частоти, сили струму, загальної потужності у ватах. Тривалість перших 2–3 процедур — 40 хв, наступних — 60 хв, на курс 10–12 процедур.

Протягом лікування в обох групах пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка психопатологічної симптоматики у вигляді позитивної трансформації структурно-особисто обумовлених форм реагування та проявів хвороби у напрямку більшої адаптивності ($p < 0,05$), відмічено протитривожний й антидепресивний ефекти, що підтверджено вірогідними змінами за шкалами HRDS та HARS, яке було більш виражене було у 2 групі ($p < 0,01$).

Наприкінці відновлювального лікування спостерігалася позитивна динаміка суб'єктивних та об'єктивних симптомів захворювання, яка найбільшою мірою була притаманна пацієнтам, що отримували ВТ-терапію у порівнянні з групою контролю, що виражалася у зменшенні асиметрії сухожильних рефлексів з кінцівок ($p < 0,05$), зменшення кількості пацієнтів з похитуваннями у позі Ромберга ($p < 0,05$), покращенням чутливості ($p < 0,05$) і зменшенням болісності паравертебральних точок ($p < 0,001$), нівелюванням вегетативно-трофічних порушень ($p < 0,001$).

При аналізі показників ЕЕГ позитивний регрес електроенцефалографічних даних в 2 групі виражався у зниженні інтенсивності в діапазоні тета-ритму ($p < 0,05$) в лобній ділянці двох півкуль на тлі підвищення інтенсивності в скроневій області ($p < 0,05$), підвищенні частоти альфа-ритму в потиличних областях двох півкуль ($p < 0,05$), а саме в діапазоні альфа 1-ритму, чого не спостерігалася у пацієнтів групи контролю.

З боку показників церебральної гемодинаміки у 2 групі спостереження відбувалося збільшення ($p < 0,05$) швидкісних параметрів кровотоку і зниження периферичного опору в окремих судинах каротидного і вертебробазиллярного басейнів ($p < 0,05$) та нівелювання ознак венозної дисциркуляції за рахунок покращення венозного відтоку по прямому синусу ($p < 0,05$), чого не відзначалось у пацієнтів 1 групи.

Таким чином, включення до реабілітаційних заходів на етапі санаторно-курортного лікування високоточної терапії у пацієнтів з ПТСР та наслідками ЗЧМТ дозволяє знизити реактивну та особистісну тривожність, покращити емоційний статус хворого, зменшити астено-вегетативний, вестибуло-атаксічний та цефалгічний синдроми, гармонізувати біоелектричну активність головного мозку, відновити церебральну нейро- та гемодинаміку.

Список використаних джерел

1. Гавловський О.Д. Забезпечення вторинною медичною допомогою та санаторно-курортним лікуванням учасників АТО / О.Д. Гавловський, І.А. Голованова // Світ медицини та біології. 2019. № 4 (70). С. 50–55.
2. Психологічні особливості хворих та інвалідів унаслідок сполучної черепно-мозкової травми / Д.Д. Богуславський, К.О. Суганяк, О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. 2017. № 2 (24). С. 23–28.
3. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / За ред. К.Д. Бабова, І.Я. Пінчука, В.В. Стеблюка. Одеса, «ПОЛІГРАФ», 2015. 240 с.

ПРИРОДНІ ЛІКУВАЛЬНІ РЕСУРСИ В МЕТОДИКАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛОР ПАТОЛОГІЇ ТА БРОНХОЛЕГЕНЕВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

Зейкан С.С.

ТОВ БПС «Теплиця»

Хвороби органів дихання – медико-соціальна проблема, а поява нового захворювання COVID-19 і його швидке поширення світом поставило перед фахівцями охорони здоров'я завдання не тільки пов'язані із запобіганням, швидкою діагностикою інфекцій та наданням швидкої медичної допомоги, але й реабілітації таких хворих у санаторно курортних умовах.

Метою є вдосконалення реабілітаційно профілактичних заходів щодо відновлювального лікування хворих із захворюванням органів дихання та пацієнтів, які перенесли гострі респіраторні захворювання в тому числі COVID-19 на санаторному етапі реабілітації, максимально ефективно комплексне та патогенетично виправдане використання природньо лікувальних чинників, що ними володіють санаторії Теплиця та Боржава, а також впровадження в практику санаторного закладу лікувально-профілактичного комплексу із застосуванням новітніх методів не медикаментозної терапії.

Об'єм реабілітаційно лікувальних заходів при ЛОР патології та бронхолегеневих захворювань в санаторіях Теплиця та Боржава:

1. Санаторний режим I–III ст.
2. Дієта № 15