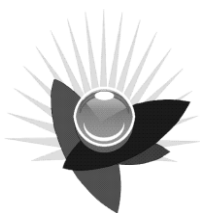


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ»

**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

у 12 (4,2 %), підозра на новоутворення – у 18 (6,3 %), та фіброзно-жирова інволюція молочних залоз, як варіант вікової норми, відмічалася лише у 40 (14 %) жінок. Крім цього, аномалії розвитку у вигляді додаткових часточок чи додаткових сосків виявлено у 13 (4,6 %) обстежених, а ліпоми молочних залоз – у 15 (5,3 %) жінок.

Зважаючи на високу частоту виявлення патології молочних залоз у обстежених жінок, обґрунтованим є скринінгове проведення мамографії. Це дасть змогу своєчасно виявити ранні прояви патології молочних залоз із подальшим скеровуванням пацієнтки на поглиблене обстеження, залученням суміжних спеціалістів, та забезпечити своєчасне лікування фіброзно-кістозної мастопатії, знизивши ризик виникнення онкологічного захворювання, а за наявності останнього – забезпечити його своєчасне раннє лікування на початкових стадіях.

ВПЛИВ ГАЛОАЕРОЗОЛЬНОЇ ТА МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У СПОЛУЧЕНІ З ІХС

**Мацегора Н.А., Шкуренко О.О., Лекан О.Я., Смольська І.М.,
Шпота О.С., Капрош. А.В., Омельян Л.П.**

Одеський національний медичний університет

Актуальність. У сучасній медичній літературі використовується поняття якості життя (ЯЖ) як «ЯЖ, обумовлене здоров'ям» (health-related quality of life), яке оцінює компоненти даного показника, асоційовані з тим чи іншим захворюванням, і дозволяє диференційовано визначати вплив хвороби і лікування на фізичний, психологічний, емоційний стан хворого і його соціальний статус [1]. У цьому аспекті заслуговує на увагу дослідження ЯЖ хворих на коморбідну патологію – обструктивні захворювання бронхолегеневої системи та ішемічної хвороби серця (ІХС) [2–4] під впливом фізичних лікувальних чинників, що досі залишається недостатньо вивченим.

Мета. Вивчити динаміку показників якості життя хворих на бронхіальну астму у сполучені з ІХС 1–2 ФК шляхом розробки та застосування патогенетично обґрунтованого комплексного відновлювального лікування з включенням галоаерозольної та магнітолазерної терапії.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилося у клініці ОНМедУ. Кількість та вік досліджених в 1-й групі: жінок 20, середнього віку $48,22 \pm 4,21$, та 10 чоловіків $52,45 \pm 4,33$ років. У другій групі – жінок 18 (60 %), середнього віку $49,38 \pm 3,45$, та 12 (40 %) чоловіків $51,69 \pm 3,24$ років. Бронхіальна астма мала інтермітуючий (21,13 %) або персистуючий перебіг легкого (45,07 %) і середнього (33,80 %) ступеня важкості у стані ремісії. У досліджених 3-ої групи було 22 (56,4 %) жінки

у віці $51,42 \pm 4,17$ років та 17 (43,6 %) чоловіків $53,88 \pm 3,49$ років. БА мала інтермітуючий (20,89 %) або персистуючий перебіг легкого (39,08 %) і середнього (40,03 %) ступеня важкості у стані ремісії. Діагноз встановлювався згідно з рекомендаціями кардіологів (ESC, 2016) та пульмонологів (GINA, 2017).

Базова терапія 1-першої лікувальної групи (ЛК-1) хворих на БА у сполученні з ІХС 1-2 ФК проводилася нами згідно алгоритму за Наказом МОЗ України № 868 від 08 жовтня 2013 р., відносно фази БА.

Хворим другої лікувальної групи (ЛК-2) після 5–7-ої доби медикаментозного лікування додатково призначали галоаерозольну терапію, що формується в спелеокліматичній камері повітряного середовища та має позитивний вплив на перебіг БА [5].

Хворим третьої лікувальної групи призначався ЛК-3, у який додатково, із 7-ої доби лікування, додавалася МЛТ [6, 7] від апарату МИТ-1.

З метою вивчення показників якості лікування, пацієнти досліджувалися за допомогою стандартизованого неспецифічного опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), який включав 36 питань, що дозволяли найбільшою мірою оцінювати взаємозв'язок ЯЖ з соціальним статусом, психічним здоров'ям і загальним благополуччям хворого. Він складається з 36 питань, об'єднаних у 8 наступних шкал: фізична активність — ФА; роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності РФ, інтенсивність болю — ІБ; загальний стан здоров'я — оцінка ЗСЗ; життєва активність — ЖА; соціальна активність — СА; роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності — РЕ; психічне здоров'я — ПЗ. При повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я, значення показників дорівнювалися 100. Чим вищим був показник по кожній шкалі, тим кращою ЯЖ по цьому параметру.

Результати дослідження. Аналіз впливу різних видів терапії на клінічний перебіг БА у сполученні з ІХС 1–2 ФК, біохімічні показники ліпідограми, функцію зовнішнього дихання (спірографію), холтеровське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ) показав, що найбільш ефективним способом лікування є фармакотерапія в поєднанні зі спелеотерапією та доповнення його магнітолазерним впливом (ЛК-3), яке поряд з поліпшенням загального стану хворих, ліпідограм крові, сприяло нормалізації показників ФЗД, ХМ ЕКГ, призвело до скорочення дози і кількості прийнятих медикаментів. Усе це обумовило досягнення позитивних результатів при призначенні ЛК-1 – в 60,6 %; ЛК-2 – в 78,6 %; ЛК-3 – в 92,2 % осіб.

Дослідження ЯЖ показало наступне: за допомогою опитувальника SF-36 було визначено, що середній показник загальної суми балів за кожною ознакою опитувальника становив 41,4 балів. У сумарному значенні кількість негативних відповідей набувала в 90,7 % осіб.

Порівняльна оцінка ефективності розроблених лікувальних комплексів терапії хворих на БА у сполученні з ІХС показала наступне: позитивні результати при призначенні ЛК-1 склали: 68,4 %; ЛК-2 – 85,1 %; ЛК-3 – 91,1 %. Середня тривалість лікування в умовах стаціонару була достовірно нижче в дру-

гій (13,2 дні) та в третій (12,2 дні) групах, ніж у першій (16,8 дні). Показники якості життя за опитувальником SF-36 у хворих на БА у сполученні з ІХС після лікування за ЛК 1–3 через 12 місяців склали відповідно.

Висновки. 1. Найбільш ефективними методами комплексного відновлювального лікування в досліджених групах за даними віддалених результатів виявилися ЛК-2 та ЛК-3, які включали вплив галоаерозольної та магнітолазерної терапії. Показники якості життя за опитувальником SF-36 у хворих на БА у сполученні з ІХС після лікування за ЛК 1–3 через 12 місяців склали відповідно: ЛК-1 – 43,8 %; ЛК-2 – 73,8 %; ЛК-3 – 90,5 %.

2. Показники якості життя, так само як і характеристики самого захворювання, змінюються з часом залежно від стану хворого, що дозволяє здійснити моніторинг проведеного лікування і, у разі необхідності, проводити його корекцію. Досягнення покращення ЯЖ є суттєвим фактором в оцінці ефективності відновлювального лікування.

Список використаних джерел

1. Ягеньський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягеньський, І. М. Січкарук // Внутрішня медицина. 2009. № 5–6 (17–18). С. 24–28.

2. Бронхіальна астма. Хронічне обструктивне захворювання легень. в світлі сучасних рекомендацій GINA (2017), SIGN 153 (2016), GOLD (2017), NICE (2010) / Фещенко Ю. І. К.: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2018. 220 с.

3. Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму/ Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. 2002. № 3. С. 9–11.

4. Особенности формирования и развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической обструктивной болезнью легких / Н. Ю. Григорьева, М. В. Майорова, М. Е. Королёва, М. О. Самолук // Терапевтический архив. 2019. Т. 91, № 1. С. 43–47.

5. Спелеотерапия, галотерапия, галоаэрозольтерапия: дефиниции, механизмы влияния, перспективы использования (часть II) / О.И. Лемко, И.С. Лемко // Астма та алергія. 2018. № 3. С. 34–41.

6. Овсянникова М.С. Клиническая эффективность применения магнитолазерной терапии в комплексном лечении хронической обструктивной болезни легких в сочетании с гипертонической болезнью / М.С. Овсянникова, Л.В. Васильева, А.В. Крючкова // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. XIX, № 2. С. 373–374.

7. Улащик В.С. О сочетанных методах магнитотерапии // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2010. № 2. С. 3–9.