

MINISTRY OF HEALTH PROTECTION OF UKRAINE
SHEI «IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

PRIVATE JOINT STOCK COMPANY OF MEDICAL AND HEALTH INSTITUTIONS
OF UKRAINE'S TRADE UNIONS «UKRPROFOZDOROVNYTSIA»
SE «SANATORNO-KURORTNY COMPLEX «MORSHYNKURORT»
UKRAINIAN SOCIETY OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE
PUBLIC ASSOCIATION «PRYKARPATSKHE TOVARYSTVO TERAPEVTIV»

ABSTRACTS

THE SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE «MEDICAL
REHABILITATION IN SANATORIUM AND RESORTS OF
UKRAINE. NEW TECHNOLOGIES FOR THE REHABILITATION OF
PATIENTS IN EUROPEAN RESORTS. MODERN REQUIREMENTS
FOR THE ORGANIZATION OF SPA COMPLEXES IN RESORTS
AND THE EXPERIENCE OF USING SPA PROCEDURES IN
MEDICAL REHABILITATION»

DEDICATED TO THE 140TH ANNIVERSARY OF
«THE MORSHYN RESORT»

27 to 28 September, 2018

Організатори науково-практичної конференції:

- Міністерство Охорони Здоров'я України
- ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
- ПрАТ Лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця»
- ДП «Санаторно-курортний комплекс «Моршинкурорт»
- Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини
- ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»

Голова оргкомітету: Рожко Микола Михайлович, д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Заступники Голови оргкомітету:

Ерстенюк Ганна Михайлівна – д.б.н., професор, перший проректор ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вакалюк Ігор Петрович – д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мельник Олег Володимирович - головний лікар ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»

Члени оргкомітету:

Федорченко Володимир Михайлович – к.мед.н., доцент, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Злупко Микола Любомирович - заступник головного лікаря ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»

Магас Маряна Богданівна - ГО «Асоціація розвитку і промоції Моршина»

Міщук Василій Григорович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини

Чурпій Ігор Костянтинович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та фізичного виховання

Конференцію включено до
«Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних
конференцій, які проводитимуться у 2018 році»
Міністерства охорони здоров'я України

ШАНОВНІ КОЛЕГИ, УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Прийміть щирі вітання з нагоди відкриття науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 140-річчю курорту Моршин!

Україна надзвичайно багата на різноманітні природні ресурси, які можна використовувати з метою лікування людини. Особливо щедро обдарувала ними природа Прикарпатський край, зокрема Моршинський курорт.

За якісними та кількісними характеристиками мінеральні води природних джерел Моршину займають провідне місце в курортології, сприяли становленню та розвитку курорту. На даний час Моршин – це сучасний, з високою культурою обслуговування та ефективним лікуванням курортний комплекс.

Сподіваюсь, що обмін, в ході конференції, досвідом провідних фахівців реабілітаційної медицини України та імплементація досягнень європейських спеціалістів в національну медичну галузь, сприятимуть подальшому розвитку реабілітаційної медицини в нашій країні.

З нагоди ювілею, хочу побажати курорту подальшого креативного розвитку на нинішньому етапі та успішного майбутнього, а колективу небайдужих фахівців - творчого натхнення та успішної роботи на конференції.

Голова Правління

ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»



Субота М.В.

ЗМІСТ

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ НОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ПРАКТИЦІ МІСЦЕВОГО САНАТОРІЮ: ВИМОГИ ЧАСУ ТА РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ. <i>Алипова О.С., Нечухаєва І.О.</i>	7
БАЗОВІ СКЛАДОВІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Андрійчук О. Я., Андрійчук І. С.</i>	8
ПОРУШЕННЯ РУХЛИВОСТІ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ КІНЦІВОК ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ПРОФЕСІЙНИХ БІГУНІВ. <i>Атаман Ю.О., Коломієць О.О., Зубко В.В.</i>	9
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У РОЗВИТКУ СПА КОМПЛЕКСІВ. <i>Бабов К. Д., Дмитрієва Г. О., Тихохід Л. В., Кубиніна Л. В.</i>	10
МІСТО МОРШИН ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНА ДЕСТИНАЦІЯ ЩОДО СТВОРЕННЯ КУОРТУ ДЕРЖАВНОГО ЗНАЧЕННЯ. <i>Бабов К.Д., Нікіпелова О.М., Сидоренко О.М., Польщаківа Т.В.</i>	11
ПРИРОДНІ ТА ПРЕФОРМОВАНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЧИННИКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ ТРАВЛЕННЯ. <i>Бутенко Н.О., Мельник Н.І., Ляшко Л.М., Мельник Т.В.</i>	12
ПРОЕКТ ОРГАНІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ "ДИТЯЧИЙ СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ (СПЕЦІАЛЬНИЙ) ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР "БЕРДЯНСЬКИЙ" МОЗ УКРАЇНИ. <i>Буцька Л.В., Беліков О.П.</i>	13
ДОСВІД МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ АТО І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ НА БАЗІ ГРОМАДСЬКОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ БЛАГОДІЙНОГО ФОНДУ "ЄДНІСТЬ ПАТРІОТІВ". <i>Буцька Л.В.</i>	15
ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕТОДУ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ <i>Вакалюк І.П., Нестерак Р.В., Юсипчук У.В.</i>	16
КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА. <i>Вакалюк І.П., Середюк В.Н., Деніна Р.В., Готюр О. І., Андрійців З.С., Волинський Д.А.</i>	17
ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ, НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ <i>Вірстюк Н.Г., Вацеба Б.Р.</i>	18
АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ. <i>Гавловський О.Д., Голованова І.А.</i>	19
ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В ДП «СКК «МОРШИНКУРОРТ». <i>Гаврилюк Р. П.</i>	19
ВПЛИВ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА № 6 КУОРТУ МОРШИН НА ПРОЦЕСИ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ. <i>Гаврилюк Т. Б.</i>	20
ВРАХУВАННЯ ФРУСТРАЦІЙНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ХВОРОГО ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ У САНИТАРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ. <i>Гасюк М.Б.</i>	21

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.	
<i>Дивнич Д.І.</i>	23
РОЛЬ ВНУТРІШНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ КУОРТУ МОРШИН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.	
<i>Драгомирецька Н.В., Заболотна І.Б.</i>	24
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗІОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РЕФРАКТЕРНУ ФОРМУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	
<i>Драгомирецька Н.В., Калініченко М.В., Іжа Г.М., Заболотна І.Б., Калініченко В.М.</i>	25
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ РОЗВЕДЕНОЇ ВОДИ СВЕРДЛОВИНИ №3-К НА КУОРТІ МОРШИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.	
<i>Злупко Б.П., Мельник О.В., Злупко М.Л.</i>	26
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ КОЛІТОМ БЕЗ ДІАРЕЇ ВИКОРИСТОВУЮЧИ МІНЕРАЛЬНІ РОЗВЕДЕНІ ВОДИ СВЕРДЛОВИНИ №3-К НА КУОРТІ МОРШИН.	
<i>Злупко М.Л., Мельник О.В., Злупко Б.П.</i>	27
Pulmonary rehabilitation in the 'Wieliczka' Salt Mine Health Resort	
<i>Magdalena Kostrzon, Katarzyna Rys</i>	27
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА НА КУОРТІ МОРШИН	
<i>Лагоцький С. В., Половинко Н. Ф., Клявіна-Лагоцька І. О.</i>	28
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИФОКАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ	
<i>Майстренко І.О.</i>	29
RESULTS OF APPLICATION OF PHYSICAL FACTORS IN RENOVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATEROSCLEROSIS.	
<i>Maystrenko I.O.</i>	30
ПОШИРЕНІСТЬ СИНДРОМУ ГІПОТИРЕОЗУ СЕРЕД ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ.	
<i>Мандрика Л.Ю., Мандрика А.Я., Гавриленко В.І., Сидоренко Г.І., Сірош Н.П.</i>	30
САНІТАРНО-КУОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ.	
<i>Марченко А. І.</i>	31
ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ЯК ІНДИВІДУАЛЬНА ОСОБЛИВІСТЬ ХВОРОГО ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.	
<i>Нестерак Р.В.</i>	33
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ХЛОРИДНО-СУЛЬФАТНОЇ МАГНІЄВО-НАТРІЄВО-КАЛІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА № 6 У ДІТЕЙ З АЦЕТОНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ.	
<i>Николишин О.Б., Жовтянська І.В.</i>	35
МОДИФІКАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ОДИН З ФАКТОРІВ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕТНІСТЮ.	
<i>Оринчак М.А., Човганюк О.С., Гаман І.О., Кочержат О.І., Вакалюк І.І., Василечко М.М., Александрук Д.П., Краснопольський С.З., Гохкаленко М.С., Федунців Л.С.</i>	35
СИСТЕМИ «ДЖЕРЕЛО-ЛЮКС» ОПТИМАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ ВІД ДЖЕРЕЛ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ДО ПАЦІЄНТІВ: ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ПАТОЛОГІЙ, SPA НА КУОРТАХ, В ЦЕНТРАХ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, SPA&WELLNESS СПЕКТРАМИ МОРШИНСЬКИХ ТА ІНШИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ВОД І НАПОЇВ В МУЛЬТИФУНКЦІЙНИХ БЮВЕТАХ - ФІТОБАРАХ,	
	37

МЕДИЧНИЙ І ФІНАНСОВИЙ КОНТРОЛЬ.

Палієнко Г.Г., Безруков В.А., Гавловський О.Д., Дремлюга Н.Г., Кошеля І.І., Михавків О.В., Слободян Є.Р., Тимко В.Й., Черкес С.О.

ПЕРЕВАГИ ЕЛЕКТРОННИХ АВТОМАТИЧНИХ БЮВЕТІВ І ФІТОБАРІВ «ДЖЕРЕЛО-ЛЮКС» ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ПАТОЛОГІЙ, СРА-СПЕКТРОМ ІКУВАЛЬНИХ ВОД, ТИПУ «НАФТУСІ», МОРШИНСЬКИХ, МИРГОРОДСЬКИХ І НАПОЇВ - ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ЇХ ЯКІСНОГО ПРИРОДНОГО СКЛАДУ,КОРОЗИЄ-, ГАЗО-,ТРАВЕРТИНОСТІЙКІ СИСТЕМИ ДЛЯ ВОД ЗАКАРПАТТЯ.

Палієнко Г.Г., Безруков В.А., Гавловський О.Д., Дремлюга Н.Г., Кошеля І.І., Михавків О.В., Слободян Є.Р., Тимко В.Й., Черкес С.О. 40

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОППЛЕРІВСЬКОЇ ДІАГНОСТИКИ.

Половинко І.С., Янко І.В., Половинко Н.Ф. Расевич Л.М. 42

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ, ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ.

Половинко Н.Ф. Расевич Л.М. Половинко І.С. Піцик І.С. 43

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ УДАРНО – ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОПРНО – РУХОВОГО АПАРАТУ.

Радомський В.В., Величко Н.М., Селюк К.М., Василенко Л.О. 44

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.

Резник О.П. 45

РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Роздільська О.М., Журавльов В.О., Грязева О.Є. 46

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ.

Семикопна Т.В., Лутай Т.П., Фірсова Л.О., Журавльов В.О. 47

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МОТОРИКИ ТОВСТОЇ КИШКИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДОЛІХОСИГМОЮ, В УМОВАХ КУРОРТУ МОРШИН

Слободян Є.Р., Познанський А.Г., Марюк І.В., Мисів В.М. 48

ПРО ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ ЧИННИКІВ В ПОЄДНАННІ З ПИТТЯМ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА №6 ТА №1 ПРИ ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА КУРОРТІ МОРШИН

Сторонська О.Б., Половинко І.С., Половинко Н.Ф., Злупко М.Л. 50

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ ТА ЛВТ-ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ ТА СУПУТНЮ ЕРЕКТИЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ НА КУРОРТІ МОРШИН

Сторонський М.В., Злупко М.Л., Мельник О.В., Половинко Н.Ф. 51

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ГОЛОВНА ЧАСТИНА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ.

Тищенко В. О. 52

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ В ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ І НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ.

Шаповалова Г. А. 54

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА КУРОРТІ МОРШИН.

Шевчук Л.Д., Половинко Н.Ф., Половинко І.С. 55

ВИВЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОСТІ РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЗАКЛАДІ НА ОСНОВІ ДАНИХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ.

Шманько Н.С., Шманько В.І. 55

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ НОВИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ПРАКТИЦІ МІСЦЕВОГО САНАТОРІЮ: ВИМОГИ ЧАСУ ТА РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ

Алипова О.Є., Нечухасва І.О.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» Філія ПрАТ «Приазовкурорт» клінічний санаторій «Великий Луг», м. Запоріжжя, Україна

З 1-го січня 2018 р. в Україні набрав чинності новий «Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України» («Порядок...») [1], погоджений МОЗ України 23 серпня 2017 р. за № 3.14-19/1146-17/22760. Проаналізовано досвід роботи за новим «Порядком...» та особливості відбору й направлення хворих у реабілітаційні відділення клінічного санаторію «Великий Луг» на підставі особистого вибору пацієнта в умовах зростаючої конкуренції санаторних закладів. Профілі реабілітації: нейро-; м'язово-скелетна-; кардіо-пульмонарна реабілітація; реабілітація після оперативних втручань на органах зору; при порушенні перебігу вагітності; інша (соматична реабілітація).

За вимогами «Порядку...», клінічну та фізичну готовність пацієнтів до санаторної реабілітації визначає безпосередньо лікар стаціонару. Це зумовило суттєве збільшення частки хворих, що поступають до нашого закладу у набагато ранні терміни після кардіологічних інвазивних та кардіохірургічних втручань, на підгострий етап реабілітації після перенесеного інфаркту міокарда та інсульту. За рекомендацією лікаря стаціонару і власним бажанням пацієнти з неускладненим перебігом захворювань частіше надають перевагу більш віддаленим санаторно-курортним закладам. Водночас, зростає роль місцевого санаторію, де значно вагомішим став контингент осіб із тяжкою, ускладненою поліморбідною патологією, що потребує чіткої індивідуалізації реабілітаційних програм; інтенсивного клініко-інструментального моніторингу та додаткових реабілітаційних втручань а також своєчасного і професійного надання екстреної невідкладної допомоги. Суттєво розширено показання для кардіологічної та нейрореабілітації з акцентом на фізичний компонент та функціональні обмеження. Збільшується біопсихосоціальний вектор заходів психологічної реабілітації: корекція тривожно-депресивних розладів, формування мотивації до реабілітації, ефективне профілактичне консультування, психологічна адаптація і підтримка.

Новий «Порядок...» впроваджується в умовах імплементації України у європейський та світовий медичний простір, на підставі міжнародних реабілітаційних стандартів у форматі нової лікарської спеціальності – «Фізична та реабілітаційна медицина» – ФРМ (“Physical and Rehabilitation Medicine” – PRM) [2]. Своєрідним статутом ФРМ в Європі є положення 3-ї редакції Білої Книги ФРМ – White Book of PRM in Europe [3].

Для розвитку нової реабілітаційної моделі за вимогами PRM у місцевому санаторії є багаторічний досвід роботи та ресурси: кадрові (мультипрофесійна команда за участю лікаря-клініциста відповідного профілю; лікаря-фізіотерапевта; фахівців з фізичної реабілітації, ЛФК та масажу; психолога, перинатального психолога, логопеда та ін.); організаційні (клінічні протоколи і стандарти реабілітаційної допомоги). Однак вкрай потрібно удосконалення і подальша розробка нормативної та науково-методологічної (впровадження міжнародної класифікації функціонування) основи; суттєві кадрові зміни (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт); потужна матеріально-технічна база (сучасна діагностична, лікувальна й фізіотерапевтична апаратура, технічні засоби фізичної терапії та ерготерапії); інноваційні реабілітаційні технології.

Література.

1. Постанова правління Фонду соціального страхування України від 13.07.2017 №39 «Про порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм в реабілітаційних відділеннях

санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України» [Internet]. – 2017. – Доступно: www.fssu.gov.ua/fse/doccatalog/document?id=948255

2. Vladimirov OA, Golyk VA. New medicine specialty in Ukraine-physician of physical and rehabilitation medicine. Ukrainian Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017;1(1):21-9.

3. The White Book (WB) of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe, 3rd Edition. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2018;54(2): 125-321.

УДК: 615.825:616.728.3

БАЗОВІ СКЛАДОВІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Андрійчук О.Я., Андрійчук І.С.

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки,
м. Луцьк, Україна*

Дегенеративно-дистрофічні процеси викликають незворотні зміни в уражених тканинах, мають хронічний прогресуючий перебіг. Саме дегенеративно-дистрофічні захворювання є найбільш частими причинами тимчасової непрацездатності та інвалідності серед осіб працездатного віку [1]. Фізична терапія направлена на призупинення патологічного процесу, подовження періоду ремісії та відновлення (максимальну компенсацію) функціональних порушень, які виникають у хворих. Планування та організація програми фізичної терапії повинна базуватись на дидактичних принципах всебічного навчання пацієнтів, постійній психологічній підтримці хворих та їх рідних.

При першій зустрічі з хворим, важливо правильно оцінити стан його здоров'я, враховуючи комплекс з об'єктивного та суб'єктивно-психологічного складників хвороби. Щодо об'єктивного, то існує низка загальноприйнятих методик й інструментальних методів дослідження. Суб'єктивний психологічний складник хвороби – це її внутрішня картина, яку може уявити хворий, враховуючи власні знання та відчуття, пов'язані зі своєю недугою. Побудова внутрішньої картини захворювання істотно залежить від загального культурного рівня хворого і його індивідуальних якостей.

Згідно з рекомендаціями (OARSI, 2014) [2] найбільше значення в лікуванні, реабілітації й попередженні прогресування дегенеративно-дистрофічних процесів в суглобах мають підвищення рівня обізнаності та поінформованість пацієнтів про потенційні фактори ризику розвитку патологічних змін, про механізми розвитку й принципи профілактики, лікування, реабілітації.

До дидактичних фундаментальних принципів навчання хворих належать: свідома й активна участь хворого (повне усвідомлення мети занять і завдань тренування), соціальна спрямованість (ефективне повернення хворого до повсякденного життя й трудового процесу), усебічність (заняття, направлені на тренування всебічно-гармонійного розвитку особистості), наочність, доступність, індивідуальний підхід, систематичність (важливість повторних проведеннь комплексу вправ для закріплення рухових навичок і підтримання досягнутого рівня функціональних можливостей), безперервність протягом усіх етапів реабілітації, поступовість (поетапно, поступово збільшення кількості вправ, збільшення обсягу й інтенсивності фізичного навантаження), повторність (виконання необхідної кількості повторень кожного руху, вправи із почерговою зміною з елементами відпочинку), комплексне застосування всіх доступних і необхідних засобів фізичної терапії, моніторинг за станом здоров'я хворих під час та після застосування засобів фізичної терапії, використання методів контролю адекватності навантажень й ефективності реабілітації.

Дозування фізичного навантаження проводиться з врахуванням *методичних прийомів*: вибір найбільш вигідного вихідного положення; залучення необхідних м'язових груп та їх

чергування; різний ступінь складності вправ; вибір кількості та характеру виконання вправ; вибір оптимальної амплітуди рухів; зміна темпу виконання вправ і кількості повторень кожного руху; ступінь м'язового напруження; обов'язкове включення вправ для розслаблення, пауз для відпочинку; створення позитивної атмосфери під час занять.

Література.

1. Афанасьєв С. М. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб з функціональними порушеннями і дегенеративно-дистрофічними захворюваннями опорно-рухового апарату. – Кваліфікаційна наукова праця. – Київ. - 2018. – 505 с.
2. McAlindon T.E., Bannuru R.R., Sullivan M.C. et al. (2014) OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 22: 363–388.

ПОРУШЕННЯ РУХЛИВОСТІ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ КІНЦІВОК ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ У ПРОФЕСІЙНИХ БІГУНІВ

Атаман Ю.О., Коломієць О.О., Зубко В.В.

Сумський державний університет, м.Суми, Україна

Не зважаючи на те, що існують різні погляди на час, спосіб та, навіть, доцільність проведення передтренувального стретчингу у бігунів [1], не викликає сумніву те, що організм спортсмена має бути підготовлений до відповідного, часто значного, фізичного навантаження. В умовах значної конкуренції для забезпечення спортивної успішності значення відіграють навіть незначні відхилення від норми функціонального стану опорно-рухового апарату. Як показують численні дослідження, важливим чинником, необхідним, як для досягнення результату у бігунів, так і для попередження їх травматизму, є підтримання достатньої рухливості в суглобах кінцівок [2].

Метою роботи було визначення порушень рухливості кульшового, колінного, гомілковостопного, плечового та ліктьового суглобів та можливості їх фізіотерапевтичної корекції у професійних легкоатлетів-бігунів.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося у центрі спортивної медицини Сумського державного університету. Було обстежено 16 фізично активних професійних спортсменів-бігунів на різні дистанції (жінок 6 (38%), середній вік $23,5 \pm 1,31$ років; чоловіків 10 (62%), середній вік $25,2 \pm 1,03$ років). Оцінку функції суглобів оцінювали клінічно та шляхом механічної гоніометрії за стандартною методикою [3].

Результати та їх обговорення. Отримані результати дозволили виділити три групи спортсменів: ті, у кого порушень рухливості виявлено не було, або вони не перевищували 15% від меж норми, – 4 особи (25%); ті, у яких спостерігалися виражені (більше 15% від меж нормальних значень) порушення рухливості не більше 2-х великих суглобів кінцівок, і, при цьому, була відсутня суттєва різниця у сумарній рухливості між правою і лівою стороною тіла – 4 особи (25%); атлети, у яких спостерігалися значні відхилення від нормальних показників, 3-х і більше суглобів кінцівок, та/або відмічалася значна асиметричність показників відносно правої та лівої частин тіла, – 8 молодих людей (50%). Нами не встановлено статистично значимого впливу статі на порушення рухливості суглобів кінцівок: серед осіб 2-ї та 3-ї груп жінок було 4, а чоловіків 8 ($\chi^2 = 0,356, p=0,551$). Виявлено сильну негативну кореляцію між часом проведення вправ на розтягування та відсотком втрати суглобами рухливості ($r = -0,81$). При цьому, у 6 осіб систематичний час проведення вправ для розвитку гнучкості складав в середньому менше 2-х хвилин. Переважна більшість осіб – 12 (75%), з них 11 з суттєвими порушеннями рухливості суглобів, віддавали перевагу статичному стретчингу. Останнім фактом зумовлюється незначний час, який приділяли спортсмени-бігуни вправам на розтягування, оскільки існує думка, що статичні вправи на гнучкість можуть погіршити швидкісно-силові характеристики. Надання розминці

функціонального характеру, з активним впровадженням вправ динамічного стретчингу, можуть вирішити питання порушення рухливості суглобів кінцівок у спортсменів.

Висновки. Обмеження рухливості великих суглобів кінцівок, які характерні для більшості професійних спортсменів-бігунів, мають зв'язок з недостатнім часом та способом проведення вправ на гнучкість. Надавання переваги динамічного стретчингу перед статичним, його адекватне виконання, може бути вирішенням вказаної проблеми.

Література.

1. Baxter C. Impact of stretching on the performance and injury risk of long-distance runners / C. Baxter, L. McNaughton, A. Sparks [et al.] // *Research in Sports Medicine*. – 2017. – V. 25 (1). – P. 78-90.

2. Malliaropoulos K. Active knee range of motion assessment in elite track and field athletes: normative values / K. Malliaropoulos, L. Kakoura, K. Tsitas [et al.] // *Muscles Ligaments and Tendons Journal*. – 2015. – V. 5 (3). – P. 203-207.

3. Трифонова Н.Н. Спортивная метрология / Н.Н. Трифонова, И.В. Еркомайшвили. – Екатеринбург: Из-во Уральского университета, 2016. – С. 87-91.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У РОЗВИТКУ СПА КОМПЛЕКСІВ

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

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

СПА як індустрія оздоровлення отримала свій розвиток в кінці ХХ століття у США, країні яка не має традицій курортного лікування. Саме в ці роки в деяких країнах (США, Греція, Італія, Турція, інші) стали активно застосовувати з оздоровчою метою відомі класичні методи бальнео- і гідротерапії, курортології, таласотерапії, доповняючи їх методами нетрадиційної медицини східних країн (Індія, Китай, Японія, Таїланд) [1].

Синтез різних оздоровчих практик, а саме застосування природних і преформованих фізичних факторів, дієтотерапії, збільшення інтенсивності рухів в різних варіантах з метою підвищення фізичної активності, вплив на психоемоційну сферу з включенням різноманітних психотренінгів активно використовуються сьогодні в СПА для підтримки здоров'я людини [2].

Виділяють дві основні тенденції розвитку медичних СПА — американську і європейську. Американська модель являє собою медичне СПА як послідовний крок еволюції просунутої клініки краси (різні види косметології, ін'єкції ботексу, хімічні пілінги, лазерна і мікрокристалічна дермоабразія. Методи догляду за лицем були доповнені методами уходу за тілом (масаж, обгартування, інше).

Європейська модель СПА пов'язана з традиціями курортного лікування, термалізма і таласотерапії. Особливо слід відмітити чітко віделідовану та активно розвиваєму тенденцію сучасних медичних СПА, направлених на принципи підвищеної комфортності, мультисенсорного впливу (аромотерапія, музикотерапія), втягнення пацієнтів до активних форм реабілітації та підтримки здоров'я (йога, циган, ЛФК, аквареабілітація), навчання принципам здорового образу життя – відмова від куріння, рухова активність або заняття спортом, впровадження принципів здорового харчування, боротьба зі стресами, продовження активного життя у людей похилого віку. Все більше уваги фахівців привертає комплексне застосування різних природних і преформованих факторів оздоровлення.

Враховуючі зростаюче значення СПА, на наш погляд, необхідно провести оцінку ефективності і достовірності використовуваних в медичних СПА технологіях у відповідності з принципами доказової медицини. Це дозволить підвищити конкурентоспроможність пропонованих послуг, розширити показання до призначення методів СПА як для відновлення здоров'я, так і для лікування хронічних захворювань.

Література.

1. Єжов В.В., Бабов К.Д., Гоженко О.А., Дишловий І.М. СПА: Основні положення та організаційні аспекти: Методичні рекомендації / За ред. О.С. Лієва. — Сімферополь, 2011. — 96 с.
2. Басєв В.В. Сучасні тенденції розвитку медичного туризму в Україні / Агросвіт. — № 7. — С. 35 — 38.

УДК : 615.327+615.838](477.83)

МІСТО МОРШИН ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ПЕРСПЕКТИВНА ДЕСТИНАЦІЯ ЩОДО СТВОРЕННЯ КУОРТУ ДЕРЖАВНОГО ЗНАЧЕННЯ

Бабов К.Д., Нікіпелова О.М., Сидоренко О.М., Польщакіова Т.В.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса, Україна

Згідно з Законом України „Про курорти” [1], для організації діяльності курортів передбачається використання спеціально визначених природних територій, які мають природні лікувальні та оздоровчі ресурси. Отже, одним з курортоутворюючих чинників є природні лікувальні ресурси.

Курорт Моршин – бальнеологічний курорт України. Місто Моршин розташоване серед прикарпатських заповідних лісів. Завдяки природній території на землях оздоровчого призначення, цілющим мінеральним джерелам, він перетворився в справжню карпатську перлину. Основний профіль курорту – лікування органів травлення.

Згідно клімато-географічної характеристики курорт Моршин знаходиться в Прикарпатському передгір'ї на висоті 340 м над рівнем моря, в зоні помірно-континентального клімату з порівняно м'якою зимою, довгою вологою весною, нежарким літом, сухою (в першій половині) осінню.

М'який клімат курорту Моршин, відсутність різких коливань температури, красива місцевість, оточена лісними масивами, чисте, свіже повітря, наповнене запахами трав, складають сприятливі умови для використання кліматотерапії в комплексному лікуванні хворих [2].

Головні лісоутворюючі породи курорту Моршин є дуб звичайний, бук лісовий, ялиця біла і ялина звичайна, але найбільшу площу займають дубові деревостани з домішкою ялиці, бука, іноді ялини. Часто зустрічаються осика, ясен звичайний, вільха клейка, береза звисла та ін.

Головними природними лікувальними ресурсами м. Моршин Львівської області є мінеральні природні лікувальні води Нинівського та Моршинського родовищ, засіб восковий для аплікацій «Бориславський» та торфові пелоїди Великолюбинського родовища.

Підземні води ділянок джерела № 4, джерела «Моршинське», розташованих на південній і північно-східній окраїнах курорту Моршин, використовуються для розведення розсільних вод свр. № 1-к, № 2-к та № 3-к Нинівського родовища с. Горішне Стрийського району Львівської області.

Згідно з медичними (бальнеологічними) висновками лікувальний розсіл свр. № 2-ре (Джерело б) та мінеральні води свр. № 29-а (Джерело 1) Моршинського родовища можуть також використовуватись у лікувальній практиці.

Курорт Моршин набуває все більшої популярності в населення України та за її межами. Мінеральні природні лікувальні води, природні об'єкти і комплекси із сприятливими для лікування кліматичними умовами, ландшафтні та флористичні чинники, сучасна матеріально-технічна база курорту, професійний персонал санаторіїв та інших

оздоровчих закладів є запорукою популярності курорту Моршин та потребує визнання м. Моршин Львівської області курортом державного значення.

Література.

1. Закон України «Про курорти». - № 3370 – IV від 19.01.2006 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov./laws/show/2026-14>.

2. Фісенко Л.І. Використання кліматичних факторів в комплексі санаторно-курортного лікування /– К.: «Купріянова», 2005. – С. 77-79. – ISBN 966-8668-12-X

ПРИРОДНІ ТА ПРЕФОРМОВАНІ ЛІКУВАЛЬНІ ЧИННИКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ ТРАВЛЕННЯ

Бутенко Н.О., Мельник Н.І., Ляшко Л.М., Мельник Т.В.

*Приватне акціонерне товариство «Миргородкурорт» -
філія «Санаторно-курортний комплекс «Миргород» -
відділення філії «Санаторій «Полтава», м. Миргород, Україна*

Раннє відновне лікування хворих після операцій на органах травлення в умовах санаторію, є досить прогресивним напрямком в курортології і фізіотерапії.

Комплекс реабілітаційного лікування включає використання природних та преформованих чинників: дієтхарчування, ЛФК, бальнеотерапію, апаратну фізіотерапію, психотерапію, синглетно-кисневу терапію (СКТ), ароматерапію, грязелікування.

Оцінка ефективності лікування проводиться на основі динаміки даних лабораторного обстеження, УЗД, суб'єктивних скарг хворого та об'єктивних даних.

Спостереження проведені на 136 пацієнтах (99 жінок та 37 чоловіків) віком 33-60 років, з них 120 (88,2%) перенесли лапароскопічну холецистектомію, 5 (3,7%) – реконструктивні операції на жовчних шляхах, 6 (4,4%) – класичну холецистектомію та 5 (3,7%) – резекцію шлунку. Усім хворим призначали питне водолікування (вода хлоридно-натрієва слабкої мінералізації через 2-3 тижні після проведеної операції в дозі 50-100 мл.), дієтхарчування, бальнеотерапію, грязелікування за умов диференційованого підбору методик, апаратну фізіотерапію, СКТ, ароматерапію.

Усі хворі, що були під спостереженням, добре сприймали питне водолікування. 36% хворих приймали хвойні ванни 20% - мінеральні ванни, 21% - чотирьохкамерні; 80% - лікувальні душі; грязелікуванням охоплено 36% хворих, апаратною фізіотерапією 100%. СКТ – 100%.

Після проведеного курсу реабілітаційного лікування покращення стану спостерігалось у 99% хворих. Стабілізувалась робота травного тракту, зникли диспепсичні явища, покращилось самопочуття, адаптаційні можливості організму, покращились показники лабораторних обстежень.

Таким чином, реабілітаційне лікування з використанням природних і преформованих чинників у даної групи хворих є ефективним. Досвід роботи показує, що подібні реабілітаційні відділення є необхідними та затрати, що пов'язані з їх функціонуванням – виправдані.

This rehabilitation treatment using natural and preformation factors effective of the treatment of this group patients. Experience work has shown that such offices are needed to the sick and the costs associated with their organization are justified.

**ПРОЕКТ ОРГАНІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ «ДИТЯЧИЙ
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ (СПЕЦІАЛЬНИЙ) ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
«БЕРДЯНСЬКИЙ» МОЗ УКРАЇНИ**

Буцька Л.В., Бєліков О.П.

Міжнародна академія екології та медицини, м. Київ;

*Державний заклад «Дитячий спеціалізований «СПЕЦІАЛЬНИЙ» Санаторій «Бердянський»
МОЗ УКРАЇНИ», м. Бердянськ, Україна*

Сучасні світові вимоги наголошують на необхідності проводити медичну реабілітацію не тоді, коли сформовані стійкі патологічні зміни в організмі, а починаючи з першого дня захворювання, паралельно з лікуванням патологічного процесу в організмі. Саме такий підхід дозволяє досягти максимального лікувального і відновлювального ефекту та зберегти працездатність пацієнта. Санаторно-курортне лікування, сформоване за часів радянської системи охорони здоров'я морально застаріло та не виконує основну задачу підгострого та хронічного етапу реабілітації - а саме відновлення фізичних, когнітивних та функціональних обмежень в стані здоров'я пацієнта, що виникли внаслідок основного захворювання. Сам факт відсутності реабілітаційних відділень, організованих згідно доказових методів сучасної фізичної реабілітаційної медицини, в структурі санаторіїв, порушує необхідну збалансованість між клінічною, профілактичною, реабілітаційною та оздоровчою медициною. Саме тому, у службі медичної реабілітації в санаторіях повинна відбутися певна трансформація та реорганізація, основана на засадах доказової медицини від рівня "сра-курорту", де т.з. санаторне лікування відбувалося завдяки повітрю, воді і сонцю до рівня сучасного спеціалізованого лікувально-реабілітаційного центру, робота якого базуватиметься на принципах своєчасності, безперервності, послідовності та доступності в наданні комплексної реабілітаційної допомоги пацієнтам на підгострому та хронічному етапі реабілітації, буде спрямоване на постановку діагнозу, обстеження та лікування пацієнтів з фізичними, когнітивними порушеннями та функціональними обмеженнями, згідно визначенню Accreditation Council for Graduate Medical Education.

Актуальність створення Державного закладу "Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний Центр "Бердянський" МОЗ України в першу чергу зумовлена високою розповсюдженістю захворювань дихальної системи у дітей в Україні. Так за статистикою 2010-2018 р, вона складає 48% в структурі загальної захворюваності дітей у віці до 18 років, та знаходиться на третьому після захворювань органів травлення та серцево-судинної системи.

Проект реорганізації включає в себе: характеристику Державного закладу "Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій "Бердянський" МОЗ України та основні показники його діяльності на даний момент. Мету та стратегію підходу до здоров'я пацієнтів після реорганізації, що являє собою лікування, підгостру та хронічну реабілітацію дітей із захворюваннями пульмонологічного та гастроентерологічного профілю. Згідно цієї стратегії, при оцінці стану здоров'я пацієнта проводиться оцінювання наявності розладу або захворювання, функціональних або структурних змін в організмі пацієнта, обмеження участі пацієнта в соціальному, сімейному житті, фактори оточуючого середовища, особистісні фактори, що виявляється в процесі діагностики різними спеціалістами - членами мультидисциплінарної реабілітаційної бригади. Ми виділили такі основні задачі підгострого та хронічного етапу реабілітації у Державному закладі "Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний центр "Бердянський" МОЗ України:

- медична та фізична реабілітація після ліквідації гострих захворювань пульмонологічного та гастроентерологічного профілю, для ліквідації функціональних порушень з боку дихальної та травної систем, та опорно-рухового і вегетативного нервового апарату, що забезпечує їхнє функціонування;

- робота в напрямку досягнення функціональних цілей на підгострому та хронічному етапах реабілітації в умовах використання природних факторів оздоровлення (павання в морі, ландшафт, теренкури, проведення та вивчення спеціальних вправ під керівництвом спеціаліста), продовження стаціонарної реабілітації;
- реабілітація порушень дихальної, травної, вегетативної нервової, м'язово-скелетної систем, що потребують продовження стаціонарного лікування (приступи астми, порушення дихання, бронхоспазм, тощо, біль в абдомінальній частині, порушення травлення, тощо, біль в нижній частині спини, артрити, тендиніти, лімфедема, тощо);
- постановка командою функціональних цілей в реабілітаційному центрі, робота в напрямку досягнення функціональних цілей, навчання пацієнта та батьків для продовження реабілітації в амбулаторних та домашніх умовах. Випискадодому.

Загальна кількість ліжок в центрі - 360 ліжок.

Види реабілітації, щонадається центром:

- 1- Загальна реабілітація - 360 ліжок
- 2- Підгостра реабілітація хворих дітей пульмонологічного профілю - 90 ліжок. Відбувається за умов: стан хворого - на етапі після перебування на стаціонарному лікуванні з метою.
- 3- Підгостра реабілітація хворих дітей гастроентерологічного профілю за умов. (стан хворого) - 90 ліжок.
- 4- Хронічна реабілітація хворих дітей пульмонологічного профілю - 90 ліжок.
- 5- Хронічна реабілітація хворих дітей гастроентерологічного профілю - 90 ліжок.

Таким чином поетапний план реорганізації Державного закладу "Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій "Бердянський" МОЗ України в Державний заклад "Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний центр "Бердянський" МОЗ України має наступний вигляд:

Актуальність створення Державного закладу «Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний центр «Бердянський» Міністерства охорони здоров'я України

Розділ I Характеристика Державного закладу «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Бердянський» МОЗ України та основні показники. Паспортна частина. Площа земельної ділянки, кількість будівель. Водо-, теплопостачання; побутові умови проживання хворих. Структура ліжкового фонду. Штатна чисельність за 2017 рік

Розділ II Проект реорганізації Державного закладу «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Бердянський» МОЗ України в Державний заклад «Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний центр «Бердянський» МОЗ України. Поетапний план реорганізації. Модель допомоги у ДЗ «Дитячий спеціалізований (спеціальний) лікувально-реабілітаційний центр «Бердянський» МОЗ України. Структурні зміни.

Розділ III Управлінське обстеження сильних та слабких сторін закладу. Напрямки роботи щодо запобігання та виявлення корупції.

Розділ IV Пропозиції щодо покращення матеріально-технічної бази та очікуваної динаміки поліпшення основних показників діяльності закладу Пропозиції щодо залучення інвестицій для розвитку закладу

Висновки: В результаті аналізу наведених фактів, можна зробити висновок, що заклад має потенціал для реформування, модернізації та розвитку, щоб у повній мірі відповідати сучасним європейським нормам та стандартам і бути привабливим для реабілітаційного лікування дітей з України та ближнього зарубіжжя.

ДОСВІД МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ АТО І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ НА БАЗІ ГРОМАДСЬКОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ БЛАГОДІЙНОГО ФОНДУ «ЄДНІСТЬ ПАТРІОТІВ»

Буцька Л.В.

Міжнародна академія екології та медицини, м. Київ, Україна

Актуальність. З кожним роком в Україні, серед військових та патріотів, зростає кількість осіб, які виконали свій обов'язок перед Батьківщиною та взяли участь в АТО в якості захисника Вітчизни і у 2014-2018 роках і зараз по факту є демобілізованими. Багато з цих осіб мають контузії, поранення, фізичні пошкодження, пов'язані із війною та потребують в різній мірі або медичної та фізичної реабілітації або психологічної реабілітації, консультування або підтримки. Також уваги потребують члени сімей комбатантів, особливості роботи з якими полягає в першу чергу в психологічній підтримці, яка може бути надана як безпосередньо у вигляді індивідуальних або сімейних психологічних консультацій так і у вигляді семінарів, групових, сімейних та індивідуальних тренінгів, майстер-класів, тощо. Досвід показує, що велика частина з демобілізованих комбатантів не отримали можливості реабілітації в санаторно-курортних закладах та державних реабілітаційних центрах та госпіталях з різних причин. В тому числі з причини того, що не можуть розділити це перебування із членами їх сімей, дружинами, дітьми, часто з фінансових, психологічних (в т.ч. уникання медичних офіційних закладів) або організаційних причин. Саме тому активну участь в реабілітації цих громадян беруть участь громадські об'єднання, в тому числі об'єднання атовців, волонтерів, які за власний кошт організують відпочинок для демобілізованих військових та членів їх сімей

Матеріали та методи, аналіз. Нами було організовано спостереження та реабілітація для 83 осіб, серед них 20 склали військові, учасники АТО, серед яких було двоє в між ротаційний період, 20 осіб – дружини учасників АТО, 43 особи – діти учасників АТО у віці від 2 до 18 років. Діти – знаходилися під наглядом батьків та дитячого психолога, арт-терапевта, який проводив заняття із арт-терапії двічі на день протягом 10 діб, в заняттях взяло участь 43 дитини, у сімейних консультаціях взяло участь 6 пар, у заняттях йогою - 15 осіб, у походах, купаннях 83 особи, індивідуальні заняття відвідали 20 осіб, у групових заняттях взяло участь 36 осіб. При проведенні діагностики та скринінгових досліджень, у всіх чоловіків, учасників АТО було виявлено больові синдроми в області спини, кінцівок, головні болі, порушення сну; сімейні пари в основному зверталися із питаннями гармонізації взаємо розуміння, лідерства в сім'ї, відмічали зміну позицій подружжя після повернення з війни, дуже позитивно сприймали можливість почути точку зору психолога на позицію подружжя та активно застосовували такі методи керування своїм емоційним станом як «6 кроків до свободи», робота з упередженнями та інше. Лікарем реабілітологом було проведено 5 3-хднівних курсів мануальної терапії, голкотерапії, 5 групових занять (групи вміщали 10-15 осіб) із самодіагностики та самореабілітації при болях в спині і суглобах, 5 тренінгів з йоги та гімнастики.

В результаті проведеної роботи, покращився загальний психологічний фон в колективі, сімейні пари в 85% випадків кінці перебування відмічали покращення спілкування та порозуміння, 99,9 % учасників, що зверталися із больовими синдромами відмітили зниження інтенсивності больових синдромів за шкалою ВАШ в середньому на 85%.

Висновки. Очевидною є необхідність застосування подібних видів рекреаційно-реабілітаційної роботи для фізичного і психологічного відновлення учасників АТО та членів їх сімей.

ЕФЕКТИВІНІСТЬ КАРДІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕТОДУ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вакалюк І.П., Нестерак Р.В., Юсипчук У.В.

*ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ, Україна*

Кардіологічна реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця залишається актуальною проблемою кардіології та за вимогою часу, застосування новітніх методів діагностики та лікування потребує постійного покращення і удосконалення.

Метою дослідження було оцінити ефективність кардіологічної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця після ГКС без стійкої елевації сегмента ST із застосуванням консервативної та інвазивної тактики лікування, а також використання різних реабілітаційних методів.

Методи дослідження. Нами обстежено 135 хворих з ГКС без стійкої елевації сегмента ST. Залежно від використаного методу лікування та відновлення коронарного кровотоку хворих було розподілено у 2 групи: 60 хворих із застосуванням консервативного лікування, 75 хворих із застосуванням інвазивної тактика лікування. У кожній групі хворих виділено підгрупи залежно від застосованих методів відновного лікування та реабілітації: група хворих із застосуванням традиційних реабілітаційних заходів, друга група хворих, у яких поряд із традиційними реабілітаційними заходами застосовано сугестивні методи, третя група хворих, у яких поряд із традиційними реабілітаційними заходами застосовано «Програму клініко-психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я». У всіх групах хворих оцінювали клінічні дані, об'єктивні показники, дані ліпідограми, ЕхоКГ, при поступленні, на протязі першого тижня, через 1 місяць та 6 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними ЕхоКГ у хворих ГКС без стійкої елевації сегмента ST із застосуванням консервативного лікування у групі використання традиційних реабілітаційних заходами ФВ становила – (49,2±1,98)%, у групі із застосування сугестивних методів - (49,9±1,98)%, у групі, де хворі приймали участь у програмі психологічної реабілітації – (49,4±1,99)%. Через місяць після проведених реабілітаційних заходів ФВ становила відповідно (50,7±2,0)%, (51,8±1,89)%, (51,5±2,02)%. Збільшення ФВ отримано через 6 місяців спостереження у групах, де поряд із традиційними заходами використано психологічні методи лікування, у групі сугестивного впливу ФВ зросла на 10,22%, у групі навчання 11,94. При аналізі показників ЕхоКГ покращення як об'ємних характеристик, так скоротливості відмічено у групі із застосування інвазивної тактики. Так, ФВ на початку лікування становила (47,4±1,26)% у групі із традиційними реабілітаційними заходами, у групі із застосування сугестивних методів (47,0±1,20)% та (47,2±1,31)% у групі, де хворі приймали участь у програмі психологічної реабілітації. Вірогідне збільшення ФВ отримано через 6 місяців саме у групах із застосування психологічних впливів відповідно (53,5±1,25)% (p<0,01) на 13,83%, (55,0±1,30)%(p<0,01) на 16,53%. Такі дані можуть вказувати про підвищення прихильності до лікування хворих, усвідомлення важливості активної участі у процесі реабілітації, участі у фізичній реабілітації – відвідуванні занять з лікувальної гімнастики, дозованої ходьби.

Отже, зміни показників ЕхоКГ залежать від застосованого методу лікування, а саме покращення показників встановлено при проведенні коронарографії та стентування, а також від проведених реабілітаційних заходів. Психологічний супровід та навчання є необхідними складовими комплексної реабілітації кардіологічних хворих. Ефективність реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця залежить від форми захворювання, вибраної тактики лікування та застосованих методів відновного лікування та реабілітації.

КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА

Вакалюк І.П., Середюк В.Н., Деніна Р.В., Готюр О.І., Андрійців З.С., Волинський Д.А.
*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ, Україна*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) становить основну причину захворюваності та смертності серед дорослого населення як у світі, так і в Україні. Проблема діагностики, лікування та реабілітації хворих з ІХС знаходиться в полі діяльності сімейних лікарів, терапевтів та кардіологів.

Одним з сучасних етапів лікування хворих на інфаркт міокарда є стентування коронарних артерій, якому передують та за яким настає раціональна структура лікувально-реабілітаційної допомоги.

Основною метою реабілітації таких хворих, є відновлення максимально повноцінного життя, включаючи повернення до праці. Під час реабілітації потрібно брати до уваги фізичні, психологічні і соціально-економічні чинники. Процес потрібно починати якомога раніше після поступлення в стаціонар і продовжувати упродовж наступних тижнів і місяців, поступово збільшуючи дозовані фізичні навантаження.

Як відомо, хворі після операції із реваскуляризації міокарда повинні пройти певні етапи лікування: ранній та пізній госпітальний етап та санаторний.

Кардіореабілітація хворих на ІХС має наступні цілі :

- збільшення фізичної активності,
- модифікація факторів ризику
- покращання якості життя
- покращання соціального функціонування
- зменшення частоти госпіталізацій
- зниження частоти повторних серцево-судинних подій
- покращання виживання

Виділяють наступні види реабілітації :

- фізична реабілітація
- психологічна реабілітація
- соціальна реабілітація

На усіх етапах кардіореабілітації важливим є проведення лікувальної фізкультури (ЛФК).

Завдання ЛФК: 1. Покращення загального стану та збереження психологічного настрою до занять фізичними вправами; 2. Зміцнення міокарду, його скоротливої здатності та покращення коронарного кровообігу; 3. Відновлення адаптації серцево-судинної системи до виконання тривалої роботи помірної інтенсивності, фізичних навантажень побутового і виробничого характеру.

Прекрасним засобом реабілітації після ангіопластики і стентування є теренкур. Теренкур - це дозовані за відстанню, часу і куту нахилу піші сходження. Простіше кажучи, теренкур - це метод лікування дозованою ходьбою по спеціально організованих маршрутах. Така ходьба з дозованим навантаженням дозволяє поступово тренувати серце і відновити його функцію. Крім ходьби і теренкури активно застосовуються і інші види фізичної активності - фізичні вправи, які у санаторії індивідуально підбираються для кожного хворого з урахуванням його загального стану. Застосовуються і вправи на тренажерах.

Отже, реабілітація після кардіохірургічних втручань є актуальним завданням сучасної кардіології, яка потребує методичних підходів та комплексу заходів, скерованих на підвищення якості життя таких пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ПОЄДНАНИЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ, НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Вірстюк Н.Г., Вацеба Б.Р.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність теми: Клінічний досвід свідчить, що перебіг хронічного некаменевого холецистити (ХНХ), поєданого з неалкогольною жирковою хворобою печінки НАЖХП на тлі метаболічного синдрому (МС) часто має латентний перебіг, що призводить до несвоєчасної терапії і ряду ускладнень.

Метою роботи було вивчити склад жовчі у хворих на ХНХ, поєднаний з НАЖХП на тлі МС, оцінити вплив порушень функції печінки на показники аналізу вмісту жовчного міхура.

Матеріал і методи. Було проведено комплексне обстеження 60 хворих на ХНХ. І групу склали 40 осіб з поєднаною патологією (ХНХ і НАЖХП), віком ($51,16 \pm 3,01$) років., співвідношення чоловіків і жінок – 1:2,5, серед яких було 20 пацієнтів зі стеатозом печінки та 20 пацієнтів – з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). До II групи увійшли 20 хворих на НАСГ без НАЖХП, віком ($51,32 \pm 2,89$) років, співвідношення чоловіків і жінок – 1:2,6. Для контролю відібрали 20 практично здорових осіб, віком ($51,20 \pm 2,99$) років, співвідношення чоловіків і жінок – 2,3:1. Проводили загально клінічне, ультрасонографічне дослідження та багатомоментне фракційне дуоденальне зондування, для подальшого дослідження відбирали порцію В.

Результати та їх обговорення. У всіх пацієнтів отримана кількість жовчі перевищувала контрольні показники, а у деяких обстежених першої групи вона становила 100 мл і більше. При макроскопічному дослідженні виявлено, що жовч усіх пацієнтів густа та неоднорідна. Результати оцінки клітинного складу жовчі свідчать, що більшу кількість лейкоцитів виявили у жовчі пацієнтів I групи: > 15 епітеліальних клітин в полі зору спостерігали у 65% ($p=0,0001$) пацієнтів, що мали ізольований ХНХ, у 70% ($p=0,0001$) пацієнтів, у яких це захворювання поєднувалось зі стеатозом печінки та у 85% ($p=0,0001$) хворих – за поєднання ХНХ і НАСГ.

Серед пацієнтів II групи помірну кількість кристалів жовчових кислот спостерігали у 20% ($p=0,11$), велику кількість – у 40% ($p=0,003$) випадків. При поєднанні ХНХ і стеатозу печінки помірну кількість таких кристалічних утворень виявляли у 25% ($p=0,04$), велику кількість – у 50% ($p=0,0001$) випадків. При мікроскопії жовчі пацієнтів із поєднанням ХНХ та стеатогепатиту помірну кількість кристалів жовчових кислот виявляли у 30% ($p=0,02$), а велику кількість – у 55% ($p=0,0001$) осіб. Кристали жирних кислот у помірній кількості виявляли у пацієнтів із ХНХ без НАЖХП. У великій кількості кристали жирних кислот виявляли у 70% ($p=0,0001$) хворих за поєднання ХНХ та стеатозу печінки, у 80% ($p=0,0001$) хворих – за поєднання ХНХ і НАСГ, що підтверджує наявність запального процесу у жовчовивідних шляхах при даній формі НАЖХП.

Висновки: При поєднанні ХНХ із НАЖХП на тлі МС спостерігаються зміни клітинного складу вмісту жовчного міхура, які характеризуються збільшенням кількості лейкоцитів, епітеліальних клітин та елементів клітинного детриту, що було більш вираженим за наявності НАСГ. Значно збільшеним був рівень насиченості жовчі жовчовими та жирними кислотами за поєднаної патології порівняно з пацієнтами, що страждають на ХНХ без НАЖХП. Дослідження жовчі при поєднаній патології гепатобіліарної системи має важливе діагностичне значення та сприяє своєчасному вибору оптимальної терапії.

АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Гавловський О.Д., Голованова І.А.

ПраТ «Миргородкурорт», ВДНЗУ «УМСА», Полтава, Україна

Згідно офіційних даних Управління ООН з координації гуманітарних питань, через бойові дії на Сході України з початку конфлікту в середині квітня 2014 року і по 9 квітня 2015 року задокументовано загибель 6 тис. 108 осіб та поранення отримали 15 тис. 450 осіб [1]. Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, піддані воєнно-травматичному стресові. Отже, реабілітація учасників антитерористичної операції (АТО), які повертаються з зони бойових дій – є головною задачею державної політики України. Тому, метою нашого дослідження було проведення аналізу законодавчої бази реабілітації учасників АТО, що відбувається в Україні. Наприкінці 2015 року вийшло два важливих документи, які фактично розпочали цей процес. "Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції" Указ Президента України, де йдеться про надання статусу учасника бойових дій особам, які безпосередньо беруть участь в антитерористичній операції, та статусу учасника війни - особам, які забезпечують проведення антитерористичної операції, а в грудні цього ж року міністр оборони видає наказ №701 про психологічну реабілітацію військовослужбовців ЗСУ, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин. Виходить низка наказів Міністерства соціальної політики, яка покликана забезпечити цю реабілітацію. Міністерством соціальної політики видано передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 497 накази від 26.04.2018 № 591 “ Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році”, від 27.04.2018 № 597 “ Про затвердження Вимог до суб’єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів ”, “ Про затвердження примірного договору про надання послуг із психологічної реабілітації ”. Відповідно до вимог пунктів 18, 22, 26, 27 постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1057 “ Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції ” Мінсоцполітики видає наказ від 01.06.2018 № 810 “ Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності ”.

Таким чином, нормативно-правова база реабілітації учасників АТО досить врегульована і носить координаційний характер.

Література.

1. ООН: На Донбасі загинуло більше 6 тисяч осіб [Електронний ресурс] / УкрМедіа 2015-04-14. – Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain/233183/>

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В ДП «СКК «МОРШИНКУРОРТ»

Гаврилюк Р.П.

ДП «СКК «Моршинкурорт», м. Моршин, Україна

Лікувальне харчування було і залишається важливою частиною комплексного санаторно-курортного лікування.

Система лікувального харчування є основою довготривалого плану протидії захворюванню, що доповнюється використанням всіх інших факторів профілактики.

Правильна організація лікувального харчування й додаткові заходи впливу створюють важливі можливості для стабілізації і подолання захворювання.

Порядок призначення лікувального харчування і система його забезпечення в санаторіях має деякі особливості. У зв'язку з більшою руховою активністю і більш значними енергозатратами осіб, які перебувають в умовах санаторіїв, у порівнянні з передбаченими стандартними дієтами для лікарняних умов, а також з метою підвищення оптимізації реабілітаційних заходів, потрібне відповідне підвищення енергетичної цінності раціонів більшості дієт на 15% - 20% , шляхом пропорційного збалансованого збільшення вмісту харчових речовин. Тому розроблено посезонний середньодобовий набір продуктів, який є базовим для планування вартості загального санаторного харчування закладеного в путівку.

В санаторіях більшість відпочиваючих перебуває в стадії ремісії і їм не обов'язкове щадне харчування. Це дозволяє розглядати використання дієт, як тренуючі та стимулюючі компенсаторні механізми, такі, що дають можливість хворому отримувати різноманітне і повноцінне харчування, допускаючи розширений асортимент страв.

В їдальнях ДП „СКК „Моршинкурорт” організоване дієтичне харчування за системою „шведський стіл”. Тут, при строгому дотриманні лікувальних дієт, подаються різноманітні та якісні страви з можливістю широкого вибору.

„Шведський стіл” (лінія) – спосіб подачі їжі, при якому страви виставляються поруч, і їжа розбирається самими відпочиваючими. Переваги такої форми обслуговування - красива і приваблива сервіровка, вибір з великої кількості страв приготовлених з різних продуктів, свобода пересування та свобода спілкування, можливість якісного обслуговування великої кількості відпочиваючих за менш короткий період.

Використовується планове 7-денне сезонне меню з урахуванням всіх дієт. Вибір страв від 2 до 4 для кожної дієти.

При необхідності і в особливих випадках (поєднання декількох захворювань, загострення перебігу хвороби, непереносимості продуктів, релігійні мотиви, при індивідуальних особливостях стану хворого) призначається індивідуальне харчування.

Замовна система застосовується при цукровому діабеті, хронічному панкреатиті з рецидивуючим перебігом та іншими захворюваннями при загостренні процесу, а також на вимогу хворих (вік, інвалідність, та інше). При ліжковому режимі хворі обслуговуються в кімнатах для проживання.

Правильному вибору страв, при вільному доступу до них, допомагає постійна присутність при прийомі їжі сестри медичної з дієтичного харчування, призначень лікуючого лікаря, доступності консультацій дієтолога, зручно згуртовані, розташовані і відмічені страви по дієтах, а також широкий доступ до наявної інформації на стендах з рекомендаціями по дієтах, що відповідають принципам доказової медицини.

Саме в умовах курорту та санаторію існують умови для оптимальної реабілітації багатьох хронічних захворювань. Наявність та використання природних і фізичних преформованих лікувальних чинників, раціонального, повноцінного і збалансованого лікувального харчування, дозволяє оптимально реалізувати програму багатьох аспектів реабілітації.

ВПЛИВ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА № 6 КУОРТУ МОРШИН НА ПРОЦЕСИ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ

Гаврилюк Т.Б.

ДП «Санаторій «Моршинський», м Моршин, Україна

Джерело № 6 - високомінералізована сульфатно-хлоридно-натрієво-магнієво-калієва вода. Мінеральний склад води вказує про її велику терапевтичну цінність, особливо при лікуванні захворювань гепатобіліарної системи, кишківника та інших органах травного

тракту, цукровому діабеті..

Відносно великий вміст калію збільшує потенціальні можливості цієї води.

Висока розчинність калію сприяє засвоюванню до 95% від його надходження.

Зниження рівня калію в крові спостерігається у хворих ішемічною хворобою серця, у осіб, що тривало приймають серцеві глікозиди, сечогінні препарати, стероїдні гормони, при хронічних атрофічних гастритах, хронічних ентероколітах, панкреатитах, проносах, поліурії.

Оскільки калій, магній і кальцій знижуються разом, то при виявленні низького рівня одного з них, передбачається обов'язковий дефіцит двох інших.

Електрокардіографія, як найбільш доступний і достовірний метод функціональної діагностики, широко застосовується на курорті Моршин, охоплюючи майже всіх відпочиваючих.

Як відомо, зубець Т нормальної ЕКГ реєструється під час виходу міокарду зі стану збудження і відповідає процесу реполяризації. Якщо процес реполяризації сповільнений, то відмічається розширення зубця Т.

На відміну від зубця Т при ішемії, який може бути негативним, симетричним, з загостреною вершиною в III і AVF відведенні, при порушенні обмінних процесів в міокарді, зубець Т слабо негативний, з пологим коліном зі сторони сегменту ST.

Зміни ЕКГ при зниженні рівня калію відповідає кінцевій частині шлуночкового комплексу –зниження нище ізолінії сегменту ST, зниження вольтажу, сплющення і інверсія зубця Т, збільшення амплітуди зубця U, тахікардія та можлива поява шлуночкових екстрасистол.

При регулярному вживанні мінеральної води джерела № 6, крім дії на органи шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної системи, підшлункової залози спостерігається ефективно насичення калієм міокарду, що підтверджується позитивними змінами динаміки на ЕКГ зубця Т - він стає позитивним, збільшується його амплітуда, сегмент ST досягає ізолінії, нормалізується або зменшується частота пульсу та ритм.

Ці зміни дають можливість вважати, що на курорті Моршин можливо з успіхом лікувати і деякі супутні патологічні стани серцево-судинної системи та порушення обмінних процесів в організмі, при яких знижений рівень калію в крові.

Саме в умовах курорту та санаторію існують умови для оптимальної реабілітації багатьох хронічних захворювань, в тому числі і серцево-судинних. Наявність та використання мінеральної води, природних і фізичних преформованих лікувальних чинників, дозволяє оптимально реалізувати програму багатьох аспектів реабілітації.

Теоретично обґрунтована та практично доведена доцільність ранньої курортної реабілітації хворих на більшість хронічних захворювань з метою їх долікування після перенесеного клінічного загострення, оперативного втручання чи токсичного отруєння організму.

ВРАХУВАННЯ ФРУСТРАЦІЙНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ХВОРОГО ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ У САНІТАРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

Гасюк М.Б.

*Прикарпатський національний університет імені В. Стефаника,
м. Івано-Франківськ, Україна*

У світовій практиці збереження та відновлення здоров'я населення важливе місце займає медична реабілітація у санаторно-курортних закладах. Така реабілітація передбачає цілий комплекс різнопланових заходів медичного і психологічного характеру, спрямованих на повне чи часткове відновлення порушених чи втрачених функцій організму, покращення якості життя людини, збереження працездатності і повернення до соціуму.

Перша серйозна ініціатива в цьому питанні за останні 50 років міститься в програмному документі Всесвітньої організації охорони здоров'я під назвою «Реабілітація у 2030-му: заклик до дії» («Rehabilitation 2030: A Call for Action»). Зараз обставини змінюються й потреба в реабілітації значно зростає. Згідно рекомендацій ВООЗ важливими є чотири основні напрями реабілітації: медична, психологічна, професійна (або освітня) і соціальна.

Важливими є пошуки нових стратегій реабілітації соматичного хворого, якою є стратегія відновлення позитивного образу тіла та формування нового тілесного Я-образу. В свою чергу, такий підхід передбачає врахування різноманітних психічних станів, властивим хворим. Хочемо акцентувати увагу на стані соціальної фрустрації хворого, стані крайнього незадоволення, блокади прагнень що виникають в умовах негативної соціальної оцінки. Такий стан викликає стійкі негативні емоційні переживання і може стати причиною дезорганізації свідомості і діяльності. Вплив фрустрації на ефективність реабілітації є малодослідженим. Але якщо фрустрація є емоційною реакцією на перешкоду у досягненні мети (зокрема повернення до здоров'я), то вона може стати і механізмом, який сприятиме особистісним змінам хворого. Особливу увагу необхідно приділити поняттю толерантності до фрустрації як зберегаючо-приспосувальні форми реакцій на негативні емоції.

Вирізняють низьку та високу фрустраційну толерантність. Люди з низькою фрустраційною толерантністю надто чутливі до всього, що їм не приємне; не терплять дискомфорт, біль, невдачі і проблеми; негативно ставляться то всього, що затримує здійснення їх бажань. Під час реабілітації така людина відчуває стрес, гнів, хвилювання та тривогу, образу, часто перебуває у стані жертви та звинувачує інших у всьому, що з нею відбувається. Хворі з низьким порогом терпимості до фрустрації здаються на нелегкому шляху реабілітації.

Людина з високою фрустраційною толерантністю під час реабілітації не падає духом під час труднощів, буде цілеспрямованою, працьовитою, шукатиме різних шляхів до досягнення успіху. Також для такого хворого властива толерантна співпраця з персоналом реабілітаційних закладів, думка фахівця є авторитетною. В цілому, висока толерантність до фрустрації – це здатність пережити складнощі лікування та реабілітації, відновлювати позитивне Я-тілесне, вибудовувати ставлення до хвороби і здоров'я.

Зміна фрустраційної толерантності потребує корекційної роботи психолога.

Висновки.

Попередній аналіз проблеми показав, що врахування фрустраційної толерантності під час реабілітації хворого може стати ключовим у побудові стратегії реабілітації хворого.

Важливо дослідити способи побудови внутрішньорі картини здоров'я відносно врахування фрустраційної толерантності хворого.

Перспективою досліджень може стати дослідження статевих, вікових відмінностей фрустраційної толерантності хворих та взаємозв'язок цих особливостей з якістю реабілітації.

Література.

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
2. Грановска П.М. Психологическая защита. СПб.: Речь 2007. 476с.
3. Нестерак Р.В. Гасюк М.Б. Значення навчання та психологічного супроводу хворих на ІХС на етапах реабілітації та відновного лікування. / International research and practice conference. Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine/ April 28-29, 2017, Lublin, 2017 С.190-192.
4. Прокофьева Н,С, Зотова Р.А., Цетков А.В. Роль фрустрации в формировании телесного Я-образа у юношей. / Международный научный журнал «Инновационная наука». №02-2 2017.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Дивнич Д.І.

*Дніпровський національний університет імені О. Гончара,
м. Дніпро, Україна*

Фізична культура, яка спрямована на формування, розвинення й організоване прикладне використання сил і здібностей особистості в майбутній професійній діяльності, є складним багатомірним суспільним явищем і має власну структурно-динамічну модель. Вона характеризується виокремленням різноманітних видів і форм фізкультурної діяльності. Одним із таких видів є лікувальна фізична культура (ЛФК). Вона сприяє відновленню вроджених патологічних функцій організму, або набутих (порушених чи втрачених) унаслідок захворювань або побутових чи професійних травм.

Мета наукової статті полягає в науково-теоретичному обґрунтуванні профілактики та реабілітації органів дихання захворювань органів дихання засобами фізичної реабілітації.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення науково-методичної, медико-біологічної та спеціальної літератури, педагогічне спостереження.

За даними ВООЗ хвороби органів дихання займають чільне місце серед патології внутрішніх органів. Недуги дихальної системи організму в основному представлені хронічною пневмонією, хронічним бронхітом, пневмосклерозом, бронхіальною астмою, залишковими явищами після перенесеного плевриту, емфіземою легень, компенсованими формами туберкульозу в стадії стійкої ремісії тощо [1,2].

Серед усіх захворювань органів дихання найпоширенішими є такі: хронічний бронхіт, хронічна пневмонія, бронхіальна астма тощо.

Захворювання органів дихання можуть виникати внаслідок дії різноманітних навколишніх і суспільних чинників, які загалом чи опосередковано впливають на:

- обмеження рухомості грудної клітки й легень;
- порушення провідності дихальних шляхів;
- зменшення дихальної поверхні легень;
- зниження еластичності легеневої паренхіми;
- порушення дифузії газів у легенях;
- порушення центральної регуляції дихання та кровообігу в легенях.

Це приводить до тимчасової втрати працездатності, можуть часто виникати рецидиви захворювань. Оцінюючи механізми дії засобів ЛФК при захворюваннях органів дихання, насамперед ми враховували основні патофізіологічні синдроми порушення функції дихання, які зумовлюють клініко - фізіологічні особливості основних форм бронхолегеневої патології [3].

Важливим місцем в лікуванні хворих на захворювання органів дихання є санітарно-курортне лікування, де поряд з ЛФК застосовуються інші засоби фізичної реабілітації: фізична терапія, бальнеотерапія, дієтотерапія, повітряні та сонячні ванни та ін. Застосовуючись комплексно, всі ці засоби найбільш позитивно впливають на хворий організм. Ігноруючи санітарно – курортний етап реабілітації, досягти повної ремісії захворювання не завжди вдається, тому необхідно приділяти більше уваги реабілітації хворих на даному етапі.

Лікувальна дія фізичних вправ при захворюваннях органів дихання зумовлена надходженням імпульсів від рецепторів м'язів у вищі відділи центральної нервової системи. Це впливає на силу, рухомість і врівноваженість процесів збудження й гальмування в корі головного мозку, що проявляється на функціях дихального апарата. Патологічні зміни що виникають при хронічних захворюваннях дихальної системи, послаблюють дихальну мускулатуру й порушують бронхіальну прохідність.

Методика ЛФК передбачає використання загальнорозвивальних і спеціальних вправ. Вправи на загальний розвиток покликані покращити функцію всіх органів, систем, надати позитивну дію на дихальний апарат. Спеціальні вправи покликані удосконалити функції дихання у спокої та при м'язовій діяльності, зміцнити дихальну мускулатуру, збільшити рухливість грудної клітки й діафрагми, очистити дихальні шляхи від патологічного вмісту.

Отже, комплексне використання засобів фізичної реабілітації під час санітарно – курортного лікування є важливим фактором лікування та профілактики захворювань органів дихання. Особливо це стосується хворих, які не мають тяжких ускладнень.

Література.

1. Білоус Т. О. Профілактика захворювань органів дихання засобами ЛФК в процесі професійно-прикладної фізичної культури / Т. О. Білоус, А. А. Ребрина // Молода спортивна наука України : зб. наук. статей з галузі фіз. культури та спорту. – Львів, 2015 – Вип. 19. – Т. 3. – С. 11–15.

2. Лікувальна фізична культура при захворюваннях органів дихання Електронний ресурс+. – Режим доступу : <http://intranet.tdmu.edu.ua>

3. . Анатомія, фізіологія дітей з основами гігієни та фізкультури . Електронний ресурс Режимдоступу:http://pidruchniki.com/1584072011565/meditsina/anatomiya_fiziologiya_ditey_z_os_novami_gigiyeni_ta_fizkulturi

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ КУОРТУ МОРШИН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Драгомирецька Н.В., Заболотна І.Б.

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

Загальновідомо, що лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) передбачає активну та тривалу терапевтичну тактику із використанням декількох класів препаратів, обов'язково з урахуванням супутньої патології органів травлення, що збільшує ризик поліпрагмазії, може супроводжуватися алергічними реакціями та недостатньою ефективністю лікування.

Це стимулює пошук нових немедикаментозних технологій лікування із використанням, зокрема, природних чинників, а саме мінеральних вод.

Метою роботи було вивчення ефективності мінеральної розведеної води свердловини № 3-К у сольовій концентрації 6,5-7,5 г/дм³ с. Горішне Стрийського району Львівської області (ДП «СКК «Моршинкурорт») у хворих на НАЖХП із супутньою патологією органів травлення.

Під спостереженням знаходилося 40 хворих на НАЖХП із супутньою патологією органів травлення. Першу групу (основна) складало 20 хворих, які у комплексі лікування (дієтотерапія, бальнеотерапія) отримували мінеральну розведену воду свр. № 3-К у сольовій концентрації 6,5-7,5 г/дм³. З них 13 осіб мало НАЖХП на стадії стеатозу, а 7 хворих – на стадії стеатогепатиту мінімального ступеня активності.

Другу групу (контрольну) складало 20 осіб, які у комплексі лікування замість мінеральної води, отримували звичайну питну воду у тому ж режимі дозування. Курс лікування становив 21-24 дні.

Проведене лікування в основній групі сприяло суттєвому та швидкому поліпшенню перебігу основного захворювання та супутньої патології органів травлення ($p < 0,001$). Це супроводжувалося відновленням функціонального стану печінки, а саме, пігментного обміну ($p < 0,01$), нівеляцією ознак холестазу ($p < 0,05$), зменшенням гіпертрансфераземії ($p < 0,05$),

концентрації загального холестерину ($p < 0,02$), β -ЛП ($p < 0,05$), тригліцеридів ($p < 0,02$), що відбувалося на тлі відновлення розмірів печінки та нормалізації функціонального стану біліарної системи ($p < 0,05$). Також слід відмітити відновлення вуглеводного обміну – вірогідне зменшення інсулінорезистентності ($p < 0,05$) згідно індексу НОМА та поліпшення толерантності до вуглеводів ($p < 0,05$).

Вищевикладене обґрунтовує доцільність використання мінеральних вод курорту Моршин у комплексі лікувально-профілактичних заходів щодо хворих на НАЖХП із супутньою патологією органів травлення.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗІОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РЕФРАКТЕРНУ ФОРМУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

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

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

Актуальність проблеми. На сьогоднішній день гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — одна з найбільш частих патологій в структурі кислотозалежних захворювань органів травлення. Захворюваність на ГЕРХ у світі становить 5 на 1 тис. осіб на рік. Значне зниження якості життя хворих, велика загроза ускладнень цього захворювання (стриктура та кровотеча стравоходу, стравохід Баррета, аденокарцинома стравоходу) та тривале медикаментозне лікування, що призводить до різноманітних побічних реакцій, обумовлюють актуальність даної проблеми. У низки пацієнтів з ГЕРХ використання тільки одних інгібіторів протонної помпи (ІПП) не призводить до згасання симптомів печії, що послужило появі терміна «рефрактерна» ГЕРХ [1].

Мета роботи. Вивчити ефективність лікування хворих на рефрактерну ГЕРХ за допомогою комплексного застосування препаратів ІПП у поєднанні із внутрішнім курсовим прийомом борної високомінералізованої гідрокарбонатної натрієвої води «Поляна Квасова» (МВ «Поляна Квасова») та процедур магнітотерапії.

Методи дослідження та лікування. Обстежено 40 хворих на рефрактерну ГЕРХ, з них 20 хворих (основна група) приймали ІПП у стандартному дозуванні у поєднанні з курсовим внутрішнім прийомом МВ «Поляна Квасова» за запропонованою нами схемою впродовж 2 місяців та низькочастотного імпульсного змінного магнітного поля на область нижнього стравохідного сфінктеру з частотою імпульсів 0,1-10,0 Гц, з індукцією 128 мкТл, тривалістю процедури 40 хвилин, курсом лікування 8-10 процедур, через день. Контрольна група (20 хворих) приймали тільки ІПП у подвійному дозуванні. Динаміку лікування оцінювали згідно загальноприйнятих стандартних методів дослідження.

Результати роботи. Під впливом лікування у всіх хворих основної групи спостерігалась позитивна динаміка: ліквідація печії ($p < 0,001$), болі у епігастрії ($p < 0,001$) та проявів дисфагії ($p < 0,001$), які підтверджувались при фіброгастроскопії - зникненням езофагіту ($p < 0,001$) та гастроєзофагеального рефлюксу ($p < 0,001$). У 70 % хворих контрольної групи також спостерігалась позитивна динаміка клініко-ендоскопічної картини ($p < 0,005$), у решти хворих поліпшення мало недостовірний характер ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, застосування запропонованого комплексного фізіофармакологічного лікування має достовірну перевагу перед стандартним фармакологічним лікуванням хворих на рефрактерну форму ГЕРХ.

Література.

1. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений. – М., 2005. – 30 с.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ РОЗВЕДЕНОЇ ВОДИ СВЕРДЛОВИНИ №3-К НА КУРОРТІ МОРШИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Злупко Б.П., Мельник О.В., Злупко М.Л.
ДП СКК «Моршинкурорт», м. Моршин, Україна

Під наглядом находилось 26 пацієнтів хворих хронічним гепатитом мінімальної активності (з них 6 жінок та 20 чоловіків, вік яких коливався в межах 21-57 років). У 14 хворих було діагностовано хронічний вірусний гепатит В; у 10 хворих хронічний криптогенний гепатит; легкий ступінь активності; 1 стадія; фаза нестійкої ремісії, у 3 хворих токсичний гепатит. До лікування домінували скарги на загальну слабкість, стомлюваність, зниження працездатності, важкість у правому підребер'ї, нудоту. Об'єктивно найчастіше виявлялися при пальпації збільшена і болюча печінка, помірно щільної консистенції, позитивний симптом Ортнера, чутливість у точці Кера.

Всій групі пацієнтів призначалась сульфатна, хлоридно-сульфатна натрієва мінеральна розведена вода свр.№3-К Нинівського родовища в розведенні 3,0-4,0 г/дм³ за 40-45 хв. до їжі, температурою 40-45⁰С, по 150-200 мл. на один прийом, тричі на добу. В лікувальному комплексі також використовувалися додатково: дієтотерапія (дієта № 5 за Певзнером). Терапевтичний тюбаж мінеральною розведеною водою свр.№3-К в розведенні 6,5-7,5г/дм³, температурою 40-42⁰С., в кількості 150-200 мл. за загальноприйнятою методикою, 4 процедури на курс лікування(1раз на тиждень). Бальнеотерапія (мінеральні, перлинні, мінерально-хвойні, мінерально-йодобромні та ін. ванни). Грязьові аплікації на ділянку правого підреб'я (площа аплікації 200см², товщина шару 3см, температура 36⁰С, експозиція 15хв., через день, 8-10 процедур на курс лікування. Електрофізіотерапія: СМС, лазеротерапія, магнітотерапія. Рефлексотерапія.

Після проведеного курсу лікування (середня тривалість курсу лікування - 21 день) спостерігалась позитивна динаміка: покращився загальний стан хворих, зменшилась кількість скарг (на болючість під час пальпації печінки, відчуття важкості в правому підребер'ї, диспептичні явища,), покращились показники інструментальних та лабораторних досліджень (наприкінці лікування тимолова проба становила (7,45±1,19)од.ШН, проти(9,05±1,15) од.ШН на початку питного прийому МРВ, р=0,059), концентрація загального холестерину, В-ліпопротеїдів та тригліцеридів після курсового питного лікування становила відповідно (5,06±0,09) ммоль/л, р=0,01; (532,80±32,10)мг%, р=0,005; (180,10±12,20)од.л, р=0,005. Паралельно відбувалося покращення ультразвукової картини печінки та жовчного міхура: знижувалась акустична щільність паренхіми печінки та зменшувались розміри запальних осередків, покращелось проходження ехосигналу у глибокі шари печінки, підвищелась візуалізація судин органу.

Таким чином, хороша переносимість і висока ефективність сульфатної, хлоридно-сульфатної натрієвої мінеральної розведеної води свр.№3-К Нинівського родовища дозволяє рекомендувати її для лікування та профілактики хворих на хронічні гепатити різної етіології.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ КОЛІТОМ БЕЗ ДІАРЕЇ ВИКОРИСТОВУЮЧИ МІНЕРАЛЬНІ РОЗВЕДЕНІ ВОДИ СВЕРДЛЮВИНИ №3-К НА КУРОРТІ МОРШИН

Злупко М.Л., Мельник О.В., Злупко Б.П.
ДП СКК «Моршинкурорт», м. Моршин, Україна

Протягом останніх 3-х років нами обстежено та проведено лікування 77 пацієнтів (з них 37 жінок та 40 чоловіків, вік яких коливався в межах 21-57 років), яким діагностовано хронічний коліт, що супроводжувався закрепками у стадії стійкої і нестійкої ремісії.

Всій групі пацієнтів призначалась сульфатна, хлоридно-сульфатна натрієва мінеральна розведена вода свр.№3-К Нинівського родовища в розведенні 6,5-7,5 г/дм³. Час прийому мінеральної води визначався залежно від вихідного кислотоутворення в шлунку(30-90 хвилин до їжі). Доза 50-200 мл. на один прийом тричі на добу, кімнатної температури. При необхідності призначалось медикаментозне лікування (спазмолітики. ферменти, протокінетики ,проносні, протобіотичні та інші засоби).

В лікувальному комплексі також використовувалися додатково: дієтотерапія (дієта № 3 за Певзнером (раціон №2)); трансдуоденальне промивання мінеральною розведеною водою свр.№3-К Нинівського родовища в розведенні 3,0г/дм³, температури 37-38⁰С., швидкість попадання мінеральної води в дванадцятипалу кишку-1л. води на протязі 20-30 хв., курс лікування 3-4 процедури з перервами 4-5 днів; підводні кишкові зрошення мінеральною розведеною водою свр.№3-К Нинівського родовища в розведенні 3,0-4,0 г/дм³, 3 процедури з інтервалом 4-5 днів; бальнеотерапія (мінеральні, мінерально-лавандові, мінерально-хвойні, мінерально-йодобромні та ін. ванни); гідротерапія (циркулярний, висхідний душі); електрофізіотерапія, магнітотерапія; олійні мікроклізми; рефлексотерапія; кліматотерапія.

Після проведеного курсу лікування (середня тривалість курсу лікування - 18 днів) спостерігалась позитивна динаміка: покращився загальний стан хворих, зменшилась кількість скарг (зникнення больових нападів, важкості в кишечнику, диспептичних явищ, пальпаторної болючості в кишечнику, нормалізувався стілець), покращились показники інструментальних та лабораторних досліджень (знизився рівень білірубину, АЛТ, АСТ, ЛФ, нормалізувалось ШОЕ).

Таким чином, проведене санаторно-курортне лікування з використанням сульфатної, хлоридно-сульфатної натрієвої мінеральної розведеної води свр.№3-К Нинівського родовища скорочує тривалість тимчасової непрацездатності, покращує якість життя хворих і попереджує виникнення ускладнень.

PULMONARY REHABILITATION IN THE «WIELICZKA» SALT MINE HEALTH RESORT

Magdalena Kostrzon, Katarzyna Rys
«Wieliczka» Salt Mine Health Resort, Poland

The "Wieliczka" Salt Mine Health Resort continues the nineteenth-century tradition of balneological treatment, which was initiated in the underground salt chambers of the "Wieliczka" Salt Mine by Professor Mieczysław Skulimowski, who is recognized as the author of subterraneanotherapy. This method uses the synergistic effect of physical, chemical and biological factors of the underground salt chambers microclimate for the treatment of patients with respiratory diseases. The experience and knowledge of several generations of specialists in pulmonology, rehabilitation and balneology have been used to build the subterraneanotherapy rehabilitation program of the respiratory system.

The "Wieliczka" Salt Mine Health Resort uses the unique features of the underground salt chambers microclimate and modern rehabilitation techniques. The pollution-free, chemically and physically stable environment allows for the rehabilitation of patients with upper and lower respiratory tract diseases of the allergic and non-allergic aetiology. Nowadays, more and more attention is paid to what we breathe, we know the components of the air and the people's knowledge about the harmfulness of pollutants is increasing. Thus, the skill of breathing, in a way that minimizes the effects of air pollution, is particularly important for patients with respiratory diseases. During the work with the patient, the "Wieliczka" Salt Mine Health Resort introduces modern physiotherapeutic techniques, which are aimed at correcting the respiratory pattern and restoring the normal respiratory tract which was disturbed by a disease. The uniqueness of the "Wieliczka" Salt Mine microclimate has a positive impact on the effectiveness of these actions.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА НА КУРОРТІ МОРШИН

Лагоцький С.В., Половинко Н.Ф., Клявіна-Лагоцька І.О.

Відділення «Лікувально – діагностичний центр»

ДП СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» м. Моршин

Темою дослідження, було виявлення впливу мінеральних моршинських вод, дієтичного харчування та медикаментозного лікування у хворих з синдромом стопи діабетика (ССД).

Проліковано 254 хворих на цукровий діабет (чоловіків – 102, жінок - 152) віком від 45 до 69 років. Кількість осіб працездатного віку 31%, пенсійного 69%. Із них 22 пацієнти лікувалися з трофічними виразками на нижніх кінцівках, 86 пацієнтів з порушенням магістрального кровотоку в артеріях нижніх кінцівок, 93 із остеоартропатією, 106 з неврологічними патологічними змінами.

Тактика лікування хворих на ССД залежала від переважання невропатичного чи ішемічного компоненту. Для визначення глибини та ступеня ураження нижніх кінцівок використовували класифікацію Wagner-Meggitt.

В умовах курорту обстежено 254 пацієнти. У план обстеження входило: контроль цукру в крові та сечі, біохімічні показники крові, консультації вузьких спеціалістів (окуліста, невропатолога, хірурга, ендокринолога, уролога), інструментальні методи обстеження (УЗД судин нижніх кінцівок; визначення больової температурної, тактильної, вібраційної чутливості).

На першому етапі лікування ССД є прийом мінеральних вод, дієтичне харчування і більш активне заняття фізичними вправами (нордична ходьба). Для стабілізації рівня цукру в крові використовували лікування пероральними цукрознижувальними препаратами (ПЦП) і/або інсуліном.

В результаті проведених досліджень встановлено, що більше 60% пацієнтів в перші дні (акліматизації) знижується цукор в крові на 1/3 (з 14,3 -10,2 ммоль/л до 8,6 – 6,5 ммоль/л).

В умовах курорту проводиться лікування медикаментозними середниками (судиннорозширюючі, вітаміни, ліпотропні засоби, антиагреганти, ангіопротектори, венотоніки, протизапальні препарати, нейропротектори, антибіотики, при наявності трофічних змін – перев'язки), фізіотерапевтичні методи (ультрафонофорез, лазеротерапія, ударно-хвильова терапія, магнітотерапія).

З метою профілактики подальших ускладнень хворим з ССД важливо призначати адекватну терапію на ранніх стадіях захворювання.

Враховуючи природні ресурси та сучасну лікувально-діагностичну базу на курорті Моршин пацієнти з ССД мають унікальну можливість для отримання комплексного лікування.

Given the natural resources and modern medical diagnostic facilities at the resort Morshyn patients with diabetic foot have a unique opportunity to receive comprehensive treatment.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУЛЬТИФОКАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Майстренко І.О.

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
м. Харків, Україна*

Удосконалення відновлювального лікування хворих з мультифокальним атеросклерозом (МФА) є безперечно актуальною і соціально значущою проблемою клінічної медицини.

Мета дослідження: підвищення ефективності відновного лікування хворих з атеросклерозом церебральних, коронарних і периферичних артерій шляхом клініко-гемодинамічно обґрунтованого застосування методів фізіобальнеотерапії.

Матеріал і методи дослідження. У 75 хворих (постраждалих в результаті аварії на Чорнобильській атомній електростанції) з МФА церебральних, коронарних і периферичних артерій, нозологически обумовлених наявністю артеріальної гіпертензії (АГ), дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП), що поєднуються з ішемічною хворобою серця (ІХС) і атеросклерозом артерій нижніх кінцівок (ААНК), вивчили ефективність десятиденного (щоденного) застосування процедур ампліпульстерапії (синусоїдальними модульованими струмами в змінному режимі, I родом роботи без модуляцій, діючи на шийно-комірцеву область), інгаляцій цитиколіну і скипидарних напівванн на тлі стандартної медикаментозної терапії.

Стан хворих оцінювали, використовуючи клінічний, анамнестический, інструментальні методи дослідження стану судинної та серцево-судинної систем (імпульсна доплерографія судин головного мозку і периферичних артерій, сонографія міокарда, добове моніторування АТ і ЕКГ, тест з 6-хвилинною ходьбою), разові проби, катамнестичний (Мінесотський опитувальник якості життя хворих), статистичний.

Результати досліджень. Проведені разові гемодинамічні проби дозволили здійснити оптимальний вибір параметрів методів фізіобальнеолікування.

Безпосередні і віддалені результати проведеного лікування хворих з МФА показали, що застосування розробленого лікувального способу на тлі стандартної медикаментозної терапії: покращувало клінічний перебіг ДЕП, АГ, ІХС та ААНК, стан церебральної, центральної, внутрішньосерцевої та периферичної гемодинаміки, попереджало прогресування захворювань, знижувало ризик ускладнень, покращувало стан когнітивних функцій, підвищувало переносимість фізичних навантажень і рівень якості їх життя.

Висновки. Застосування ампліпульстерапії, інгаляцій цитиколіну і скипидарних напівванн на тлі стандартної медикаментозної терапії у хворих на МФА можливо і доцільно, перспективно для впровадження на всіх, в тому числі санаторно-курортному, етапах відновлювального лікування.

RESULTS OF APPLICATION OF PHYSICAL FACTORS IN RENOVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS

Maystrenko I.O.

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine,
Kharkiv, Ukraine*

Improvement of restorative treatment of patients with multifocal atherosclerosis (MFA) is definitely an actual and socially significant problem of clinical medicine.

The purpose of the study: to increase the effectiveness of rehabilitation of patients with atherosclerosis of cerebral, coronary and peripheral arteries by clinical and hemodynamically grounded application of physiological methods.

Material and methods of research. In 75 patients (affected by the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant) with MFA cerebral, coronary and peripheral arteries, nosologically determined by the presence of arterial hypertension, circulatory encephalopathy (EDF), combined with coronary heart disease (CHD) and arteriosclerosis of the lower arteries Limbs (AUNK) studied the effectiveness of the ten-day (daily) application of procedures of amplipulse therapy (sinusoidal modulated currents in alternating mode, I kind of work without modulation, acting on the neck collar Eva area), inhales of cyticoline and turpentine semi- bathroom on the background of standard medical therapy.

The condition of patients was assessed using clinical, anamnestic, instrumental methods of studying the state of the vascular and cardiovascular systems (pulsed dopplerography of vessels of the brain and peripheral arteries, myocardial sonography, daily monitoring of blood pressure and ECG, 6-minute walk test), single-shot tests, catamnestic (Minnesota questionnaire on quality of life of patients), statistical.

Research results. Conducted one-time hemodynamic tests allowed to carry out an optimal choice of parameters of methods of physiological treatment.

The immediate and long-term results of the treatment performed with patients with MPA showed that the application of the developed therapeutic method against the background of standard medical therapy: improved the clinical course of DEP, AG, CHD and AUC, the state of cerebral, central, intracardiac and peripheral hemodynamics, prevented the progression of diseases, reduced the risk of complications, improved the state of cognitive functions, increased the portability of physical activity and the quality of their life.

Conclusions. The use of amplipulse therapy, inhales of cyticoline and turpentine semi-waves, against the background of standard medical therapy in patients with MFA, is possible and appropriate, promising for the introduction at all stages, including sanatorium-resort, of regenerative treatment.

ПОШИРЕНІСТЬ СИНДРОМУ ГІПОТИРЕОЗУ СЕРЕД ЖІНОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Мандрика Л.Ю., Мандрика А.Я., Гавриленко В.І., Сидоренко Г.І., Сірош Н.П.

*Приватне акціонерне товариство «Миргородкурорт» -
філія «Санаторно-курортний комплекс «Миргород»,
відділення філії «Санаторій «Березовий гай», м. Миргород, Україна*

На сьогоднішній день відмічається стійке підвищення частоти поліендокринопатій, більшість серед яких становить поєднання цукрового діабету та тиреопатій. Пандемія цукрового діабету 2-го типу супроводжується зростанням рівня ожиріння та аутоімунної патології. Гіпофункція щитоподібної залози частіше відмічається у пацієнтів із порушеннями вуглеводного обміну, порівняно із загальною популяцією. Гіпотиреоз зумовлює зниження

глюкозо-індукованої секреції базального інсуліну β -клітинами та всмоктування глюкози у кишечнику, зниження глікогенолізу у м'язах та печінці, глюконеогенезу у печінці. У зв'язку із віковими змінами гормональної експресії, дана синтропія частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків, поширеність її зростає серед більш старшої вікової групи. Обтяжує поєднану патологію ще й той факт, що за умови гіпотиреозу прогресує атерогенна дисліпідемія, яка сумісно з хронічною гіперглікемією сприяє прогресуванню судинних ускладнень.

Мета роботи: визначити поширеність гіпотиреозу серед жінок перименопаузального віку, хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Об'єкт дослідження: 126 жінок, хворих на цукровий діабет 2-го типу, які знаходилися на лікуванні у санаторії «Березовий гай», середній вік становив $50,2 \pm 4,8$ років. На момент включення у дослідження у всіх пацієнток цукровий діабет 2-го типу перебував у стадії компенсації чи субкомпенсації, тривалість захворювання становила у середньому $6,8 \pm 2,1$ років, усі приймали пероральні цукрознижуючі препарати. Контрольну групу склали 95 жінок без порушень вуглеводного обміну, віком $49,1 \pm 4,2$ років. Окрім загальноклінічних методів дослідження, визначення печінкових трансаміназ, ліпідограми, досліджувався тиреоїдний статус (рівні тиреотропного гормону, вільного тироксину, вільного трийодтироніну, концентрація антитіл до тиреопероксидази та тиреоглобуліну у сироватці крові) та проводилося ультразвукове дослідження щитоподібної залози.

У результаті проведеного дослідження, тиреоїдна гіпофункція виявлена у 37 (29,4%) пацієнток із цукровим діабетом 2-го типу, що у 2,5 рази більше, ніж у групі контролю – у 11 жінок, що склало 11,6% ($p < 0,05$). За умови поєднання із цукровим діабетом 2-го типу субклінічна форма гіпотиреозу діагностована у 13 (10,3%) пацієнток, проти 9 (9,5%) – у контрольній групі, а маніфестна форма відмічалася у 24 (19,1%) хворих, проти 2 (2,1%) жінок відповідно. Крім цього, за умови поєднання цукрового діабету 2-го типу із гіпофункцією щитоподібної залози, відмічалася вірогідне ($p < 0,05$) підвищення рівня загального холестерину (за рахунок холестерину ліпопротеїдів низької щільності) та тригліцеридів у сироватці крові у 1,4 та 1,6 разів відповідно у порівнянні із хворими на цукровий діабет 2-го типу із нормальною функцією щитоподібної залози.

Отже, серед жінок перименопаузального віку, хворих на цукровий діабет 2-го типу, досить часто зустрічається супутня гіпофункція щитоподібної залози (29,4%). Раннім і вірогідним маркером гіпотиреозу є підвищений рівень тиреотропного гормону у сироватці крові. Доцільним є скринінгове визначення останнього даній категорії пацієнток для раннього виявлення супутньої тиреоїдної патології. Адже, вчасна корекція гормонального статусу за умови поєднання синдрому гіпотиреозу із цукровим діабетом 2-го типу, запобігає розвитку судинних ускладнень, які стають причиною зниження якості життя, ранньої інвалідизації та смертності пацієнтів із досліджуваною синтропією.

САНІТАРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Марченко А.І.

ДНУ ім. Олесь Гончара, м. Дніпро, Україна

Санітарно-курортне лікування та медична реабілітація займають одну з провідних ролей у підтриманні здорового населення України. Якщо звернутися до визначення слова санаторій, можемо бачити, що це лікувально-профілактичний заклад для лікування та оздоровлення з допомогою природних факторів (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські купання, сонцелікування тощо) у сполученні з дієтотерапією, фізіотерапією, медикаментозним лікуванням та іншими заходами. Існують санаторії загального типу і спеціалізовані – відповідно до певних груп захворювань. Таким чином, ключовою метою санітарно-курортного лікування є покращення стану здоров'я, профілактика та реабілітація

людини природними шляхами з мінімальним застосуванням ліків та методів стаціонарного лікування [1].

Згідно з міністерством соціальної політики в Україні, санаторно-курортне лікування є важливою складовою системи соціальної політики та відіграє провідну роль у побудові та збереженні здоров'я нації. Роль і значення санаторно-курортної системи в соціально-економічному розвитку України полягає як у величезних її можливостях у справі підтримання, зміцнення та відновлення здоров'я нації, так і у визнанні особливого значення України у світовому рекреаційному процесі, культурно-історичному становленні та розвитку світового суспільства.

Серед головних завдань санітарно-курортного лікування можна виділити ліквідацію або зменшення проявів патологічного процесу; відновлення або покращення порушених функцій; підвищення загальної реактивності; тренування адаптаційних механізмів; попередження інвалідизації та сприяння соціальній реабілітації [2].

Щитовидна залоза – одна з найбільших залоз ендокринної системи, яка виробляє тиреоїдні гормони, необхідні для нормального функціонування всього організму. Її правильна робота дозволяє контролювати енергетичний обмін, регулює метаболічні процеси та підтримує нервову систему у нормальному стані. Згідно з останніми статистичними даними, захворювання щитовидної залози займають друге місце після діабету за численністю хворих, так, патологія щитовидної залози була знайдена у 42-52 % дорослого населення та у 20% дітей. Варто наголосити на зростанні частоти випадків цього захворювання, серед яких на першому місці вузлові захворювання (33.8%), на другому – аутоімунний тиреоїдит (26.2%), на третьому – дифузний зоб (19.7%). Частота онкопатологій невинно збільшується (наразі 7.5%).

Одним із дієвих засобів боротьби з захворюваннями щитовидної залози є профілактичне оздоровлення у санаторіях та інших курортних закладах, якщо немає тяжкої форми захворювання. У всіх інших випадках використання цього засобу є досить ефективним. Це гарно простежується на прикладі українського курорту Трускавець, де, згідно з зібраними даними було виявлено, що оздоровлення у санаторіях дає в цілому нормалізуючий гормономодельючий ефект, розвивається загальна адаптаційна реакція, що є сприятливою для подальшого одужання [3].

Під час профілактики або лікування у санаторіях застосовується поєднання природних факторів оздоровлення з фізичною культурою (ЛФК), режимом рухової активності, лікувальним харчуванням, тощо. Таким чином, посилюється вплив одного фактору іншим, тобто відбувається свого роду кумулятивна оздоровча дія.

Санаторно-курортне лікування можуть приймати як хворі, так і здорові люди, але його ефективність не завжди вдається зафіксувати, оскільки існує часова відстрочка між прийняттям процедур та дією оздоровчого ефекту на організм. Слід зауважити, що курортологи відзначають недостатню вивченість методики виявлення індивідуальних адаптаційних можливостей санаторно-курортного оздоровлення «практично здорових людей».

Лікувальна фізкультура у санаторіях призначається виключно лікарем і проводиться тільки за його призначенням. Під час обрання засобів і методів ЛФК обов'язково враховуються особливості захворювання та стан пацієнта на даний час. Можуть застосовуватися такі види лікувальної фізкультури, як лікувальна гімнастика (індивідуально та у складі груп), ранкова гігієнічна гімнастика, вправи на профілакторі Євмінова, дозована ходьба, фізичні вправи у воді (гідрокінезотерапія) та плавання у басейні, механотерапія (вправи на механічних тренажерах у приміщенні та на свіжому повітрі), полегшені форми спортивних ігор.

У якості найбільш ефективних засобів профілактики та лікування щитовидної залози в санаторіях використовують санаторний режим I – III, що включає в себе кліматотерапію (повітряні ванни, сонячні ванни тільки у зонах розсіяної радіації), руховий режим (ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура), діету (забезпечує добову потребу у йоді

(150-200 мкг), збагачена вітамінами, мікроелементами, з підвищеним вмістом білків (не менш за 120-140 г), з обмеженням вуглеводів та жирів), мінеральні води (маломінералізована для пиття; йодована мінеральну воду (у випадках відсутності у хворого хронічного автоімунного тиреоїдиту), бальнеотерапія (кисневі ванни; ванни з використанням концентрату, що вміщує неорганічні сполуки йоду), мінеральні ванни, апаратну фізіотерапію (електрофорез розчинів фармакологічних речовин; СМТ на комірцеву ділянку), ароматерапію, фітотерапію, голкорексфлексотерапію. Термін санаторно-курортного лікування повинен складати 18-21-24 днів.

Показники якості лікування: поліпшення загального стану, підвищення якості життя, досягнення чи підтримання медикаментозного еутиреозу; нормалізація концентрацій ТТГ, тиреоїдних гормонів крові, біохімічних показників ліпідного обміну; наявність рекомендацій ендокринолога; працездатність збережена.

Санаторно-курортна діяльність – надзвичайно привабливе поле для формування і прояву різноманітних форм самоствердження і самовдосконалення особистості. Відпочинок для переважної більшості населення асоціюється з фізичним спокоєм, гарним та збалансованим харчуванням, відсутністю стресових ситуацій.

Таким чином можна зробити висновок, що санаторно-курортна діяльність є відносно самостійним видом економічної діяльності, спрямованої на надання послуг громадянам у процесі лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань шляхом використання природних лікувальних ресурсів. Використання курортних закладів у лікуванні хронічних та інших захворювань є досить ефективним сучасним методом, адже вони дозволяють поєднувати природні ресурси з науковими методами оздоровлення, мають можливості для якісної реабілітації хворих та дають стійкий позитивний результат.

Література.

1. Енциклопедія українознавства: Словникова частина: [в 11 т.] / Наукове товариство імені Шевченка ; гол. ред. проф., д-р Володимир Кубійович. - Париж ; Нью-Йорк : Молоде життя ; Львів ; Київ : Глобус, 1955—2003.

2. Санаторно-курортне лікування [електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/timeline/Sanatornokurortnoe-likuvannya.html>

3. Влияние бальнеофакторов курорта Трускавец на уровень гормонов щитовидной железы у детей [электронный ресурс]. – Режим доступа: http://truskavetskurort.ua/blog/item/vliyanie_balneofaktorov_kurorta_truskavec_na_uroven_gormonov_schitovidnoj_z/

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ЯК ІНДИВІДУАЛЬНА ОСОБЛИВІСТЬ ХВОРОГО ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Нестерак Р.В.

*ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна*

На етапі реабілітація та відновного лікування хворих на ішемічну хворобу серця важливим є мультидисплінарний підхід. Поряд із урахуванням медичних, фізичних складових необхідним є оцінка індивідуальних психологічних особливостей особистості. У кожного хворого на ішемічну хворобу серця формується внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) та внутрішня картина хвороби, які мають індивідуальні характеристики та залежать від сукупності факторів.

Метою дослідження було проаналізувати компоненти внутрішньої картини здоров'я хворого на ішемічну хворобу серця на етапі реабілітації.

Методи дослідження. Нами обстежено 146 хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли ГКС з елевацією ST із використанням клінічних даних, показники за даними шкал та опитувальників - HADS, PHQ-9, Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна, SF-36, SAQ. Обстеження проводилось при поступленні та через один місяць реабілітації.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами запропоновано оцінювати кожен компоненту ВКЗ за відповідними методиками, що сприятиме індивідуальному підходу до кожного пацієнта. За допомогою методик HADS, PHQ-9, «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Спілберга-Ханіна, та SF-36 – шкал «Соціальне функціонування», «Рольове функціонування обумовлене емоційним станом», «Психічне здоров'я» ми отримали показники емоційної компоненти внутрішньої картини здоров'я. Використовуючи методику SAQ, а саме: шкала «Обмежень фізичних навантажень», «Стабільність стенокардії», «Частота нападів», а також шкал методики SF-36: «Фізичне функціонування», «Інтенсивність болю», «Соціальне функціонування» отримали дані щодо чутливої компоненти внутрішньої картини здоров'я. Когнітивну компоненту можна діагностувати за допомогою шкал SAQ: «Задоволеність лікуванням», «Ставлення до хвороби» та шкали методики SF-36 «Загальний стан здоров'я». Аналізуючи шкалу методики SF-36 «Життєздатність» діагностували особливості ціннісно-мотиваційної компоненти внутрішньої картини здоров'я. Дослідження поведінкової компоненти відбувалось з використанням шкал методики SF-36: «Рольове функціонування обумовлене фізичним станом», «Рольове функціонування обумовлене емоційним станом» та «Соціальне функціонування».

При аналізі компонент ВКЗ виявлено наступні рівні розвитку: емоційна компонента-низький рівень у 40% досліджуваних; середній – 44%; високий – 16%; когнітивна компонента-низький рівень у 28% досліджуваних; середній – 54%; високий – 18%; чутлива компонента відповідно 32%, 52%, 16%; ціннісно-мотиваційна компонента-низький у 50% досліджуваних; середній – 44%; високий – 6%; поведінкова компонента -низький у 58% досліджуваних; середній – 32%; високий – 10%. Найменш розвиненими компонентами ВКЗ є ціннісно-мотиваційна та поведінкова компоненти.

Виявлено, що на фоні фізичних та емоційних проблем у пацієнтів відсутнє бажання продовжувати роботу, прикладати зусилля, щодо роботи по дому, так і поза його межами. Мотивація до реабілітаційних заходів та процедур є зниженою, становить – 51,9 % (із 100 можливих). Загальний стан здоров'я в середньому становить 42,6%, що є нижче середнього значення, що свідчить про низьку оцінку хворим свого стану здоров'я зараз, характеризує занижену суб'єктивну оцінку імовірності перспективи вилікування. Спостерігається наявність депресії та тривоги, психічне здоров'я хворих з ГКС з елевацією ST в середньому становить 61%.

Висновок. Внутрішня картина здоров'я хворих на ішемічну хворобу серця є важливим показником, і залежить від індивідуальних особливостей особистості. Рівні розвитку кожної з компонент є різними, низькі показники вказують про потребу втручання та корекції, а високі потребують підкріплення та довершення. З метою покращення реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця важливо вибудовувати індивідуальні стратегії оптимізації стану здоров'я із урахуванням кожної з компонент ВКЗ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ХЛОРИДНО-СУЛЬФАТНОЇ МАГНІЄВО-НАТРІЄВО-КАЛІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА № 6 У ДІТЕЙ З АЦЕТОНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Николишин О.Б., Жовтянська І.В.

*ДП СКК «Моршинкурорт», Відділення «Лікувально-діагностичний центр»,
м.Моршин, Україна*

Ацетонемічний синдром – одно з найбільш частих порушень функції підшлункової залози являється першочерговим передвісником захворювання на цукровий діабет.

Метою дослідження було вивчити ефективність прийому хлоридно-сульфатної магнієво-натрієво-калієвої мінеральної води джерела № 6 курорту Моршин з концентрацією 3,5 г/л у дітей з ацетонемічним синдромом.

Було обстежено 56 дітей з ацетонемічним синдромом віком від 4-х до 7-и років, які проходили повний курс (21 день) санаторно-курортного лікування в Моршині.

У більшості дітей, які вперше поступили на санаторно-курортне лікування були скарги на понижений апетит, нудоту, болі в епігастральній ділянці. При об'єктивному обстеженні майже у всіх дітей відмічалися болючість при пальпації у лівому підребер'ї. У 60% дітей при проведенні УЗД спостерігалось збільшення розмірів підшлункової залози. На початку лікування у 40 % дітей відмічалось підвищення рівня амілази в крові до 280 од/л при нормі до 220 од/л.

Після проведеного повного курсу санаторно-курортного лікування у дітей з ацетонемічним синдромом, які застосовували внутрішній прийом мінеральної води джерела № 6 у розведенні 3,5 г/л з розрахунку 3 мл/кг маси тіла підтвердило її високу ефективність.

Крім цього діти отримували дієтотерапію, фізіотерапевтичні процедури, мінеральні ванни, лікувальну фізкультуру. В результаті проведеного лікування у 98% пролікованих дітей спостерігалось значне покращення апетиту, відсутність клінічної картини, нормалізація результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Доведено тривалий безрецидивний період терміном до 2-х років.

Отже, внутрішній прийом мінеральної води джерела № 6 з мінералізацією 3,5 г/л Моршинського родовища в поєднанні із проходженням лікувальних процедур та дієтотерапії відіграють важливу роль в реабілітації дітей з ацетонемічним синдромом, сприяють стимуляції адаптаційного потенціалу організму та збереженню населення України.

МОДИФІКАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ОДИН З ФАКТОРІВ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТІСТЮ

**Оринчак М.А., Човганюк О.С., Гаман І.О., Кочержат О.І., Вакалюк І.І.,
Василечко М.М., Александрук Д.П., Краснопольський С.З., Гохкаленко М.С.,
Федунців Л.С.**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. У хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) одним із факторів зниження ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) є вплив на модифіковані чинники розвитку захворювання, а саме: нормалізацію артеріального тиску (АТ) та зниження рівня загального холестерину (ЗХ) крові.

Мета. Вивчити вплив комплексного лікування на десятирічний ризик розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) II - III стадії залежно від рівня інсуліну в крові.

Матеріал та методи. Під спостереженням знаходилось 96 хворих (34 чоловіки, 62 жінки) на АГ II - III стадії, середній вік ($57,04 \pm 9,84$) роки. Визначали рівень офісного артеріального тиску. Проводили пероральний глюкозо-толерантний тест (ПГТТ) із паралельним визначенням рівня глюкози (глюкозооксидантний метод), ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові (імуноферментний метод). Визначали рівень загального холестерину (ЗХ) в крові імунобіохімічним методом. За рівнем ЕІ хворі були розділені на 3 групи. В 1 групу включено 29 хворих із нормальним рівнями ЕІ, в 2 групу – 39 хворих із реактивною гіперінсулінемією (ГІ), в 3 групу – 28 хворих із спонтанною ГІ. Усі хворі приймали стандартну антигіпертензивну терапію (лерканідипін 5-10 мг/д та кандесартан 8-16 мг/д), аторвастатин по 10-20 мг/д, хворим 3 групи для корекції інсулінорезистентності призначали метформін 1000 мг на добу. Контроль – 20 здорових осіб відповідного віку.

Результати дослідження. Для всіх груп хворих було застосовано систему SCORE. У хворих 1 групи низький індекс SCORE 0-4% відмітили у 15 (51,7%); в 2 групі – у 11 (28,2%); в 3 групі – у 6 (21,4%) випадках. Високий ризик розвитку ССЗ (індекс SCORE 5-9%) серед хворих 1 групи спостерігали в 8 (29,6%), в 2 групі – у 9 (33,3%), в 3 групі – у 10 (37,0%) випадках. Дуже високий ризик розвитку ССЗ (індекс SCORE $\geq 10\%$) серед хворих 1; 2 та 3 груп спостерігали в 6 (16,2%); в 19 (51,4%) та в 12 (32,4%) випадках відповідно. Рівень глікемії достовірно не відрізнявся у всіх обстежених хворих як натще, так і після навантаження глюкозою. Проте, у хворих із високим індексом SCORE спостерігали тенденцію до підвищення рівня глюкози натще та після проведеного ПГТТ. Рівень ЕІ натще був найвищим у хворих 3 групи і досягав максимального значення у хворих з дуже високим ризиком розвитку ССЗ – ($39,90 \pm 3,73$) мкОд/мл, контроль – ($12,16 \pm 2,16$) мкОд/мл ($p < 0,05$). Рівень ЕІ після ПГТТ у хворих 1 групи коливався в межах норми ($p > 0,05$) та виявився збільшеним у хворих 2 і 3 груп, особливо у категорії хворих з високим ризиком розвитку ССЗ ($p < 0,05$). У 1 групі виявлено підвищення рівня ЗХ на 53,97%, у 2 та 3 групах – на 60,82% і 69,86% порівняно з контролем ($3,65 \pm 0,84$ ммоль/л) ($p < 0,05$). Під впливом комплексного лікування у 1 і 2 групі рівень ЕІ в крові натще залишався в межах норми, в 3 групі – зменшився на 39,5% ($p > 0,05$). Рівень ЕІ після навантаження у хворих 2 групи знизився на 34,5%, у 3 групі – на 41,9% ($p < 0,05$). Серед хворих усіх груп відмічено тенденцію до зниження показника SCORE. Серед хворих 1 групи збільшилося число хворих з низьким ризиком ССЗ з 15 до 22 (75,9%), високий рівень SCORE $> 5\%$ відмітили у 7 (24,1%) випадках. В жодному випадку не було виявлено надвисокий індекс SCORE $\geq 10\%$. Серед хворих 2 групи з низьким ризиком розвитку ССЗ стало 17 (43,6%) хворих. Під впливом комплексної терапії дуже високий ризик розвитку фатальних ССЗ залишився у 3 (7,7%) хворих. Із категорії високо ризику SCORE $> 5\%$ в категорію з високим ризиком перейшло 3 хворих. Серед хворих 3 групи в категорію низького ризику розвитку ССЗ перейшло 3 (10,7%) хворих. Після застосування комплексного лікування із включенням метформіну дуже високий ризик розвитку фатальних ССЗ залишився у 5 (17,8%) хворих.

Висновки. Пацієнти з реактивною та спонтанною ГІ є групою більш високого ризику розвитку ССЗ порівняно з хворих з нормальним рівнем інсуліну. Включення аторвастатину та метформіну до комплексного антигіпертензивного лікування сприяє зниженню ступеня ризику розвитку ССЗ.

СИСТЕМИ «ДЖЕРЕЛО-ЛЮКС» ОПТИМАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ ВІД ДЖЕРЕЛ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ДО ПАЦІЄНТІВ: ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ПАТОЛОГІЙ, SPA НА КУРОРТАХ, В ЦЕНТРАХ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, SPA&WELLNESS СПЕКТРАМИ МОРШИНСЬКИХ ТА ІНШИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ВОД І НАПОЇВ В МУЛЬТИФУНКЦІЙНИХ БЮВЕТАХ - ФІТОБАРАХ, МЕДИЧНИЙ І ФІНАНСОВИЙ КОНТРОЛЬ

Палієнко Г.Г., Безруков В.А., Гавловський О.Д., Дремлюга Н.Г., Кошеля І.І., Михавків О.В., Слободян Є.Р., Тимко В.Й., Черкес С.О.

ТОВ Винахідницька науково-виробнича компанія «СПА-системи» Джерело-Люкс, ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»: ДПСКК «Моршинкурорт», ПрАТ «Миргородкурорт», ДП Клінічний санаторій «Карпати», ДО «Санаторій «Моршинський» ДУС Президента України,

ПП НВП «Джерело-Люкс», СГК «Дніпро-Бескид» Трускавець, МРЦ МВС «Шаян»

Винахідницька науково-виробнича компанія «СПА системи» брендової марки Джерело-Люкс і НВП «Джерело-Люкс» є лідером в Україні з 1978 по 2018 р., створили на рівні винаходів біля 100 електронних бюветів-фітобарів «Джерело-Люкс» на курортах, в санаторіях, центрах медичної реабілітації, SPA&Wellness: резиденцій Президентів, ВР України, ДУС: Моршинський, Конча-Заспа, в Моршині - центральний бювет, Одеса, в Трускавці: центральні бювети, Дніпро-Бескид, Ріксос-Прикарпаття, Східниці, Сатанові, Миргороді, Карпатах і Закарпатті- по всій Україні, в Азербайджані, Білорусії, Молдові

Наша продукція: системи оптимального управління від джерел мінеральних вод до пацієнтів, ефективного СПА - оздоровлення - спектрами Моршинських та інших лікувальних вод і напоїв в мультифункційних бюветах-фітобарах спектрами мінеральних вод і напоїв для лікування різноманітних патологій, автоматизації – на основі чіп-карт бювету – планування та обліку лікувальних процедур, сервісних послуг оздоровчих комплексів – для медичного і фінансового контролю в режимі on-line.

Гарантія збереження якісного природного складу і цілющих властивостей всіх лікувальних вод і напоїв, - як біля, так і вдалині від джерел - на основі винаходів.

1. Введення по нашій ідеології в СГК «Дніпро-Бескид» Трускавця, інших курортах безконтактних чіп-карт, збереження якісного природного складу і лікувальних властивостей всіх мінеральних вод вивели в лідери: 14-и модульний електронний автоматичний центральний бювет «Джерело-Люкс» Моршина, як раніше 4-х модульний двохконтурний бювет санаторію «Моршинський» спектра Моршинських мінеральних вод джерел № 6 і № 1 будь-яких мінералізацій від 3,0 г/л до 21 г/л, температур: від природної до 43°C і порцій: від 75мл до 250мл - згідно призначень лікарів.

2. Лікарям дана можливість плавно регулювати параметри індивідуального курсу лікування. Параметри програмують на комп'ютері Ресепшен.

3. Система оптимального управління від свердловин родовищ до пацієнтів: безаераційного відбору, транспортування та приготування - в центральному бюветі Моршина 14-ма модулями «Джерело-Люкс» замінено 64 автомати, в санаторії «Моршинський» 4-ма двохконтурними модулями замінено 32 автомати, які готували б мінеральну воду тільки однієї температури і мінералізації.

4. Не допущено окислення, перегрівання їх вище 43°C, застою в нагрітому стані, виключено руйнування термо- і оксилабільних компонентів лікувальних вод.

5. Можна всі модулі зробити двохконтурними і значно розширити спектр лікувальних вод і напоїв: комплексно оздоровлювати людей і значно підвищити завантаженість курортів. Як відомо, SPA – це оздоровлення через воду:

- зміцнення серцево-судинної, імунної, ендокринної та нервової системи;
- виведення радіонуклідів, шлаків і токсинів;
- покращення обміну речовин, лікування органів обміну та очищення організму;
- лікування простати, нирок, підшлункової залози, урологічних порушень;
- підсилення жовчогінного та сечогінного ефекту; лікування органів травлення, ШКТ;
- ліквідація йододефіциту, покращення розумового розвитку дітей, підлітків, дорослих, що особливо важливо для вагітних жінок;
- зниження надлишкової ваги; лікування органів дихання;
- очищення, оздоровлення та відновлення організму, підвищення його працездатності, активності, довголіття.

Спектр лікувальних вод і напоїв, які можуть доповнювати Моршинські чи інші лікувальні води для комплексного лікування, по вибору і рекомендаціях МОЗ України:

1-2. Йодовані води 100 мкг і 200 мкг з концентрату 40 мг/л йодису - для ліквідації йододефіциту, покращення розумового розвитку дітей, підлітків, дорослих, особливо вагітних жінок;

3-6. Кремнієві та інші мінеральні води, спектр з розведеного до питних концентрацій 4, 5, 6 г/л багатого магнієм полтавського природного бішофіту $MgCl_2 \cdot 6H_2O$ 420 г/л Затуринського родовища – з бальнеологічним висновком для питного лікування, з доочисткою.

7-14. 6-ти Карпатських фітонапоїв, напоїв з розведених екстрактів: він-віти 1:6 - 1:8 - для зміцнення серцево-судинної системи, ехінацеї 1:100 з квітковим медом 1:10 - для зміцнення імунної системи, прополісу 1:70, квіткового меду 1:10, сухих лікувальних вин 1:2, інших лікувальних вод, природних біологічно активних речовин.

6. Забезпечено світовий рівень за рахунок винаходів і “ноу-хау”, збереження якісного природного складу і лікувальних властивостей всіх лікувальних вод і напоїв: - при правильному тонкошаровому нагріві до 4-х заданих лікарських температур, без окислення і без перегріву вище допустимої температури 40÷ 43°C і без збереження, застою після нагріву, - без руйнування цінних природних оксидів і термолабільних компонентів, природної мікрофлори. Забезпечено технічний ресурс системи «Джерело–Люкс» при грамотній експлуатації та технічному обслуговуванні, ремонтно – профілактичних роботах грамотним спеціалістом, навченим Виконавцем, надійну роботу в жорстких умовах експлуатації, високий рівень дизайну, технічної та художньої естетики.

7. На Рецепшензручно програмувати безконтактні чіп – карти на базі ПК з карт-рідером і програмним забезпеченням.

Безконтактна чіп – карта *mi*fare багаторазового використання надійна і довговічна. 1 КБт пам'яті карти і її структура забезпечують платний відпуск не тільки спектрів цінних лікувальних вод і напоїв, а й медичний і фінансовий контроль в режимі *on-line*: автоматизацію обліку лікувальних процедур, сервісних послуг оздоровчих комплексів.

Програмне забезпечення: передає контролерам модулів видачі води поточну дату; блокує прострочені чіп-карти; програмує об'єм одної чи двох видів лікувальних вод і напоїв на курс лікування; невикористані порції за поточний день повинні списуватись з карти при першій активації наступного дня. **Картка містить дані:**

ідентифікаційний номер; пароль, який систематично змінюється для захисту від чужих карток. Всі інші параметри можуть програмуватись на картку або на центральний сервер:

- один чи два види лікувальної води і напою, призначених на курс лікування;
- температури і концентрації води і напою, що відпускаються;
- дату активації і закінчення лікування;
- разові порції води та напою чи двох вод, напоїв - з корекцією на час перебування;

загальна кількість лікувальних вод на курс лікування.

8. Дані системи фінансового та медичного контролю санаторіїв через сервер:

Кожен клієнт отримує картку MIFARE (1к, 4к, light).

Картка є активною протягом часу перебування клієнта в санаторії.

До ідентифікатору картки здійснюється «прив'язка» послуг, які замовив клієнт, всі замовлені послуги записуються в базу даних.

У місцях надання послуг (кабінетах, процедурних і т.д.) встановлюються комп'ютери або термінали з сенсорними екранами, оснащені карт-рідерами стандарту MIFARE. Факт надання послуги записується в базу даних шляхом зчитування ідентифікатора картки клієнта. (Досить просто піднести картку до рідера).

Всі послуги надаються згідно з графіком, персоніфіковані як з боку клієнта, так і з боку персоналу (відомо, хто отримав послугу і хто її надавав, фіксується дата і час надання послуги).

Забезпечується можливість ведення статистики послуг та моніторингу завантаження персоналу, формування статистичної звітності по наданих послугах.

Можливо нормування ресурсів і витратних матеріалів, необхідних для надання послуг.

Електронні бювети-фітобари «Джерело-Люкс» під'єднуються до єдиної інформаційної мережі «автоматично».

9. Склад електронного двохконтурного бювету «Джерело – Люкс»:

- система правильного безаераційного відбору від свердловин Моршинської ропи, спектрів інших мінеральних вод, можливо, розчинів природного бішофіту, екстрактів йодісу, віт-віти, ехінацеї з квітковим медом, лікувальних вин 1:2, фітонапоїв;

- електронна стабілізація тиску вод і напоїв, їх концентрацій, температур, порцій;

- система правильного тонкошарового нагріву під час дозованої видачі лікувальних вод, фітонапоїв, екстрактів ;

- система автоматичного розведення Моршинської ропи, при потребі природного бішофіту, лікувальних екстрактів до заданих рівнів концентрації, визначених лікарем;

- система індикації контролю параметрів лікувальних вод та напоїв, світлової та звукової сигналізації про закінчення лікувальних вод і напоїв в кожному контейнері;

- дистанційне регулювання та управління модулями, в т.ч. через Інтернет;

- ПК-програма торч-карт-на Ресепшен, карт-рідери з дисплеями і безконтактні чіп-карти багаторазового використання; або кодові сенсори, сенсорні екрани моніторів;

- індикатори, табло, фрізи, піктограми користування модулями та оздоровчий ефект і правила прийому кожної лікувальної води та напою;

стереосистема звукового психологічного розвантаження під час лікування “Звуки природи”, інформації про цінні лікувальні води і напої курорту.

ЗМП, експлуатаційна документація: паспорт, інструкція з експлуатації, дезінфекції, технічного обслуговування і ремонту, регламентно-профілактичних робіт.

Сайти : dzherelo-lux.prom.ua, dzherelo-lux.com.ua, dzherelo-lux@i.ua , тел. 067 707 46 29 , 050 857 25 38, 067 44 22 124, 050 535 18 51.

**ПЕРЕВАГИ ЕЛЕКТРОННИХ АВТОМАТИЧНИХ БЮВЕТІВ І ФІТОБАРІВ
«ДЖЕРЕЛО-ЛЮКС» ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ
ПАТОЛОГІЙ, SPA-СПЕКТРОМ ЛІКУВАЛЬНИХ ВОД, ТИПУ «НАФТУСЬ»,
МОРШИНСЬКИХ, МИРГОРОДСЬКИХ І НАПОЇВ - ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ЇХ
ЯКІСНОГО ПРИРОДНОГО СКЛАДУ, КОРОЗІЄ-, ГАЗО-, ТРАВЕРТИНОСТІЙКІ
СИСТЕМИ ДЛЯ ВОД ЗАКАРПАТТЯ**

**Палієнко Г.Г., Безруков В.А., Гавловський О.Д., Дремлюга Н.Г., Кошеля І.І.,
Михавків О.В., Слободян Є.Р., Тимко В.Й., Черкес С.О.**

*ТОВ Винахідницька науково-виробнича компанія «СПА- системи» Джерело-Люкс
ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»: ДП СКК Моршинкурорт», ПрАТ «Миргородкурорт»,
ДП Клінічний санаторій «Карпати», ДО «Санаторій «Моршинський» ДУС Президента
України ПП НВП «Джерело-Люкс», СГК «Дніпро-Бескид» Трускавець, МРЦ МВС «Шаян»*

Більше 90% людей потребують комплексного питного лікування на курортах, в санаторіях, центрах медичної реабілітації, SPA&Wellness – системами «Джерело-Люкс», які відповідають євростандартам і одержали високу оцінку на Світових конгресах і виставках курортологіїв Україні, Франції, Італії, Іспанії та ін.

Знамениті лікувальні води України, спектри фітонапоїв, екстрактів, рекомендованих МОЗ України, лікують різноманітні патології, ефективно оздоровлюють людей мультифункційними автоматичними бюветами і фітобарами «Джерело-Люкс».

Випробувані та надійні системи «Джерело-Люкс» зберігають якісний природний склад і лікувальні властивості мінеральних вод і фітонапоїв. як біля так і вдалині від джерел – за рахунок винаходів, технологій на їх основі.

Министерствоздравоохранения УССР,
ОДЕССКИЙ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КУРОРТОЛОГИИ
ИНСТИТУТ ФИЗИОЛОГИИ им.акад. А.А. БОГОМОЛЬЦА АН УССР
НАУЧНО - ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «КВАНТ»
ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**ИЗМЕНЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ СВОЙСТВ
МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ТИПА «НАФТУСЯ» И УСЛОВИЯ ДЛЯ ИХ СТАБИЛИЗАЦИИ**

КИЕВ-1984

Вып 15

по проблеме «Научные основы применения физических факторов
внешней среды с лечебной и профилактической целью»

УДК 615,327.14.4,15.

УТВЕРЖДЕНО Ученым советом Одесского НИИ курортологии. Протокол №15 8 мая 1984г.

На основании проведенных исследований выработаны **основные критерии стабилизации состава и свойств воды «Нафтуся»:** 1. Слабоминерализованные воды, содержащие органические вещества, не обходимо нагревать теплоносителем не более 40-43 °С. 2. Скорость прогрева воды должна быть в пределах 2 минут не более.

3. Вода в подогретом состоянии должна храниться не более 10 минут.

Примітивне обладнання інших бюветів і розлив у пляшки руйнує окси -, термолабільні, органічні та інші легколеткі компоненти і природну мікрофлору лікувальних вод, яка є невід’ємним чинником лікувальних властивостей. МОЗ України **заборонило** бювети з негерметичними баками з окисленням і нагрівачами з перегрівом в зоні контакту з грючою поверхнею вище 40° С, застоєм після нагріву і руйнуванням лікувальних вод.

Існуюча дідівська практика заварювання «фіточайв» до 100°С і їх окислення і руйнує органічні термо -, оксилабільні компоненти лікувальних трав.

Можлива оптимальна екстракція максимуму біологічно активних речовин з лікувальних трав при 40-50°С в кавітаційному, ультразвуковому режимі - з захистом фітонапоїв від перегріву та окислення.

Переваги електронних автоматичних бюветів-фітобарів «Джерело-Люкс»:

Безаераційний відбір і транспортування лікувальних вод в природних анаеробних умовах – по магістралі або в герметичних контейнерах, з захистом від окислення подушкою CO₂, що стабілізує природний склад, при мінімальному тиску 0.01 мПа - без насичення CO₂.

Миттєвий тонкошаровий нагрів лікувальних вод – розсіканням порцій води на тонкі шари 2мм – без перегріву в зоні контакту з гріючою поверхнею вище 43°С - без застою після нагріву і без руйнування цінних термо - та оксилабільних речовин і природної мікрофлори.

Витиснення нагрітих лікувальних вод з тонкошарових нагрівачів і патрубків, збереження їх якісного природного складу, мікрофлори і лікувальних властивостей.

Автоматичне розведення сильно мінералізованих вод, Моршинської ропи, бішофіту, екстрактів він-віти, ехінацеї, йодісу, прополісу, женьшеню, лікувальних вин, квіткового меду, фітонапоїв, збагачення очищених питних вод біологічноактивними речовинами.

Програмування індивідуального курсу лікування на ПК, чіп-карті, сервері, кодovими сенсорами, сенсорними екранами, - з корекцією на курс лікування:

- ідентифікаційний номер; пароль, який систематично змінюється для захисту від чужих карток; інші параметри можуть програмуватись через ПК на картку або на центральний сервер, зв'язаний зі всіма модулями; дату активації та закінчення курсу лікування;

- 1-2 види мінеральної води чи фітонапою; їх кількість на курс лікування: від 1 до 20 л; порції на один прийом: від 75 мл до 250 мл; температури: від природної до 43°С;

- Рівні мінералізації: від 1 г/л до 21 г/л або концентрації: від 0,01 г/л до 150 г/л; передача контролерам модулів поточної дати; блокування прострочених чіп-карт; невикористані порції за день повинні списуватись при першій активації наступного дня.

При піднесенні чіп-карти або торканні кодових сенсорів модулі миттєво готують напої.

2 двохмодульні бювети-фітобари «Джерело-Люкс» замінюють **64** звичайних автомати! Надійна робота в жорстких умовах експлуатації. **Гарантії** на випробувану систему.

Дистанційне управління, регулювання і контроль параметрів, в т.ч. через Інтернет. Злив малоактивної води, дезінфекція системи, відділення газу CO₂ і травертину.

Світлова і звукова сигналізація про закінчення лікувальних вод і напоїв в контейнерах.

Захист від корозії, газових викидів, розчинення травертину Закарпатських вод.

Корозіє-, газо-, травертиностійкі системи «Джерело-Люкс» для вод Закарпаття.

Автоматизація планування та обліку лікувальних процедур, сервісних та інших послуг оздоровчих комплексів в режимі on-line.

Монтаж електронних бюветів-фітобарів у **будь-якому приміщенні**, в нових комплексах та замість застарілого обладнання, щоруйнує склад лікувальних вод.

Потрібен підвід питної очищеної води, кабеля 3Ф 220 В, земляної шини і каналізації.

Мармурові стійки від 3,0 м до 12,0 м x 1,2 м x 2,25 м, металопластикові стійки 6,0 м, 4,5 м, 3,0 м або 1,5 м x 0,55 м x 2,05 м чи 1,2 м x 0,5 м x 2,25 м органічно вписуються в існуючі приміщення.

Сайти: dzherelo-lux.prom.ua, dzherelo-lux.com.ua,

dzherelo-lux@i.ua, тел. 067 707 46 29, 050 857 25 38, 067 44 22 124, 050 535 18 51.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДОПЛЕРІВСЬКОЇ ДІАГНОСТИКИ

Половинко І.С., Янко І.В., Половинко Н.Ф., Расевич Л.М.
*ДП «СКК» Моршинкурорт», відділення «Лікувально-діагностичний центр»,
м. Моршин, Україна*

Метою дослідження було оцінити ефективність сульфатно-натрієво-калієво-магнієвої мінеральної води джерела №6 курорту Моршин у розведенні 3,5 г/л; 7,0г/л, а також огляд пацієнтів з захворюваннями гепатобіліарної системи зокрема: на ультразвуковій діагностиці, яка являється однією з невід'ємних складових при перебуванні пацієнтів на санаторно-курортному лікуванні та правильному призначенні дози і часу вживання (per.os) моршинської мінеральної лікувальної води.

Проліковано 512 пацієнтів, з них найперше; що було призначено: ультразвукову діагностику пройшли – 480 пацієнтів. (280- жінок, 200 –мужчин), віком від 18 до 67 років з діагнозами:

1. Хронічний безкам'яний холецистит – 96 чол.
2. Хронічний калькульозний холецистит – 22 чол.
3. Дискінезії жовчевивідних шляхів та жовчевого міхура – 122 чол.
4. Постхолецистектомічний синдром – 80 чол.
5. Хронічний гепатит синдром – 80 чол.
6. Хронічний гепатит різної етіології – 46 чол.
7. Цироз печінки -10 чол.
8. Жировий гепатоз – 43 чол.
9. Функціональна гіпербілірубінемія – 50 чол.
10. Хронічний панкреатит -11 чол.

У 85% пацієнтів, які вперше поступили на санаторно-курортне лікування спостерігалось: тупі болі в правому підребер'ї, періодична тошнота, диспепсичні явища, у 70% пацієнтів при ультразвуковому дослідженні бачимо: підвищення ехогенності печінки, а також часткове ураження підшлункової залози, збільшення розмірів печінки,(+2,+3см з під краю реберної дуги), з порушенням печінкового кровообігу, ехоструктура, підшлункової залози, печінки неоднорідна. У половини пацієнтів (240) спостерігалось потовщення стінки жовчевого міхура, (від 3,0 мм до 5,0 мм.) ознаки застійних явищ жовчевого міхура, збільшення розмірів жовчевого міхура. У пацієнтів, які оглядалися повторно, через рік на ультразвуковій діагностиці, де попередньо було потовщення стінки від 3,0 мм до 5,0 мм, які не отримували активного санаторно-курортного лікування, тобто вживання мінеральної лікувальної моршинської води джерела № 6 у розведенні 3,5 г/л, та 7 г/л, в комплексі з бальнеопроцедурами, дуоденальним зондуванням, та медикаментозним лікуванням, які недотримувалися рекомендованої дієти на цей раз ми вже бачимо сформований конкремент в розмірі від 0,3мл до 0,9 мл (оглянуто 310). Після санаторно-курортного лікування, яке тривало 21 день повторно всі пацієнти оглядалися на УЗД у 75% пацієнтів- спостерігалась збережена ехогенність як печінки, так і підшлункової залози, у 85% зменшення розмірів жовчевого міхура. З 512 пацієнтів (контрольна група) 398 – пройшли дуоденальне зондування, тобто одноразове промивання жовчевого міхура. В комплексі було і лабораторне обстеження довенної крові: спостерігаємо зміну біохімічних показників крові (гіпербілірубінемія на початку лікування 20,69 мк/моль/л, в кінці лікування (21 день) 12,7 мк/моль/л, підвищення активності АЛТ на початку лікування 1,7 мк/моль/л, в кінці 0,5 мк/моль/л, АСТ на початку 1,9 мк/моль/л в кінці 0,9 мк/моль/л, гіперхолестеремія на початку лікування 5,5 мк/моль/л, в кінці 4,0 мк/моль/л, спостерігалось у 47% пацієнтів.

Підвищення рівня тімолової проби спостерігалось на початку лікування (21 день) 6 одиниць, а в кінці лікування 3-4 одиниці – це у 43% пацієнтів. Зменшення загального білка крові спостерігалось у 38% пацієнтів. Зміни фізико-хімічних показників жовчі спостерігалось у 75% пацієнтів (огляд жовчі після проведення санаторно-курортного лікування нормалізувалися фізіологічні показники органів гепатобіліарної системи, про що свідчить повторне обстеження на УЗД: 65% зменшення розмірів печінки, 85% зменшення розмірів жовчевого міхура 95%.

P.S. З набраної групи відпочивальників (512), бачимо наступне: у призначенні мінеральної лікувальної моршинської води особливе місце має щорічне обстеження на ультразвуковій діагностиці – органів гепатобіліарної системи. УЗД - являється однією з невід'ємних складових комплексного обстеження, а відтак призначення санаторно-курортного лікування. P.S. From the selected group of the holiday-makers (512), we can see the following: the annual examination of the organs of the hepatic biliary system is of particular importance in the prescription of the mineral medicinal waters of Morshyn. UD is one of the integral components of the complex examination and thus, the prescription of the spa treatment.

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ, ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ

Половинко Н.Ф., Расевич Л.М., Половинко І.С., Піцик І.С.

Відділення «Лікувально-діагностичний центр» ДП СКК «Моршинкурорт»

ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», м. Моршин, Україна

Метою даного завдання було виявлення впливу мінеральних моршинських вод на біохімічні показники крові у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунку, печінки, підшлункової залози, тонкого та товстого кишківника.

Проведено обстеження 467 пацієнтам з хронічними захворюваннями печінки (Гепатит В, С,-167хворих), захворюваннями підшлункової залози-100 хворих, тонкого та товстого кишківника-200 хворих.. Хворі отримували повний курс санаторно-курортного лікування, який включав внутрішній прийом мінеральної води сульфатно-натрієво-калієво-магнієвої джерела №6 в розведенні 3,5 г/л та 7 г/л; дієтотерапію, дозовану фізичну навантаження, мінеральних ванн, фізіотерапії, озокерито- та грязелікування.

В кінці повного курсу -21 день санаторно-курортного лікування виявлено виражений терапевтичний ефект сульфатно-натрієво-калієво-магнієвої джерела №6. У всіх обстежених відмічено поліпшення клінічної картини: покращення апетиту, зникнення печії, зняття відчуття важкості в правому підребр'ї, зникнення іктеричності склер, вздуття живота, нормалізація стільця. Окрім того підтверджено імунонормалізуючої дії сульфатно-натрієво-калієво-магнієвої джерела №6 моршинських мінеральних вод. Біохімічні дослідження виявили позитивну динаміку показників ліпідного обміну. Рівень загального холестерину зменшився з $6,81 \pm 0,27$, до $5,55 \pm 0,25$ ммоль/л (по наборах США). При цьому зменшився рівень β -ліпопротеїдів з $8,30$ мг% до $6,20$ мг%, тригліцеридів з $2,55$ до $1,95$ ммоль/л.

Коефіцієнт літогенності жовчі знизився з $4,24 \pm 0,3$ до $3,78 \pm 0,39$ ОД.

Отримані результати біохімічних показників підтвердились високий терапевтичний вплив мінеральної води джерела №6 сульфатно-натрієво-калієво-магнієвої у пацієнтів з захворюваннями травної системи.

The usage of mineral water of Spring 1 and Spring 6 in the dissolution 3.5 gm per litre and 7gm per litre gives the most effective result in the normalization of indices of the lipid metabolism and the reduction of the coefficient of the lithiasis of bile.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ УДАРНО – ХВИЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОПРНО – РУХОВОГО АПАРАТУ

Радомський В.В., Величко Н.М., Селюк К.М., Василенко Л.О.

*Приватне акціонерне товариство «Миргородкурорт» -
філія «Санаторно-курортний комплекс «Миргород» -
відділення філії «Курортна поліклініка», м. Миргород, Україна*

Однією з високоефективних і сучасних методик лікування різних недуг є ударно-хвильова терапія (УХТ). У медичній практиці ударно-хвильова терапія (УХТ) отримала широку популярність у багатьох сферах і областях: від травматології та хірургії, до кардіології та лікування діабетичної стопи.

Особливість ударно-хвильової терапії - це висока ефективність лікування, яка, у багатьох випадках, дозволяє уникнути медикаментозного лікування.

У більшості випадків перші видимі й відчутні результати застосування методики ударно-хвильової терапії з'являються вже після перших кількох сеансів і стають більш вираженими до кінця курсу лікування.

З 2015р. по 2017р. метод ударно - хвильової терапії в поліклініці курорту «Миргород» був застосований у лікуванні 1126 пацієнтів. За нозологічними формами захворювань пацієнти розподілялися наступним чином: п'яточка шпора була у 125 хворих, епікондиліт (тенісний лікоть) - у 70, плечолопатковий періартрит - у 252, остеохондроз поперекового відділу - у 68, ахіллоденія - у 111, остеоартроз колінного суглобу - у 312, переломи кісток кінцівок - у 9, остеоартроз кульшового суглобу – у 181. При первинному огляді хворих виявлялися порушення функції суглобів, виражена локальна болючість. Курс апаратного лікування становив 3-6- сеансів тривалістю від 3 до 10 хвилин 1-2- раз на тиждень, залежно від клінічної картини і стадії захворювання. Відразу після процедури заборонялися будь-які форсовані фізичні навантаження, що можуть спровокувати нове пошкодження. Значне зменшення болю або повне їх зникнення було досягнуто у 957 хворих, у 90 хворих після одного сеансу. У 65 хворих навіть після 3-4 сеансів вираженого клінічного ефекту не відзначалося, але через 2-3 місяці після лікування відмічали покращення.

Лікування призначалося після рентгенологічного або ультразвукового обстеження. Локацію виконували методом зворотного біозв'язку за допомогою індикатора інтенсивності болю . При використанні ударних хвиль низького енергетичного рівня анестезія не застосовувалася, високоенергетичного рівня - виконувалося місцеве знеболення області впливу.

Клінічний ефект від ударно - хвильової терапії (УХТ) виникає від генерування в тканинах механо - акустичної хвилі, принцип дії якої полягає в тому що: радіальна ударна хвиля генерується пневматичним методом.

Пневматично генеровані ударні хвилі поширюються та передаються за допомогою маніпулятора і аплікатора на ділянку тіла пацієнта, що має патологічні зміни.

Завдяки методу радіальної ударно – хвильової терапії активізується метаболізм в місці застосування та резорбція відкладень кальцію в сухожиллях. Цей метод стимулює доцентрові нервові волокна, які активують знеболюючі механізми в спинному мозку, стимулюють вихід ендорфінів, що також знижує місцеву сприйнятливості до болю.

Ефективність ударно-хвильової терапії (УХТ) по зменшенню запальних процесів та зникненню больового синдрому склала 92%, тоді як при традиційних неоперативних методах лікування (фізіокінезіотерапія) - 55-60%. Таким чином, ударно-хвильова терапія – це ефективний метод в реабілітації захворювань опорно-рухового апарату та при спортивних травмах.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Резник О.П.

*Відділення»Лікувально-діагностичний центр»
ДП «СКК» Моршинкурорт», м. Моршин, Україна*

Важкість і поширеність серцево-судинної патології заставляють шукати шляхи до підвищення ефективності лікування хворих і робити все можливе для скорішого повернення їх до активного життя і праці. Це привело до створення нового напрямлення в кардіології – реабілітації, яка виходить далеко за рамки чисто медичних проблем. Під реабілітацією ми розуміємо лікування, при якому, поряд з використанням звичайних терапевтичних і хірургічних методів, проводяться спеціальні міроприємства, які є направлені на покращення стану і відновлення працездатності хворого.

Любе консервативне або хірургічне лікування хворих серцево-судинними захворюваннями сьогодні не можна рахувати повноцінним без включення елементів реабілітації на завершуючі етапах. Лікування кожного хворого повинно закінчуватись поверненням до праці в межах фізіологічних можливостей. Реабілітація повинна допомогти хворому досягнути максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної і економічної повноцінності, на яку він буде спроможний в рамках існуючої хвороби.

Після ліквідації гострих явищ, стабілізації і покращення стану хворий всесторонньо обстежується для виявлення характеру і степені функціональних порушень, викликаних основним захворюванням. Для виявлення резервних можливостей серцево-судинної системи необхідно поставити хворого в умови підвищених вимог до серцевої діяльності, тобто провести навантажувальні тести, брати до уваги переносимість і особливості реакції на фізичне навантаження.

Для підвищення ефективності реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарду, при наявності погіршення у них кровонаповнення судин головного мозку в зв'язку з їх підвищеним тонусом (по даних реоенцефалографії) показане комбіноване лікування електросном і інтраназальним електрофорезом літію хлорид.

У хворих, які перенесли інфаркт міокарда I, II, III класів важкості для підвищення резистентності до фізичного навантаження і купування больового синдрому приміняють електросон і ультразвук.

Вибір виду бальнеотерапії проводиться з врахуванням віку хворого, стану регіональної і периферичної гемодинаміки, характеру метаболічних порушень і супутніх захворювань. В основному використовуються ванни природніх мінеральних вод або штучно приготовані. Найбільш часто використовуються вуглекислі, йодобромні, кисневі, валеріанові, хвойні ванни, гідро лазерний душ. Призначають ванни з температурою води 35- 37 С, тривалість 10- 15 хвилин, через день. На курс лікування 8- 10 ванн. Бальнеотерапія проводиться через 1,5- 2 години після їди. Після прийому лікувальної ванни рекомендується відпочинок на протязі 1- 1,5 годин. Ванни необхідно використовувати з прийомом полівітамінів для профілактики розвитку гіповітамінозу: при синдромі вегето-судинної дистонії, стенокардії емоційної напруги показані седативні йодобромні і кисневі ванни.

Хворим, які перенесли інфаркт міокарду I класу важкості без складних порушень ритму серця, в тому числі з гіпертонічною хворобою I стадії, без кризів і вираженої метеозалежності показане плавання в закритому басейні при температурі води 24- 25 С. плавання необхідно призначати з 5 дня санаторно-курортного лікування.

Хворим із захворюваннями серцево-судинної системи в комплекс дієтотерапії потрібно включити питтєві мінеральні води. Перевагу слід надавати водам які містять значну кількість іонів кальцію, магнію, калію і інших життєво необхідних мінералів. Мінеральна вода курорту Моршин містить в значній кількості ці мікроелементи. Добова доза мінеральних вод не повинна перевищувати 600- 900 мл води. При дієтичному лікуванні використовуємо стіл № 10 з обмеженням кількості солі і рідини.

На основі результатів такого обстеження вирішується питання про глибину, важкість і зворотність залишкових функціональних порушень, встановлюються завдання і межі реабілітації, а також виробляється її індивідуальна програма, розрахована на тривалий період. Програма повинна передбачати конкретні рекомендації тренуючого режиму з врахуванням швидкості, степені і межі наростання фізичних навантажень, а також інших реабілітаційних міроприємств.

Особливо важливе значення в реабілітації кардіохірургічних хворих має санаторно курортне лікування. Основними етапами санаторного лікування є лікування недостатності кровообігу, коронарної недостатності і аритмій, інактивація ревматичного процесу у оперованих з приводу набутих вад серця, призначення відповідної антикоагулянтної терапії у хворих з протезами клапанів і після аорто коронарного шунтування. В санаторії є найбільш благо приємні умови для ефективного використання сучасних методів фізичної і психічної реабілітації.

Проблеми, виникаючі при реабілітації різного контингенту кардіохірургічних хворих не однакові. Так, у дітей, оперованих з приводу вроджених вад серця, необхідності в спеціальних міроприємствах по реабілітації в більшості випадків немає. Вони самі себе реабілітують, завдяки високій фізичній активності. Зовсім інше положення у дорослих, оперованих з приводу набутих вад серця або коронарній недостатності. У них операції передують тривала гіподинамія, обмеження працездатності, астенизація особи з втратою цікавості до активного життя і праці. Тут особливе значення набуває комплекс міроприємств по фізичній, психічній і трудовій реабілітації.

За період перебування в санаторії стан хворого і результати обстежень є лабільні. Спостерігаються періоди загострення і покращення. Хворі важко переносять зміну кліматичних умов і навантаження мінеральними водами, бальнеолікуванням, фізпроцедурами і активним фізичним навантаженням. Весь період лікування в санаторії хворий перебуває круглодобово під наглядом медперсоналу.

Самопочуття і фізичний стан хворого значно покращується після реабілітації.

РОЛЬ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Роздільська О.М., Журавльов В.О., Грязєва О.Є.

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
ДП Клінічний санаторій «Роща»,
м. Харків, Україна*

Актуальність проблеми вдосконалення програм лікування та реабілітації онкологічних хворих не викликає сумніву.

Медична реабілітація онкологічного хворого переслідує дві основні мети: вибір оптимального комплексу протипухлинної терапії (ПТ) і проведення лікувально-відновного лікування для якнайшвидшого відновлення життєдіяльності пацієнта, яке класифікується як якість життя онкологічного хворого. Фізичні фактори (ФФ) відіграють провідну роль в системі медичної реабілітації онкологічних хворих на етапах лікування і реабілітації в практиці клінічної онкології.

Можливості радикального лікування з використанням ФФ представлені методами кріотерапії, діатермокоагуляції, використанням «лазерного» ножа. Патогенетичну дію роблять методи підвищення чутливості пухлини до ПТ: ультрависокочастотна, надвисокочастотна, ультразвукова гіпертермія, фотодинамічна терапія; методи підвищення концентрації хіміопрепаратів у пухлині: постійний струм, ультразвук, змінні магнітні поля; методи зниження побічних дій хіміотерапії (інгаляції, постійний струм, ультразвук), методи, які надають імуномодулюючу дію: лазеротерапія, магнітотерапія, ультразвукова терапія,

методи санаторно-курортного лікування). Розроблено методи симптоматичної фізичної терапії в онкології: електроаналгезія, трансцеребральні методи електротерапії, електростимуляція, магнітотерапія, лазеротерапія, ультрафонофорез.

Однак тільки лише в санаторно-курортних умовах можливе створення всіх умов для всебічної і повноцінної медичної реабілітації онкологічного хворого, метою якої є:

- корекція психосоматичних розладів, що виникли в результаті перенесеного захворювання і проведеного протипухлинного лікування;
- доліковування ускладнень протипухлинної терапії;
- лікування супутньої патології;
- поліпшення адаптаційно-компенсаторних механізмів і загальної реактивності організму;
- відновлення фізичної працездатності і поліпшення якості життя.

Доліковування ускладнень протипухлинного лікування (оперативного втручання, променевої і хіміотерапії) відноситься до базисних методам реабілітації даної категорії хворих, що збільшують тривалість життя онкологічного хворого. Збільшення тривалості життя населення зумовлює зростання онкологічної захворюваності літніх пацієнтів з наявністю супутньої, перш за все - кардіологічної патології. У клінічній медицині з'явилася нова проблема: атеросклероз і злоякісні новоутворення.

Досвід провідних вчених і результати власних досліджень лягли в основу розробленої патогенетичної класифікації ФФ, які можливо і доцільно застосовувати в онкології, принципи їх призначення, показання та протипоказання для проведення медичної реабілітації даної категорії хворих.

Безпосередні і віддалені наші результати реабілітації онкологічних хворих свідчать про поліпшення процесів відновлення їх стану здоров'я у вигляді попередження прогресування наслідків радикальної терапії, підвищення працездатності і фізичної активності, поліпшення психологічного статусу і якості життя.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ

Семикопна Т.В., Лутай Т.П., Фірсова Л.О., Журавльов В.О.

*ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»;
ДП «Клінічний санаторій «Роца»*

2017 рік увійшов в історію національної системи охорони здоров'я, як рік підписання документу про медичну реформу – одну з головних реформ в Україні.

Закономірно відбулися зміни і в організації санаторного етапу реабілітації. Постановою ФСС України від 13.07 2017 № 39 року затверджено новий *Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України, яким впроваджений основний принцип загальнодержавної реформи медичної галузі, а саме «гроші ходять за пацієнтом».*

Складено новий перелік профілів медичної реабілітації, узгоджений з МОЗ України.

Але, на наш погляд, є невиправданою відсутність, на сьогоднішній день, в переліку затверджених ФСС України профілів медичної реабілітації соматичної реабілітації хворих після радикального лікування злоякісних новоутворень.

Згідно зі статистикою більше 1 мільйона громадян України хворіють на рак, 49% з яких це особи працездатного віку. Ризик захворіти раком має кожний 4 чоловік та кожна 6 жінка. Рак залишається основною медико-біологічною та соціальною проблемою в Україні

та у всьому світі. Онкологічні захворювання є однією з основних причин смертності громадян.

В більшості країн Європи під вилікуванням в онкології розуміють, останнім часом, не тільки клінічне одужання, а і повернення хворого до попереднього соціального положення, тобто реабілітація стала невід'ємною частиною організаційної і клінічної онкології.

Сутність медичної реабілітації полягає у відновленні втрачених чи ослаблених функціональних і психологічних особливостей хворого, розвитку компенсаторних механізмів за допомогою медикаментозних і фізичних методів лікування, психотерапевтичного впливу, раціонального протезування, трудотерапії.

Направленню на санаторний етап медичної реабілітації підлягають хворі на злоякісні новоутворення виключно III клінічної групи – практично здорові особи в результаті радикального лікування злоякісного новоутворення (хірургічного, променевого, комбінованого, комплексного) при відсутності рецидивів та метастазів.

Основна мета реабілітації онкохворих в умовах курорту – профілактика і терапія ускладнень специфічного протипухлинного лікування і компенсація порушених функцій за рахунок відновлення і підвищення власних захисних механізмів організму.

Пропонуються наступні показання для направлення хворих до реабілітаційного відділення, розроблені спільно з провідними онкологами країни.

I. *Злоякісні новоутворення шлунка, III клінічна група;*

а) пострезекційні розлади легкого і середнього ступенів: демпінг і гіпоглікемічні синдроми;

б) гастрит культі шлунка, анастомозит, рефлюкс-езофагіт;

в) супутні захворювання (гепатити, холецистити, панкреатити);

г) функціональні розлади нервової системи.

II. *Злоякісні новоутворення молочної залози, III клінічна група;*

а) порушення лімфовідтоку із верхньої кінцівки на стороні ураження;

б) обмеження рухів в плечовому суглобі на стороні операції;

в) вегето-судинні порушення і нервово-психічні розлади.

III. *Злоякісні новоутворення жіночих статевих органів, III клінічна група;*

а) посткастраційні синдроми (вегето-судинні, нервово-психічні, обмінно-ендокринні порушення).

IV. *Злоякісні новоутворення щитовидної залози, III клінічна група.*

В світовій практиці на профілактику (в онкології) виділяють біля 30% фінансових коштів, на лікування – 50%, на реабілітацію – 20%. На жаль в Україні останній показник поки що дорівнює 0. Але ми маємо надію, що спільними зусиллями, ми вирішемо цю проблему і онкохворі в нашій країні не будуть позбавлені соціальної допомоги по відновленню здоров'я та поверненню до соціально активного життя.

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МОТОРИКИ ТОВСТОЇ КИШКИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДОЛІХОСИГМОЮ, В УМОВАХ КУОРТУ МОРШИН

Слободян Є.Р., Познанський А.Г., Марюк І.В., Мисів В.М.

Відділення «Бальнеологічна лікарня» ДП «СКК «Моршинкурорт», м. Моршин, Україна

Доліхосигма – це незапальне захворювання товстої кишки, пов'язане з подовженням її сигмовидного відділу. Характеризується закрепами, метеоризмом, приступоподібними болями в животі, а також інтоксикацією. Майже половина дорослого населення у віці після 60 років страждає на хронічні закрепи. Більшість спеціалістів вважає доліхосигму часто генетично обумовленою аномалією розвитку. Згідно статистичних даних така патологія наявна майже у 30% населення. В педіатричній практиці доліхосигма виявляється у 40 % дітей, що страждають закрепами. При виражених клінічних симптомах, пов'язаних з

доліхосигмою, значно знижується рівень комфорту життя. Така сигмовидна кишка має патологічну рухливість і зберігає додаткові петлі після випорожнення кишківника. Основним інструментальним методом діагностики є іригографія, яка дає можливість виявити подовження кишки, і наявність додаткових петель у вигляді «вісімки», «вузла», «равлика» і інше. Пряма кишка може бути порожньою навіть при тривалій відсутності стільця. Ендоскопічні методи дослідження (ФКС, РРС) мають допоміжне значення. Для дослідження було відібрано 186 пацієнтів з достовірно підтвердженим діагнозом доліхосигми. Більшість пацієнтів дорослого віку з доліхосигмою склали особи жіночої статі (126 осіб). Серед дітей, а їх було 18, різкого поділу по гендерній ознаці не спостерігалось. Майже в 75% випадків виявлено чітку тенденцію до спадкової передачі цієї аномалії по лінії батьки – діти – онуки. Порушення моторики кишки у вигляді закріпів відмічається з дитячих років в 88 % випадків. В жінок клінічні прояви доліхосигми часто починаються після пологів – у 43% випадків. Всім пацієнтам проводилось ректороманоскопічне обстеження. Виявили супутні запальні або гіпотрофічні зміни у слизовій оболонці кишки, порушення моторики у вигляді спазмів або зниження тонуusu кишки. Якщо формувалось доліхомегасигма – відмічалось різке збільшення об'єму кишки. В 37% (69 осіб) був відсутній або знижений рефлекс на дефекацію. Лікування включало курс питного лікування сульфатно натрієво калієво магнієвою мінеральною водою, кишкові зрошення мінеральною водою, грязеві ректальні тампони та лікувальні мікроклізми згідно розроблених на курорті методик.

Критеріями оцінки були: скарги пацієнтів – наявність болю, здуття; характер випорожнення, відновлення рефлексу на дефекацію, ендоскопічні ознаки – зміни слизової оболонки кишки, стан судинного малюнку, тонуус кишки.

Результати: болі, до лікування в животі відмічались у 139(75%) пацієнтів, після лікування у 37 (15%). Нормалізація випорожнень наступила у 145(78%) пацієнтів, відновлення рефлексу на дефекацію у 128 (69%).

Нормалізація випорожнень частіше наступала після проведення кишкових зрошень. Відновлення рефлексу на дефекацію частіше спостерігалось у пацієнтів, які приймали грязеві ректальні тампони. У 150 пацієнтів спостерігались позитивні зміни слизової оболонки прямої і сигмовидної кишки. Виражений терапевтичний ефект відмічено у 157 (82%) пролікованих. У 6 пацієнтів, де було виявлено мегадоліхосигму і фактично перехід у стадію декомпенсації, позитивний ефект відсутній. При повторному перебуванні хворих з дослідної групи на курорті Моршин стійкий ефект (відсутність скарг, нормальні випорожнення) відмітили 21 % пацієнтів.

Висновки:

1. Доліхосигма є найбільш поширеною причиною порушень моторної функції товстої кишки, що проявляються стійкими закріпами, починаючи з молодого віку.
2. Переважно доліхосигма є генетично обумовленою аномалією і носить спадковий характер.
3. Згідно з нашими спостереженнями, частіше на цю аномалію страждають особи жіночої статі. Порушення моторики, пов'язані з доліхосигмою, часто виникають у жінок після пологів, що наводить на думку про зміни гормонального фону, які приводять до запуску механізмів, що порушують функціонування нервових гангліїв і гладкої мускулатури кишки.
4. Використання в комплексному лікуванні порушень моторики товстої кишки, пов'язаних з доліхосигмою, питтєвого лікування джерелом №6, кишкових зрошень з мінеральною водою, грязевих ректальних тампонів, дає змогу домогтися задовільної якості життя при I-II стадії клінічних проявів доліхосигми. Використання природних факторів курорту Моршин у комплексному лікуванні хворих з доліхосигмою є доцільним і ефективним.

ПРО ВИКОРИСТАННЯ ПРИРОДНИХ ЧИННИКІВ В ПОЄДНАННІ З ПИТТЯМ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ДЖЕРЕЛА №6 ТА №1 ПРИ ЛІКУВАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА КУРОРТІ МОРШИН

Сторонська О.Б., Половинко І.С., Половинко Н.Ф., Злупко М.Л.
*Відділення «Лікувально-діагностичний центр» ДП СКК «Моршинкурорт»
ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» м. Моршин, Україна*

В Моршин курорті найбільш ефективно піддаються лікуванню запальні захворювання органів малого тазу, а саме хронічні сальпінгоофорити, метроендометрити, цервіцити, вагініти, злукова хвороба, як наслідок запальних процесів так і після операційні розлади менструальної функції (мізерні, не регулярні, гіоплазія матки, жіноче безпліддя різної етіології) та реабілітація підгострого періоду після оперативних втручань на жіночих статевих органах.

1) Санаторно-курортне лікування хронічних запальних захворювань (сальпінгоофоритів, метроендометритів, злукової хвороби.) включає використання процедур запальної дії, а саме: ванн різного складу: мінеральні, хвойні, йодо-бромні, бішофітні, перлинні та інші, так і місцевої дії, які характерні для лікування цих патологій. Курс лікування складається з прийому мінеральних вагінальних зрошень, які чергуємо з грязевими вагінальними, або ректальними тампонами. Їх доповнюємо озокеритовими аплікаціями на трусикову зону. При необхідності проводимо курс ручного масажу матки. При наявності протипоказів для теплового лікування призначаємо йодо-бромні спринцювання, вагінальну магнітотерапію. Ефект підсилюється призначенням електрофорезом цинку, йоду на низ живота; лазеротерапії або ультразвуку. Після курсу лікування разом з прийомом *peros* мінеральної води дж.№6 у розведенні 3,5 г/л, або 7,0 г/л відзначається зникнення або зменшення болю, нормалізації менструацій, покращення показників клінічного та біохімічного обстеження. Курс лікування 18-21 день.

2) Велика група хворих (508), які успішно лікуються на нашому курорті, є хворі з вагінітами різної етіології, а саме: бактеріальні, кандидозні. Обсяг лікувальних заходів включає бальнеотерапію у вигляді ванн – мінеральних, йодо-бромних, перлинних, бішафітних; мінеральних вагінальних зрошень, йодо-бромних спринцювань. Доповнюємо ці процедури грязевими піхвеними тампонами, медикаментозними ванночками та тампонами. Курс лікування 18-21 день, після якого відзначається зменшення або припинення свербіння, кількості виділень, покращення самопочуття.

3) На курорті розроблені і ефективно використовуються методики лікування жіночого безпліддя та схильності до самовільних викиднів. Їх можна розділити на дві групи: перша включає використання активного санаторно-курортного лікування а саме: мінеральних зрошень, грязевих піхвених тампонів, озокеритових “трусів”, масажу матки по схемі, особливо при неповній прохідності маткових труб, гіоплазії матки. Другий комплекс розрахований на пацієток в яких є протипокази до теплового лікування включає мінерально-вагінальні зрошення, або йодо-бромні спринцювання, піхвенну магнітотерапію, електрофорез цинку, йоду-міді на низ живота, лазеротерапію, ультразвук. Після лікування нормалізується менструальний цикл, збільшуються розміри матки, підвищується тонус гіпотрофічної матки і частини хворих наступила вагітність. Курс лікування бажано повторити три-чотири рази з інтервалом 6-12 місяців. На протязі 5 років велося клінічне спостереження за пацієнтками (від 180 до 420). На курорті можна пройти лікування і таких захворювань як лейоміома матки, патологічного клімаксу, порушення оваріально-менструального циклу, ендометріозу. Для лікування лейоміоми матки невеликих розмірів використовується йодо-бромні ванни, йодо-бромні спринцювання. При потребі комбінуємо їх з вагінальною магнітотерапією, електрофорезом цинку, йоду на низ живота. Після такого лікування зменшуються або зникають болі в низу живота, покращується менструальна функція. При патологічному клімаксі досягаємо покращення після курсу бальнеотерапії у

виді мінеральних, хвойних, бішофітних, перлинних та інших ванн, циркулярного душу, піхвенних мінеральних зрошень, спринцювань. Використання при даній патології апаратної фізіотерапії у виді дарсонвалізації комірцевої зони з послідуочим електрофорезом магнію, бромю або новокаїну на цю зону; електросон або електроаналгезія приводять до зменшення приливів жару, нормалізації сну, настрою.

На базі Моршинкурорту функціонує відділення по реабілітації в підгострому періоді післяоперативних втручань на жіночих статевих органах.

Протипоказом для санаторно-курортного лікування є захворювання у стадії загострення, злоякісні новоутвори, метрорагії.

Summary: On the basis of Morshynkurort there is a rehabilitation department in the subacute period of postoperative intervention on the female genital organs.

Contraindication for spa treatment is a disease in the stage of exacerbation, malignant neoplasms, metrorragia.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ ТА ЛВТ-ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ ТА СУПУТНЮ ЕРЕКТИЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ НА КУРОРТІ МОРШИН

Сторонський М.В., Злупко М.Л., Мельник О.В., Половинко Н.Ф.

*Відділення «Лікувально-діагностичний центр» ДП СКК «Моршинкурорт»
ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», м. Моршин, Україна*

Хронічний простатит (ХП) є одним з найпоширеніших захворювань у чоловіків репродуктивного віку. Заданими ВООЗ, на хронічний простатит страждає 9-35% чоловіків планети. Майже 80% з них складаються чоловіки віком від 20 до 50 років. В останні роки відзначається збільшення виявлень хронічного простатиту, що пов'язано із зростанням захворюваності різними типами уретриту, епідидимоорхіту, зниження імунореактивності організму, впливом зовнішнього середовища. Санаторно-курортне лікування хронічного простатиту багато в чому залежить від ступеня вираження захворювання, його тривалості, приєднання порушень статевих функцій.

Мета. Метою дослідження було оцінити ефективність застосування ректальних тампонів з торф'яною гряззю у хворих на хронічний простатит та еректильну дисфункцію.

Оцінювали: стан пацієнта за міжнародною шкалою оцінки простатичних симптомів (IPSS), дані об'єктивного дослідження, дані аналізу простатичного соку, дані ультразвукового дослідження простатичної залози.

Під спостереженням знаходилось 40 хворих на хронічний неспецифічний простатит та супутню еректильну дисфункцію які перебували на лікуванні у санаторно-курортному комплексі «Моршинкурорт» у 2017-2018 рр. Вік хворих: від 41 до 70 років, тривалість захворювання від 6 місяців до 10 років. Усі хворі без значного успіху неодноразово лікувались амбулаторно, а деякі і стаціонарно. Діагноз хронічного неспецифічного простатиту ґрунтувався на даних комплексного обстеження з урахуванням больового симптому, пальпаторних змін передміхурової залози, дослідження секрету передміхурової залози, даних ультразвукової діагностики.

Комплекс санаторно-курортного лікування для всіх хворих включав: внутрішній прийом мінеральної слабо-мінералізованої, гідрокарбонатно-кальцієвої, гіпотонічної води джерела Божої Матері курорту Моршин(джерело №4), проведення ректальних тампонів з торф'яною гряззю Т 42⁰С, тривалістю 20 хвилин, 10-12 процедур та ЛВТ-терапія, тривалістю 6-8 хвилин, 8-10 процедур на курс лікування. Термін санаторно-курортного лікування становив 18-21 день.

Досліджуванні показники порівнювали на початку і в кінці лікування. Біль у низу живота на початку лікування спостерігався у 6 хв. (15%) в кінці - у 1 хв.(2,5%). Прояви

астенічного синдрому на початку лікування спостерігалися у 11 (27,5%) хв. в кінці - у 6(15%) хв. Больові відчуття при пальпаторному обстеженні простатичної залози спостерігалися у 15(37,5%)хв.. на початку лікування, в кінці лікування відсутні у пацієнтів. Згідно шкали IPSS на початку лікування незначно виражена симптоматика (0-7 балів) спостерігалася у 28 (70%) хв. на ХП; помірно виражена симптоматика(8-19 балів) - 11(27,5%) хв.; виражена симптоматика (20-35) у 1 (2,5%) хв. В кінці лікування незначно виражена симптоматика (0-7 балів) спостерігалася у 35 (87,5%) хв. на ХП; помірно виражена симптоматика(8-19 балів) - 1(2,5%) хв.; у 4(10%) хв.. простатичні симптоми повністю зникли. Середнє значення сумарного булу IPSS знизився з 6,4 на початку лікування до 1,9 в кінці. Патологічні зміни аналізу простатичного соку(АПС) на початку лікування спостерігалися у 38 (95%) хворих, збільшення кількості лейкоцитів у полі зору у 38 (95%) хв., наявність еритроцитів в полі зору у 8(20%) хв., збільшення кількості епітеліальних клітин в полі зору у 40(100%) хв., зменшення кількості лецитинових зерен в полі зору 40(100%) хв.. В кінці лікування: кількість лейкоцитів в АПС нормалізувалася 36(90%) хв., еритроцити в АПС не було виявлено у жодного хв., кількість епітеліальних клітин нормалізувалася у всіх хворих, кількість лецитинових зерен нормалізувалася у 34(85%) хворих. Покращення ерекції настало у 23(57,5%)хв., а саме збільшилась тривалість ерекції та досягнення оргазму, посилення статевого потягу, спроможність здійснити повторний статевий акт.

Висновок: Комбіноване застосування мінеральної слабо-мінералізованої, гідрокарбонатно-кальцієвої, гіпотонічної води джерела Божої Матері курорту Моршин(джерело №4), ректальних тампонів з торф'яною гряззю та ЛВТ-терапії, чинить виражений позитивний вплив на перебіг хронічного простатиту. Що виражається у значному зменшенні проявів больового синдрому, зменшенні проявів астеничного синдрому, зменшенні балів шкали IPSS, нормалізації даних аналізу простатичного соку, посилення статевого потягу. Отже санаторно-курортний етап лікування хворих на хронічний простатит та супутню еректильну дисфункцію на курорті Моршин є ефективний, і повинен широко рекомендуватися даній групі хворих.

Summary: health resort stage of treatment of patients with chronic prostate resort Morshin is effective and should be recommended more this group of patients.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ГОЛОВНА ЧАСТИНА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

Тищенко В.О.

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, факультет систем і засобів масової комунікації, м. Дніпро, Україна

Мета: дослідити роль фізичної реабілітації у відновленні здоров'я людей з інвалідністю.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, педагогічне спостереження.

За даними міжнародних організацій, кожен 10 мешканець Землі є неспроможним, майже 30 млн осіб щороку отримують каліцтво та різні ураження. Враховуючи збільшення на планеті кількості людей із вродженими вадами, технологізацію суспільства, реабілітація людству просто необхідна.

Реабілітація - дуже складний етап у житті людини, яка пережила якусь серйозну травму, ставши жертвою певних обставин. Цей процес складає певний комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями.

У свою чергу, фізична реабілітація відповідає за відновлення здоров'я з використанням фізичних вправ, природних факторів та інших засобів у комплексному процесі.

На сьогодні медицина досягла великих успіхів. Окрім звичних нам засобів реабілітації, таких як ЛФК, механотерапія, працетерапія, фізіотерапія, людство винайшло і нові - мануальна терапія, хореотерапія, аутогенне тренування, м'язова релаксація та інші. Важливим нововведенням у фізичній реабілітації стало те, що людина з обмеженими можливостями повинна жити і почувати себе, як повноцінна.

В Європі вже давно для людей з обмеженими можливостями винайшли чимало засобів, щоб вони почували себе комфортно у суспільстві. Пандуси у цих країнах - звична норма. Що стосується України, наша ситуація набагато гірша. Число осіб з інвалідністю наблизилося до 6% населення країни, на початок року ця цифра становила 2 мільйона 600 тисяч чоловік. За останні п'ять років кількість людей з інвалідністю збільшилася майже на 20 тис. осіб[1].

Це пов'язано з тим, що:

По-перше. З Донбасу воїни повертаються без ніг і рук, які втратили, захищаючи нашу Батьківщину. Герої війни тепер повинні якось ужитися зі своїми бойовими пораненнями. Ось що з цього приводу сказала заступник міністра охорони здоров'я Оксана Сивак: "Наші бійці АТО проявили подвійний героїзм: спершу на фронті, а потім — коли повернулися живими, але мали якісь каліцтва. Вони змусили нас звернути увагу на цю проблему. Це молоді активні хлопці, які хочуть повернутися до нормального соціального життя. Загалом людина переважно хоче почуватися повноцінним членом суспільства і бути корисною".

По-друге, некваліфіковані лікарі. Володимир Голик, головний позаштатний фахівець МОЗ із реабілітації повідомляє: "Ситуація така: в нас є виші, які щороку випускають понад 1000 фахівців зі спеціальності «фізична реабілітація». Але вони не мають певного клінічного досвіду, не розуміють філософії біопсихосоціальної моделі обмеження життєдіяльності, відповідно не можуть у повному обсязі надавати кваліфіковану допомогу пацієнтам. Є поодинокі виші - львівський і київський інститути фізкультури, де навчають краще"[2].

По-третє. Чи не найважливішим етапом реабілітації є санаторно-курортне лікування. Проте не кожному українцю по кишені така розкіш. Це доволі дороге задоволення в наш час і з нашою економікою, коли головною метою стало не покращити здоров'я, а просто прогледувати й одягнути себе та родину. Така ситуація не сприяє покращенню стану людини з обмеженими можливостями.

Уряд вже спланував бюджет на 2018 рік. За статтею «Реабілітація хворих на ДЦП» фінансування виявилось урізано: передбачено всього 11 млн грн замість 16 млн в 2017 році. Але за більшістю бюджетних статей на охорону здоров'я в 2018 році виділяються більші суми, ніж в 2017-му. Так, на наукові розробки передбачено 147 млн грн замість 118 млн у поточному році - на 24% більше. На підвищення кваліфікації лікарів - майже 5 млрд грн замість 4 млрд в 2017-м (+ 25%). Субвенція місцевим бюджетам на пільгові ліки для населення збільшено на 16% - з 700 млн грн до 1 млрд грн.[3].

Висновок. Реабілітація, зокрема фізична реабілітація ще не досить розвинена в Україні. Звичайно, є спеціалісти, які справді допомагають боротися із хворобами, але в нашій країні їх дуже мало чи таке лікування просто недоступне. Керівництво повинно звертати увагу на медичну реформу, покращити медичне обслуговування. Це дасть змогу українцям можливість лікуватися у гарних спеціалістів, отримуючи якісну допомогу на всіх етапах реабілітації. І тільки тоді процент інвалідності в Україні зменшиться.

Література.

- 1- <https://day.kyiv.ua/uk/news/281117-v-ukrayini-kilkist-lyudey-z-invalidnistyu-zroslo-do-26-mln-i-stanovyit-6-naselennya>
- 2- <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/reabilitaciya-perezavantazhennya/>
- 3- <https://ukr.segodnya.ua/economics/enews/medicinskiy-byudzheth-2018-nuzhno-eshche-podlechit-1091322.html>

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ В ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ І НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

Шаповалова Г.А.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Однією із актуальних науково-практичних проблем медичної реабілітації, курортології та фізіотерапії є підвищення ефективності санаторно-курортної реабілітації дітей в різний період ремісії онкогематологічних (ОГЗ) та онкологічних (ОЗ) захворювань шляхом наукового обґрунтування диференційованого підходу до призначення комплексу фізичних факторів з урахуванням особливостей перебігу захворювання, характеру супутньої патології, періоду ремісії.

До характерних особливостей клініко-функціональних порушень у 80,0 % випадків впродовж 5-річного періоду ремісії ОГЗ і ОЗ віднесені зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, психовегетативний і вегето-судинний дисбаланс, наявність супутніх захворювань гепатобіліарної, серцево-судинної, нервової систем, збереження подібних порушень у 60,0 % дітей в періоді ремісії більше 5 років. Це обумовлює застосування загальних підходів до диференційованого призначення комплексу фізичних чинників у процесі санаторно-курортної реабілітації дітей з урахуванням особливостей перебігу захворювання в різний період ремісії.

Мінеральні води різного фізико-хімічного складу малої мінералізації сприяють поліпшенню метаболічних процесів, гормонального і імунного балансу, що характеризує односпрямований вплив на активацію систем детоксикації організму. Це є основою для диференційованого застосування питних курсів мінеральних вод «Вознесенська», «Аква Лібра», «Трускавецька Аква-Еко», «Моршинська», «Марія» в комплексах санаторно-курортної реабілітації дітей з урахуванням періоду ремісії онкологічних захворювань і сприяє формуванню оборотних процесів у відновленні функціональних порушень гепатобіліарної, серцево-судинної, нервової систем, гормональних і ферментативних реакцій, активації систем детоксикації, підвищенні адаптаційних можливостей організму.

Доцільність додаткового призначення магнітотерапії, камерних «сухих» вуглекислих ванн в загальному санаторно-курортному комплексі при наявності поєднаних астеноневротичних проявів, вегетосудинних дисфункцій, супутньої патології гепатобіліарної, серцево-судинної, нервової систем підтверджена формуванням відновних реакцій регуляторного впливу на стан психовегетативних, вегето-судинних, симпатико-адреналових процесів, підвищенням адаптаційно-компенсаторних реакцій, загальної резистентності організму, зменшенням тривожності, фобії і проявів агресії, покращенням електрогенезу, ліквородинаміки, мозкового кровообігу, підвищенням якості життя дітей в періоді ремісії.

Обґрунтовано доцільність повторних програм санаторно-курортної реабілітації дітей з ОГЗ і ОЗ протягом 3-4-5 років на основі послідовного етапного підвищення компенсаторних можливостей дитячого організму, покращення функціонального стану серцево-судинної і нервової систем внаслідок формування пато- і саногенетичного ефектів поліпшення якості життя за психічною та фізичною компонентами, зниження числа інтеркурентних захворювань при перебуванні в дитячому колективі.

Таким чином, в результаті проведених досліджень науково обґрунтовано, що реабілітація дітей з урахуванням періоду ремісії ОГЗ і ОЗ сприяє зменшенню функціональних порушень соматичного статусу, підвищенню компенсаторних функцій організму, регуляції психологічного статусу, надає цілеспрямований саногенетичний ефект, що досягається шляхом застосування диференційованих програм реабілітації, більшою мірою після 3-4 повторних курсів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НА КУРОРТІ МОРШИН

Шевчук Л.Д., Половинко Н.Ф., Половинко І.С.

*Відділення «ЛДЦ» ДП «СКК «Моршинкурорт» З АТ «Укрпрофоздоровниця»,
м. Моршин, Україна*

Згідно X міжнародної класифікації захворювань до психосоматичних відносяться: есенціальна гіпертензія; ІХС; виразкова хвороба шлунку та ДПК; виразковий коліт; тиреотоксикоз; урогенітальні захворювання; бронхіальна астма; мігрень; нейродерміт; цукровий діабет.

І все ж таки що таке психосоматика? Клінічна картина одного і того ж захворювання дуже відрізняється з точки зору психотерапевта, терапевта і гастроентеролога.

Тому метою дослідження було виявлення впливу санаторно-курортного лікування у поєднанні з методами психотерапевтичного впливу на хворих із психосоматичними розладами. За 2018 рік до психотерапевта звернулось всього 1050 хворих, із них з психосоматичними розладами було 26,4% віком від 30 до 56 років. Всі ці пацієнти працездатного віку. 70% із них постійно лікувались раніше тільки у гастроентеролога, кардіолога, ЛОРа, ендокринолога та інших спеціалістів.. Серед хворих із захворюванням шлунково- кишкового тракту частота розладів настрою складає 38,2%, тривожні розлади- 32,7%, соматоформні розлади- 26,4%, розлади харчової поведінки- 2,7%. В результаті проведеного комплексного обстеження та лікування на курорті призначались сеанси раціональної терапії, психотренінги, індивідуальні зустрічі у поєднанні з медикаментозною терапією: седативні адаптогени, транквілізатори, антидеприсанти, а також при потребі нейролептики. Завдяки методам психотерапевтичного впливу у пацієнтів курорту із ПСР зникають упередженість, сумніви, недооцінення лікувального впливу мінеральної води і природних факторів курорту Моршин

Summary: According to X МКЗ to PSR(PSD) (psychosomatic disorders) belong essentialic hypertension, heart ischemia, stomach ulcer and duodenal ulcer, bronchial asthma, diabetes, neurodermatitis, migraine, urinary diseases. These disorders could be shown by means of different symptoms: cardial, cerebral, gastric, bowels disorders or urinal discords (results of soled bowels or urinal system) They are characterized by: General weakness, Slackness, Cold hands ,Cold hands.

ВИВЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОСТІ РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЗАКЛАДІ НА ОСНОВІ ДАНИХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Шманько Н.С., Шманько В.І.

*ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»,
село Поляна, Свалявський район, Закарпатська область, Україна*

Дієтичне харчування – один з головних лікувальних факторів в комплексі санаторно-курортної реабілітації. При цьому, крім суто дієтологічних характеристик, важливе значення має режим прийому їжі, особливо для пацієнтів з захворюваннями органів травлення.

Хворі з патологією гепатобіліарної системи становлять переважну більшість пацієнтів гастроентерологічної оздоровниці "Сонячне Закарпаття", а ультрасонографія є найбільш поширеним неінвазивним методом оцінки стану системи жовчутворення та жовчевиділення. Щорічно в санаторії ультразвукове обстеження проходить більше чотирьох тисяч чоловік, тому пацієнти приймаються як в дообідній, та і в післяобідній період. Значний об'єм

спостережень показав відмінності об'єму жовчного міхура у обстежених залежно від часу дослідження при приблизно однаковій тривалості стану натще.

Оскільки, об'єм жовчного міхура може слугувати показником готовності організму до перетравлення їжі, то його заміри у пацієнтів в різні часові проміжки дозволяють оцінити оптимальність режиму харчування в санаторно-курортному закладі для відповідного контингенту відпочиваючих.

За допомогою ультразвукового сканеру Aloka Prosound SSD-3500 з конвексним секторним датчиком UST-9123 вивчено показники об'єму жовчного міхура у 21 пацієнта гастроентерологічного відділення ДП "Санаторій "Сонячне Закарпаття" при обстеженні до сніданку (8.00 к.ч.), через п'ять годин після сніданку - перед обідом (13.00 к.ч.), через п'ять (18.00 к.ч.), шість (19.00 к.ч.) і сім (20.00 к.ч.) годин після обіду - перед сніданком. З метою усунення можливих зовнішніх впливів пацієнтам було запропоновано не приймати в день обстеження протягом п'яти годин до кожного заміру лікувальних процедур, обмежити фізичні навантаження, заборонено прийом додаткової їжі і питва за винятком прісної води.

Статистично упосереднений показник об'єму жовчного міхура натще у хворих при першому замірі до 8.00 к.ч. склав $38,48 \pm 2,61$ мл, що свідчить про хороше наповнення жовчного міхура. Після сніданку об'єм жовчного міхура передбачувано зменшувався внаслідок його скорочення на їжу. Заміри перед обідом (до 13.00 к.ч.) показали, що об'єм жовчного міхура практично відновлювався - $34,23 \pm 2,13$ мл ($p > 0,05$) з послідуєчим повторним скороченням після прийому їжі. Але під час обстежень о 18.00 к.ч. показник об'єму жовчного міхура суттєво і статистично вірогідно відрізнявся від результатів попередніх двох замірів і становив $14,23 \pm 0,89$ мл ($p < 0,001$), тобто, не проходило повноцінного накопичення жовчі для перетравлення їжі. Вже на шостій годині після обіднього прийому їжі (19.00 к.ч.) помічено динаміку до підвищення об'єму жовчного міхура до $17,16 \pm 2,01$ мл, а на сьомій годині після обіду (20.00 к.ч.) ці зміни набули чіткої статистичної вірогідності - $24,32 \pm 2,61$ мл ($p < 0,05$) і об'єм жовчного міхура досяг достатнього упосередненого рівня готовності до повноцінного травлення. Отримані результати узгоджуються також з клінічними спостереженнями.

Отримані результати підтверджують раціональність часу сніданку і обіду в санаторно-курортному закладі, але є підстави рекомендувати більш пізній вечірній прийом їжі, або ж розподіл вечері на два прийоми меншими порціями - в стандартний час та через дві години додатково. При цьому, скорочення часового проміжку між вечерею та сніданком також сприятиме зменшенню ранкових показників об'єму жовчного міхура, які в нашому випадку мали тенденцію до завищення - схильність до "застою" жовчі.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЗЧИК

- Katarzyna Rys, 27
Magdalena Kostrzon, 27
Maystrenko I.O., 30
Александрук Д.П., 35
Алипова О.Є., 7
Андрійців З.С., 17
Андрійчук І. С., 8
Андрійчук О. Я., 8
Атаман Ю.О., 9
Бабов К.Д., 10, 11
Безруков В.А, 37, 40
Беліков О.П., 13
Бутенко Н.О., 12
Буцька Л.В., 13, 15
Вакалюк І.І., 35
Вакалюк І.П., 16, 17
Василенко Л.О., 44
Василечко М.М., 35
Вацеба Б.Р., 18
Величко Н.М., 44
Вірстюк Н.Г., 18
Волинський Д.А., 17
Гавловський О.Д., 19, 37, 40
Гавриленко В.І., 30
Гаврилюк Р.П., 19
Гаврилюк Т.Б., 20
Гаман І.О., 35
Гасюк М.Б., 21
Голованова І.А., 19
Готюр О.І., 17
Гохкаленко М.С., 35
Грязева О.Є., 46
Деніна Р.В., 17
Дивнич Д.І., 23
Дмитрієва Г.О., 10
Драгомирецька Н.В., 24, 25
Дремлюга Н.Г., 37, 40
Жовтянська І.В., 35
Журавльов В.О., 46, 47
Заболотна І.Б., 24, 25
Злупко Б.П., 26, 27
Злупко М.Л., 26, 27, 50, 51
Зубко В.В., 9
Іжа Г.М., 25
Калініченко В.М., 25
Калініченко М.В., 25
Клявіна-Лагоцька І.О., 28
Коломієць О.О., 9
Кочержат О.І., 35
Кошеля І.І., 37, 40
Краснопольський С.З., 35
Кубиніна Л.В., 10
Лагоцький С.В., 28
Лугай Т.П., 47
Ляшко Л.М., 12
Майстренко І.О., 29
Мандрика А.Я., 30
Мандрика Л.Ю., 30
Марченко А.І., 31
Марюк І.В., 48

Мельник Н.І., 12
Мельник О.В., 51
Мельник О.В., 26, 27
Мельник Т.В., 12
Мисів В.М., 48
Михавків О.В., 37, 40
Нестерак Р.В., 16, 33
Нечухасва І.О., 7
Николишин О.Б., 35
Нікіпелова О.М., 11
Оринчак М.А., 35
Палієнко Г.Г., 37, 40
Піцик І.С., 43
Познанський А.Г., 48
Половинко І.С., 42, 43, 50, 55
Половинко Н.Ф., 28, 42, 43, 50, 51, 55
Польщаківа Т.В., 11
Радомський В.В., 44
Расевич Л.М., 42, 43
Резник О.П., 45
Роздільська О.М., 46
Селюк К.М., 44
Семикопна Т.В., 47
Середюк В.Н., 17
Сидоренко Г.І., 30
Сидоренко О.М., 11
Сірош Н.П., 30
Слободян Є.Р., 37, 40, 48
Сторонська О.Б., 50
Сторонський М.В., 51
Тимко В.Й., 37, 40
Тихохід Л.В., 10
Тищенко В.О., 52
Федунців Л.С., 35
Фірсова Л.О., 47
Черкес С.О., 37, 40
Човганюк О.С., 35
Шаповалова Г.А., 54
Шевчук Л.Д., 55
Шманько В.І., 55
Шманько Н.С., 55
Юсипчук У.В., 16
Янко І.В., 42