

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

МАТЕРІАЛИ

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

27 вересня 2024 року



ПОЛТАВА

2024

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

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

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2024; Полтава).

Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 27 вересня 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2024. – 306 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, 2024

Концепційний підхід до здорового способу життя студентської молоді, дозволяє розвивати ціннісні орієнтації, які сприяють їхній соціальній активності та здатності до критичного мислення. Це, у свою чергу, допомагає формувати позитивну атмосферу в початковому середовищі, де здорові звички стають нормою життя.

Таким чином, світоглядний принцип здорового способу життя студентської молоді не лише сприяє їхньому особистісному розвитку, але й закладає основи для створення здорової нації, здатної до подолання викликів сучасності та забезпечення високої якості життя студента.

РЕАБІЛІТАЦІЯ СЛУХОВИХ ТА ВЕСТИБУЛО-ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІСЛЯ ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Титаренко О.В., Добронравова І.В., Титаренко О.А., Лісовецька В.С.

Виражені звукові навантаження і різкі перепади тиску, які пов'язані з вибуховою травмою, мають згубний ефект на стан внутрішнього вуха, як його кохлеарного апарату, так при сильних впливах - і вестибулярного. Наданий нами клінічний досвід свідчить про необхідність ранньої діагностики та динамічного спостереження за станом слуху та вестибулярної функції у всіх постраждалих з вибуховою травмою. Отоневрологічне обстеження включало ендоскопію ЛОР органів (включаючи отомікроскопію), аудіометричне дослідження за стандартною методикою, тимпанометрію, оцінку акустичного рефлексу; дослідження спонтанного та експериментального ністагму (калоричну та обертальну проби). За показаннями проводили додаткові дослідження: комп'ютерну томографію черепа, офтальмологічне, неврологічне обстеження.

Баротравматична перфорація барабанної перетинки була виявлена у 8 постраждалих із 28 обстежених, переважно у осіб із порушенням функції носового дихання. Зміни слуху характеризувалися вираженим зниженням порогів слуху (за сенсоневральним або змішаним типом), з горизонтально-низхідною конфігурацією аудіометричної кривої. Втрата слуху була різного ступеня виразності: від помірної (до 45-50дБ) аж до тотальної одно- або

двобічної глухоти. Зміни слуху у цих осіб часто поєднувалися із суб'єктивним вушним шумом, запамороченням, нудотою, багаторазовим блюванням, порушенням рівноваги. Вестибулярна дисфункція у постраждалих з мінно-вибуховими травмами виявлялася у 23 обстежених як у гострому, так і у віддаленому періодах травми. Роздратування вестибулярного апарату супроводжувалося появою вираженого ністагму в уражену сторону, з 5-6 дня ністагменна реакція поступово знижувалася, зникаючи на 14-18 день. Тривалість періоду відновлення значно залежала від тяжкості вибухової травми. У разі виражених дистрофічних процесів у внутрішньому вусі спостерігалася спрямованість ністагму на протилежний бік, що було поганою прогностичною ознакою для подальшої реабілітації функцій внутрішнього вуха. Цими показниками необхідно керуватися при розробці тактики щодо постраждалих, а також оптимізувати комплекс фармакотерапії вестибуло-вегетативних розладів. Найбільші труднощі викликають пацієнти, у яких розвивається хронічна форма запаморочення, і вони, подібно до хворих з хронічним боєм, потребують допомоги психоневрологів. Епізодичні запаморочення, що виникали у різних ситуаціях, часто супроводжувалися тривогою та страхом перед можливістю повторення цієї ситуації. Ці симптоми породжували цілий симптомокомплекс скарг, звично не пов'язаний із власне запамороченням: відчуття нестійкості, труднощі орієнтації, особливо у темряві, стомлюваність.

Комплекс терапевтичних заходів, спрямованих на забезпечення життєздатності клітин слухового та вестибулярного аналізаторів, включав насамперед відновлення природного кровообігу в лабіринті, ліквідацію гіпоксії, оптимізацію метаболізму у внутрішньому вусі. З протинабряковою метою насамперед призначалися максимально допустимі дози кортикостероїдів протягом 7-10 днів, сечогінні препарати. В гострому періоді вибухової травми в якості патогенетичної та симптоматичної терапії використовувалися препарати, що регулюють мікроциркуляцію та судинні порушення, що обмежують величину внутрішньоклітинного та міжклітинного набряку, інгібітори перекисного окислення ліпідів, антиагреганти, медикаменти, що покращують обмінні

процеси в мозку. Немаловажне значення мали препарати, що пригнічують вестибулярну подразливість як периферичних, так і центральних аналізаторів (беттагістину гідрохлорид, арлеверт, атаракс).

Максимальна ефективність лікувальних заходів спостерігалася в першу добу після початку терапії, проте весь комплекс терапевтичних заходів вимагав більш тривалого терміну – від 1.5 до 3 місяців. Серед методів лікування захворювань вестибулярної системи реабілітація займає особливе місце і повинна проводитися на тлі медикаментозної терапії. Відповідно до міжнародних рекомендацій вестибулярна гімнастика займала майже основне місце в комплексному лікуванні практично будь-якого захворювання вестибулярної системи, чи це центральна, чи периферична вестибулопатія. Виявлено фактори, що стимулюють вестибулярну компенсацію та, навпаки, уповільнюють її. Показаннями для її проведення є непрогресуючий вестибулярний розлад, коли природна вестибулярна компенсація залишається неповною і пацієнт відчуває запаморочення при повсякденній активності. Ушкодження центрального відділу вестибулярної системи компенсуються гірше, ніж виключно периферичні вестибулярні розлади, проте вимагають призначення вестибулярної гімнастики. Оскільки рівновага забезпечується узгодженою дією трьох основних систем – вестибулярної, зорової та соматосенсорної, пошкодження однієї системи має супроводжуватися ефективнішим використанням інформації від двох інших. Зокрема, при ураженні вестибулярної системи для компенсації нестійкості та поліпшення рівноваги хворий повинен навчитися активніше використовувати зорову та соматосенсорну системи при відносно стійкому зменшенні реакції на стимул, що повторюється. Стосовно хворих з вестибулярною дисфункцією реабілітація полягала у повторенні рухів, що супроводжуються запамороченням, з метою розвитку звикання та поступового зниження реакції на ці рухи. Поєднання вправ на стимуляцію вестибулярної адаптації та сенсорного заміщення становило основу вестибулярної реабілітації за різних захворювань вестибулярної системи.

Комплекс лікувальних заходів, що проводяться контингенту хворих, які перенесли вибухову травму, повинен включати як сучасні препарати, що послаблюють інтенсивність стрес-реакції, що ушкоджує мембрани клітин, засоби, що відновлюють внутрішньоклітинний обмін речовин і мікроциркуляцію крові, активують репаративні процеси, так і активну реабілітаційну ліквідацію вестибулярних дисфункцій, що сприяє скороченню термінів лікування та досягненню найбільш сприятливих результатів до одужання у постраждалих.

THE IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS FOR SOMATIC PATHOLOGY IN CHILDREN WITH CLEFT PALATE

*Tkachenko P.I., Dolenko O.B., Bilokon S.O., Popelo Yu.V., Lokhmatova N.M.,
Korotych N.M., Jouda Ahmed*

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction. Not with standing the significant advances in domestic plastic surgery, including the development of the novel, original methods and the improvement of existing surgical techniques for children with congenital craniofacial anomalies, the percentage of postoperative complications remains considerable. A major contributing factor is that the pre-existing morbidity in these children is almost always burdened by comorbid conditions, which tend to progress with age and necessitate the prompt correction of the defect. In turn, congenital anomalies often lead to the development of general somatic disorders. To prevent postoperative complications in this category of patients, thorough preoperative preparation, including the necessary additional investigations, is crucial. Since the patients are children, these diagnostic methods should be as minimally invasive and as informative as possible. Therefore, electroacupuncture according to R. Voll remains relevant, significantly expanding and complementing the range of diagnostic measures available.

Purpose. Detection of concomitant somatic pathology in patients with congenital cleft palate before performing surgical intervention, namely, uranostaphyloplasty.

Плужнікова Т.В. Допомогти дітям крізь виклики війни.....	243
Поліщук С. С., Барило О. С., Фурман Р. Л., Бригадир Р.Д. Реабілітаційна фізіотерапія пошкоджень нижньоальвеолярного нерва, що виникли при травмах нижньої щелепи.....	246
Проца Я. О., Данильченко С. І. Ефективність застосування комплексної фізичної терапії до та після операцій на колінних суглобах.....	250
Родіонов М. Особливості впливу високоінтенсивних інтервальних навантажень на морфофункціональний розвиток курсантів-розвідників.....	254
Сакова М., Горошко В. Ефективність фізичної реабілітації при вальгусній деформації стопи.....	260
Салій А., Головченко І. В. Застосування терапевтичних вправ у людей похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу	263
Сергета І.В., Марчук О.В., Панчук О.Ю., Хричіков Д.О., Дмитришен П.В. Показники емоційного вигорання, властиві для студентів сучасних закладів вищої медичної освіти: особливості поширення та ступінь вираження.....	265
Скиба Д., Гамага В., Данильченко С. І. Використання нейронних мереж у фізичній реабілітації: короткий огляд можливостей і перспектив.....	267
Смаглюк Л. В., Ляховська А. В., Білоус А. М. Інтегративний підхід до стоматологічної реабілітації осіб із зубо-щелепними аномаліями та порушеннями опорно-рухового апарату.....	269
Старчик Є. М. Професійне вигорання медичних працівників, шляхи його подолання та профілактика.....	273
Сторощук О.В., Гончарова Н. Психологічні особливості емоційного вигорання військовослужбовців викладачів коледжу.....	275
Тимошенко В. М., Приліпка К. О., Романюк М. В., Комишан І. В., Рак Т. І. Світоглядний принцип здорового способу життя студентської молоді.....	277
Тітаренко О.В., Добронравова І.В., Тітаренко О.А., Лісовецька В.С. Реабілітація слухових та вестибуло-вегетативних розладів після вибухової травми.....	281
Тkachenko P.I., Dolenko O.B., Bilokon S.O., Popelo Yu.V., Lokhmatova N.M., Korotych N.M., Jouda Ahmed. The improvement of diagnostics for somatic pathology in children with cleft palate	284
Труфанова В.П., Шешукова О.В., Бауман С.С., Максименко А.І., Казакова К.С., Поліщук Т.В., Мосієнко А.С. Алгоритм складання програми реабілітації дітей з карієсом тимчасових зубів.....	287