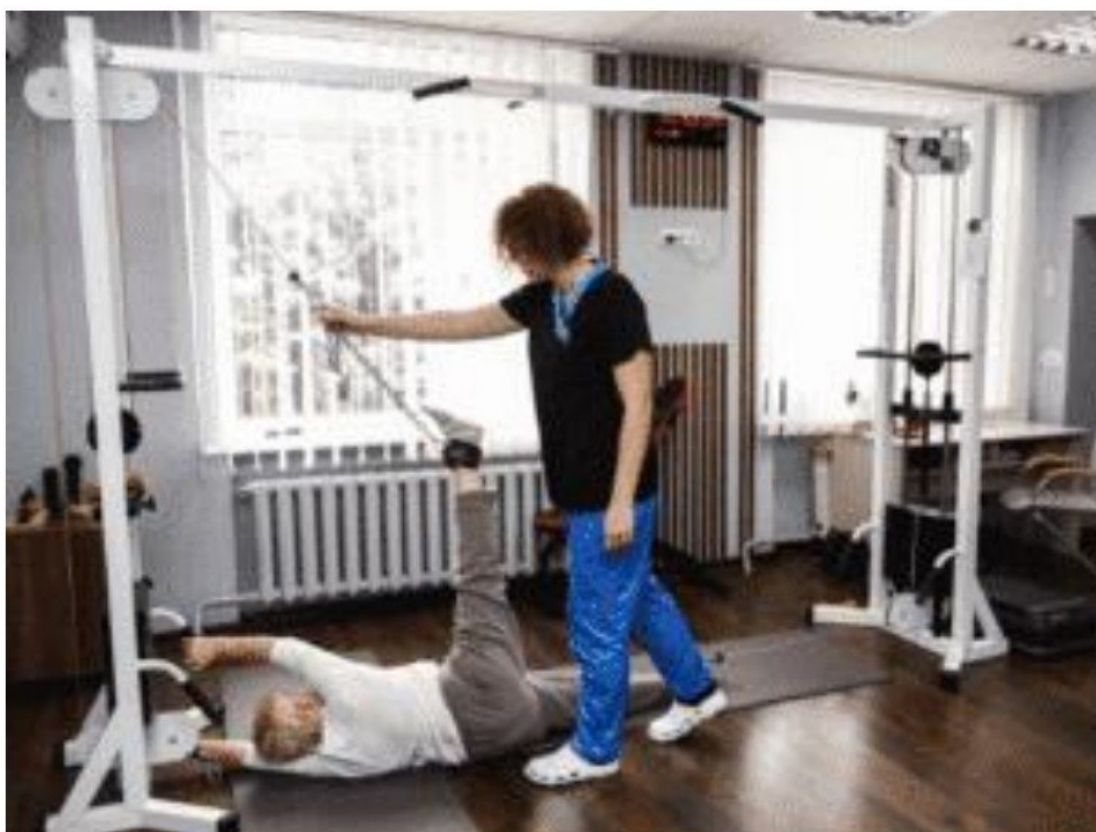


Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

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

8 вересня 2023 року



ПОЛТАВА

2023

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

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

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

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

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

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

потреби – штучна вентиляція легень. Пацієнти, які потребують кисневої підтримки, виписці не підлягають. Хворих із підозрою на атипову пневмонію слід ізолювати, бажано в закриті блоки зі зниженим атмосферним тиском. Найтяжчі наслідки атипової пневмонії зумовлені переважно ушкодженням органів і тканин у результаті запалення (цитокінова буря). При виписці зі стаціонару хворому надаються рекомендації щодо фізичної активності: легка ступінь тяжкості – уникати тяжких фізичних навантажень – 1 тиждень, середня ступінь тяжкості – уникати тяжких фізичних навантажень – 2-3 тижня, тяжкий ступінь перебігу – уникати тяжких фізичних навантажень – 1 місяць. Такі терміни фізичної адаптації необхідні для запобігання можливих ускладнень, пов'язаних з ураженням ендотелію судин і негативної реакції згортаючої системи крові.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТРАТОЮ НЮХУ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

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

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

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

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

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

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

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

У той час як ортоназальні стимули тісно пов'язані з вдиханням повітря і потоком повітря через ніздрі, ретроназальні стимули також пов'язані з їдою. Жування викликає потік повітря в порожнину рота, за допомогою якого можна стимулювати орган нюху у зворотному напрямку. Тест оцінки ретроназального нюху проводили за методикою Neilmann та ін.,2002. На язик наносили різні ароматизовані порошки, а потім визначалися за допомогою парадигми вимушеного вибору. У всіх обстежених пацієнтів, які перенесли ТЛЕ, виявлено різний ступінь зниження нюху аж до повної аносмії. З метою стимуляції нюхової функції у цих пацієнтів, які повністю позбавлені носового дихання та дихають через трахеостому, ми застосували маневр, що викликає повітряний потік у нюхову зону. Він здійснюється у повторенні наступних рухів – при закритому роті, здійснюється максимально розширене

позіхання («ввічливе позіхання»). Це маневр викликає негативний тиск у ротоглотці, яка створює носовий повітряний потік, що дозволяє пахучий речовини досягати в нюхового епітелію в порожнині носа.

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

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

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

Висновки.

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