

Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації
Кафедра громадського здоров'я, менеджменту та медичної експертизи

МАТЕРІАЛИ

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

3 жовтня 2025 року



ПОЛТАВА

2025

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

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

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 3 жовтня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2025. – 257 с.

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

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,**

ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА



Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» від імені чисельного колективу Полтавського державного медичного університету.

Проблема фізичної та психологічної реабілітації та відновлення і збереження працездатності осіб, що брали участь у бойових діях, а також мирного населення, постраждалого внаслідок збройної агресії, сьогодні є особливо актуальною, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, вкрай важливими.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан**

**УМОВИ ВИНИКНЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У
ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКОВО-
ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ
ОСВІТИ**

¹Білаш В.П., ¹Свінцицька Н.Л., ¹Гринь В.Г., ¹Брутян М.А., ¹Ошурко Д.А.,
²Сербін С.І., ²Дубина С.О., ²Бондаренко С.В.

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

²Донецький національний медичний університет, м. Лиман, м.

Кропивницький

Першоджерелом у формуванні професійного вигорання у науково-педагогічних працівників (НПП) вищої медичної освіти та здобувачів вищої медичної освіти медичних ВУЗів III-IV рівнів акредитації виступає синдром «емоційного вигорання», який неупинно призводить до зниження якості викладання, пізнання та закріплення практичних навичок. Тому акцентована увага на самопочуття та здоров'я має бути основною складовою професійної культури НПП закладу вищої медичної освіти і безумовно – свідченням його професійної компетентності [3]. Синдром «емоційного вигорання» розцінюється як стрес-реакція у відповідь на нещадні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з подальшою зневагою до особистого життя або дозвілля. Особливо схильними до вигорання на роботі є особи, які працюють в сфері «людина-людина», ті, чия професійна діяльність пов'язана з постійним спілкуванням: медичні працівники, педагоги, психологи, соціальні працівники, волонтери, менеджери [1].

Тому актуальність проблеми емоційного вигорання з подальшим розвитком професійної деформації впливає з наукових публікацій і досліджень, які значно зросли за останні десятиріччя.

Акцентуючи увагу на даній проблемі, особливо у контексті його впливу на медичних працівників, НПП закладів вищої медичної освіти,

здобувачів вищої освіти медико-біологічного профілю науковці виділили базисні складові професійного вигорання: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистісних досягнень [5].

Сучасний критичний темп життя підсилює вимоги до працівників медичної галузі. Проблемою є не те, що спеціаліст емоційно вигорає, оскільки це є природний процес. Питання полягає в тому, що фахівці не вміють це вчасно помічати та контролювати. Тому є необхідним визначення психо-діагностичних заходів оцінки рівня емоційного вигорання. Вочевидь потрібно враховувати, що професійна деформація має виявлятися на пізніх етапах професійної діяльності, тоді як вигорання може виникнути і на початку професійної кар'єри, ще за період отримання освіти, ще за роки навчання внаслідок невідповідності між вимогами професії та намаганнями особистості [7].

Ніщо не є для людської психіки таким сильним тягарем, як інша людина. Це положення можна розглядати як основу вивчення психологічного феномена «професійне вигорання». Серед тих, хто працює в галузі знань «Охорона здоров'я», першочерговим є бажання допомогти людям, жертвувати своїми інтересами заради здоров'я інших людей. Мігель де Сервантес зазначав: «Лікар, який вперше розпочав лікувати свого пацієнта, повинен робити це з натхненням, радісно, із приємністю для хворого, і ніколи похмурий лікар не досягне толку у своєму ремеслі». До НПП-медиків ставляться зависокі вимоги здобувачами освіти, пацієнтами, їхніми рідними та близькими, колегами. Звертаючись до професіоналів-медиків, здобувачі освіти, пацієнти, очікують на увагу, бажання зрозуміти і допомогти, співчуття і самопожертву, терпимість та доброзичливість, не завжди дотримуючись взаємності, що веде до виникнення так званого асиметричного, нерівноцінного спілкування. Особливо це помітно під час навчального процесу із здобувачами освіти на початкових курсах навчання, які повинні адаптуватися до складного навчального процесу, нових друзів та змінених соціально-побутових умов. Напруження на роботі, яке виникає

внаслідок завищених вимог до професійної компетентності та мотивації НПП медичного профілю й одночасно надзвичайно низька можливість впливу на результат професійної діяльності, може бути одним із провідних чинників розвитку професійного стресу [2].

Відомо, що найбільшою мірою синдрому «емоційне вигорання» підлягають НПП хірургічного профілю, психіатри, а також лікарі та НПП з невеликим досвідом роботи. Необхідно зазначити, що дисципліна «Анатомія людини» є фундаментальною наукою не тільки у підготовці лікарів, але й всієї культури світосприйняття. Аристотель вважав, що «талановиті лікарі надають виняткову важливість точному знанню анатомії людини». Творець сучасної анатомії як науки – Андреас Везалій (1514-1564) писав: «Наука про будову людського тіла є найбільш гідною для людини сферою пізнання і заслуговує надзвичайного схвалення...».

Початківці НПП з дисципліни «Анатомія людини» відчують емоційний шок від зіткнення з трупним матеріалом, тому можна припустити, що вони опосередковано піддається вторинному психологічному травмуванню, і, як наслідок, в них швидше, ніж у викладачів інших теоретичних дисциплін, не таких наочних, виникають психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові прояви професійного вигорання [6]. Особливого значення набуває психологічна готовність молодих НПП та студентів-медиків до роботи з ізольованим та тотальним трупним матеріалом: 1) внутрішньою готовністю до роботи з останками людей, мертвими тілами; 2) демонстрацією володіння морально-етичними принципами ставлення до живої людини та її тіла як об'єкта анатомічного і клінічного дослідження; 3) здатністю витримувати тривале психоемоційне навантаження під час вивчення великих об'ємів навчальної інформації, складанні практичних навичок та написанні підсумкових (ректорських) контролів на виживання знань.

Необхідно зауважити, що активна протидія НПП, здобувача освіти стресові дає змогу знизити ризик остаточного емоційного вигорання.

Цікавими і корисними є профілактичні механізми протидії виникненню синдрому емоційного вигорання. До них можна віднести: 1) допомога досвідченого НПП, доброзичливого колеги через реалізацію антистресових програм; 2) постійна внутрішня робота над собою (самопостереження, самодіагностика, переосмислення поведінки, регуляція навантаження, опанування методів саморегуляції); 3) активний відпочинок, здорове харчування, здоровий сон.

Потрібно звертати увагу на те, що запобігти вигоранню можна шляхом підвищення стресостійкості, гарного самопочуття та здоров'я, а також через рефлексію особистісних труднощів і проблем. З метою профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання слід запровадити спеціальні програми, які б охоплювали такі напрями роботи (психодіагностику, тренінгову, просвітницьку) з таких питань: формування найважливіших професійних якостей НПП медико-біологічного профілю, усвідомлення енергетичного ресурсу у професійній діяльності, створення сприятливого психологічного клімату у колективі, вміннями релаксації та саморегуляції [4].

Таким чином, можна говорити про те, що застосування комплексу профілактичних заходів, спрямованих на запобігання синдрому «емоційного вигорання», може бути корисним не лише для оптимізації навчального процесу, а й поліпшення ефективності професійної діяльності науково-педагогічних працівників медичних закладів.

Література

1. Балакірева К. О. Профілактика та подолання професійного та емоційного вигорання: методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб (Проект програми розвитку ООН «Підтримка реформ соціального сектору в Україні»). URL: <https://www.slideshare.net/slideshow/ss-48391940/48391940#45>

2. Мірошниченко О. Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах: навчально-методичний посібник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. 155 с.
3. Овсяннікова В. В. Особливості синдрому професійного вигорання у викладачів вищого навчального закладу // Проблеми сучасної психології. 2012. № 1. С. 113–118.
4. Свінцицька Н. Л., Когут І. В., Каценко А. Л., Литовка В. В., Підлужна С. А., Сербін С.І. Шляхи подолання та профілактики «Емоційного вигорання» у викладачів закладів медичної освіти та медичних працівників // Science and education: problems, prospects and innovations : proceedings of The 7 th International scientific and practical conference (Kyoto, Japan, April 1–3, 2021). Kyoto : CPN Publishing Group, 2021. P. 896–904. URI: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/15484>
5. Сипченко О. М., Банченко С. С. Професійне вигорання викладачів ЗВО як психологічна проблема // Молодий вчений. 2018. № 10.1 (62.1). С. 106–109. URI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2018_10.1_27
6. Литовка В. В., Біланов О. С., Свінцицька Н. Л. Білаш В. П., Гринь В. Г. [та ін.]. Соціально-психологічні чинники формування емоційного вигорання у працівників медичного профілю // Психологія розвитку та життєстійкості особистості: виклики та нові можливості: збірник наукових матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції до 110-річчя Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка (м. Полтава, 23–24 травня 2024 р.). Полтава: П Н П У, 2024. С. 85–89. URI: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/24142>
7. Bilanova L. P., Bobukh V. V., Andreyko S. S., Svintsytska N. L., Bilash V. P. & Bilanov O. S. Development of general and professional competences of future healthcare professionals through the implementation of training in the educational process // Bulletin of problems in biology and medicine. 2024. Issue 1 (172). P. 294–298. DOI: 10.29254/2077-4214-2024-1-172-290-298

МОНІТОРИНГ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Бісмак О.В., Качанова М.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків,
Україна

Постановка проблеми та аналіз результатів останніх досліджень. В умовах значного погіршення здоров'я населення, зростання травматизму та інвалідності серед військовослужбовців і цивільних, спричинених військовими діями на території України, особливої актуальності набувають питання, пов'язані з якістю надання реабілітаційних послуг постраждалим [7]. Одним із фахівців міждисциплінарної реабілітаційної команди є фізичні терапевти, які здатні надавати ефективну допомогу в сфері здоров'язбереження, здійснювати відновлення та профілактику рухових дисфункцій у людей, реалізувати компенсацію функціональних порушень у сучасних реаліях українського суспільства.

На думку А. В. Фастівець (2024), існує нагальна необхідність у впровадженні своєчасної та ефективної реабілітаційної системи з урахуванням індивідуальних особливостей та потреб кожної людини, спрямованої на розвиток, збереження та відновлення функціональних можливостей організму, забезпечення повноцінної життєдіяльності хворих і неповносправних, підвищення загального рівня якості життя населення України [7].

Проте самі фізичні терапевти, як професіонали галузі охорони здоров'я, відчувають велике психоемоційне навантаження у межах своєї професійної відповідальності у зв'язку з великою кількістю осіб, які потребують відновлення фізичного і функціонального стану після травм і захворювань. Все це негативно впливає на стан здоров'я фізичних терапевтів і сприяє розвитку психоемоційного та професійного вигорання. Ранній скринінг проблем психоемоційного стану фізичних терапевтів і своєчасна діагностика та профілактика порушень є важливим питанням у нашій країні.

Мета роботи – проаналізувати методи ранньої діагностики та моніторингу психоемоційного стану фізичних терапевтів у процесі професійної діяльності.

Методи дослідження: аналіз наукових джерел за темою дослідження, узагальнення та систематизація одержаних результатів.

Результати дослідження. Відомо, що фізичні терапевти – це незалежні професіонали сфери охорони здоров'я, які займаються розвитком, підтримкою та відновленням рухових функцій і рухової та функціональної спроможності людини впродовж усього життя. Крім того, фізичні терапевти також беруть участь у визначенні та покращенні якості життя і рухового потенціалу людини, у сферах пропагування здорового способу життя, профілактики, терапії/втручання та реабілітації. Цей процес охоплює досягнення фізичного, психологічного, емоційного і соціального благополуччя [5]. Все це вимагає концентрації, ментального і фізичного напруження, відповідальності, адаптації до щоденного стресу, що свідчить про те, що професія фізичного терапевта є дуже стресогенною.

Щодня фізичні терапевти піддаються впливу багатьох стресових чинників, які можуть негативно вплинути на їхнє фізичне здоров'я, психологічне благополуччя й емоційний комфорт та, як результат, призвести до синдрому емоційного вигорання.

Професійна діяльність має бути джерелом задоволення, економічних і професійних досягнень, демонструвати значущість ролі особи у функціонуванні суспільства, проте, фізичні терапевти працюють із людьми в різних складних ситуаціях, постійно потрібно аналізувати великий обсяг інформації, приймати рішення, встановлювати контакт з пацієнтами та їхніх близьких. У них часто насичений робочий графік, систематичне протистояння стресовим ситуаціям [8].

Крім того, за даними І. М. Григус зі співавт. (2017), економічні, соціально-правові проблеми робить працю фізичного терапевта надзвичайно напруженою як фізично, так і психологічно. Ці фактори здійснюють

руйнівний вплив на емоційну сферу фахівця. У результаті цього зростає кількість афективних розладів, з'являються почуття незадоволеності собою та своїм життям. Ці симптоми негативно відображаються на самореалізації спеціаліста, погіршуються результати роботи, знижується рівень задоволеності вчасною діяльністю [1].

Як стверджують дослідники [2, 4, 9], на проблеми з психоемоційним станом можуть вказувати: емоційне виснаження (почуття спустошеності та втоми, нездатність надавати емоційну підтримку), негативне ставлення до пацієнтів, колег та роботи загалом, зниження професійної реалізації (відчуття некомпетентності та невпевненості у власних силах), фізичні симптоми (хронічна втома, порушення сну, поведінкові зміни (перенесення роботи в особисте життя, зменшення зацікавленості роботою, бажання проводити менше часу на роботі) та ін.

Одним із методів раннього скринінгу психоемоційного виснаження може бути самооцінка та спостереження за своїм станом: фізичні терапевти можуть самостійно відстежувати появу перших симптомів перенапруження, самостійно здійснювати моніторинг основних психоемоційних саморегулятивних станів: рівнів тривожності, самопочуття, активності, настрою, стресостійкості.

За різними даними, інструментами для раннього скринінгу психоемоційного стану можуть бути збір, аналіз та оцінка даних за допомогою трекерів настрою та самопочуття. Це можуть як паперові щоденники, так і мобільні додатки, де людина може щодня або кілька разів на день відзначати свій емоційний стан [4]. Фізичні терапевти можуть самостійно проводити самооцінку та відстежувати появу перших симптомів перенапруження. Крім того, велике значення має самоспостереження: увага до власних відчуттів, думок, поведінкових реакцій у різних ситуаціях може допомогти фізичним терапевтам краще розуміти себе, усвідомити свої емоційні патерни, зрозуміти, що викликає позитивні та негативні емоції. Так,

Крім того, автори Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко та ін., (2023), для діагностики складових психічного здоров'я особистості рекомендують використовувати стандартизовані опитувальники для вимірювання рівня стресу, тривожності, депресії та вигорання [3].

Існує багато методик психологічної діагностики психоемоційного стану, пов'язаного з професійною діяльністю, які частіше за все потребують складної обробки та інтерпретації результатів дослідження спеціалістом. Однак, існують методики, які не вимагають складних обчислень і можуть використовуватися для діагностики свого психоемоційного стану медичними працівниками самостійно. З огляду на зазначене, можна відмітити методику «Шкала (опитувальник) оцінки якості життя для професійних медичних працівників» PROQOL-HEALTH, яка може ефективно використовуватися як для самостійного, так і для професійного дослідження цього питання [6].

Опитувальник PROQOL-HEALTH був розроблений у 2021 році під час пандемії COVID-19 Center for Victims of Torture (USA), однак її використання і в теперішній час має важливе значення. Хоча опитувальник ProQOL-Health все ще перебуває на стадії розробки, він є досить інформативним на ранній стадії діагностики у процесі моніторингу. Опитувальник включає 30 тверджень щодо поточної робочої ситуації: задоволення від співчуття, відчуття підтримки, професійне вигорання, вторинний травматичний стрес, моральні страждання.

Оцінка якості життя за даною методикою відбувається за наступними 5 критеріями: переваги професійної діяльності: 1) задоволення від співчуття – це задоволення, яке ви отримуєте від відчуття того, що ви ефективно виконуєте свою роботу як медичний працівник; 2) відчуття підтримки – сприйняття підтримки – це ваше відчуття того, що ви маєте доступ до ефективної допомоги, коли вона вам потрібна. Уразливість, пов'язана з професійною діяльністю: 3) професійне вигорання – відчуття безнадійності, виснаження, які заважають ефективно працювати на роботі; 4) вторинний травматичний стрес – це пов'язаний з роботою вторинний вплив травматично

стресових подій; 5) Моральні страждання – це моральний дискомфорт, який викликаний обставинами або вказівками, які змушують нас діяти у спосіб, що суперечить нашим особистісним цінностям, переконанням і моралі. Результати (кількість балів), отримані за допомогою такого опитувальника, як шкала ProQOL- HEALTH, слід розглядати як частину інформації про якість життя [6].

Ще одним досить простим і зрозумілим інструментом моніторингу стану здоров'я є опитувальник «САН», названий за першими літерами слів «самопочуття», «активність», «настрій». САН призначений для визначення психоемоційного стану людини і його змін протягом певних періодів часу (наприклад робочої зміни, етапів навчання або різних періодів соціальної або фізичної реабілітації). Опитувальник САН – це бланк, на який нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою. Метод діагностики полягає в тому, що опитуваному (або в процесі самоопитування) пропонується дати оцінку свого стану (оцінити ступінь вираженості кожної ознаки).

Також рекомендують використовувати опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Методика складається із 40 питань та спрямована на визначення рівня таких станів як тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності. Респонденту необхідно оцінити свій психоемоційний стан, які можуть виникати під час різних ситуацій на роботі [6].

Самооцінку стійкості до стресу можна провести за допомогою тесту «Стійкість до стресу», в основі якого 18 тверджень щодо рівня стійкості до стресу (низький, середній, високий).

Позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, дає можливість визначити методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale)) (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W. M. van der Veld, & E.S. Becker), оскільки позитивно «забарвлює»

життєву активність людини, що дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми.

Для визначення чинників психічного здоров'я та благополуччя можна використовувати «Опитувальник професійної самоефективності (коротка версія)» («Short Occupational Self-Efficacy Scale») (T. Rigotti, B. Schyns, and G. Mohr) (адаптація О.В. Креденцер). Методика містить 6 питань та є скороченою версією «Шкали професійної самоефективності» (B. Schyns, G. von Collani) з 20 питань. «Шкала професійної самоефективності (коротка версія)» пройшла стандартизацію в п'яти країнах Європи (Німеччина, Швеція, Бельгія, Великобританія та Іспанія) та показала високу валідність щодо дослідження професійної самоефективності персоналу організацій [6].

Висновки. Отже, психоемоційне виснаження у фізичних терапевтів – надзвичайно актуальна та поширена проблема сьогодення, яка потребує детального вивчення і негайного вирішення. Своєчасна діагностика психоемоційного стану фізичних терапевтів дозволить вчасно вжити заходів для запобігання серйозним наслідкам, таким як професійне вигорання, погіршення здоров'я та зниження якості реабілітаційних послуг. Важливим питанням є підбір та використання різноманітного діагностичного інструментарію для моніторингу психоемоційного стану фізичних терапевтів (самостереження, самооцінка, трекери, опитувальники, психологічне тестування та ін).

Крім того, важливою для фізичних терапевтів є підтримка суспільства, повага до їх складної праці, оскільки на фізичних терапевтів разом з іншими фахівцями галузі охорони здоров'я покладено надзвичайно велике навантаження, виконуючи головне завдання фізичного терапевта – надавати якісні реабілітаційні послуги усім, хто їх потребує.

Перспективи подальших досліджень. Актуальним залишається пошук нових методів діагностики і моніторингу психоемоційного стану та шляхів відновлення психофізичного благополуччя фізичного терапевта.

Література

1. Григус І. М., Нагорна О. Б., Горчак В. В. Синдром професійного вигорання фізичного терапевта. *Вісник Прикарпатського університету імені Василя Стефаника*. Серія «Фізична культура». 2017. № 25. С. 91–96.
2. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
3. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум / Л. М. Карамушка та ін. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
4. Нагорна О. Б., Примачок Л. Л. Динаміка результатів тестування професійного вигорання фахівців педіатричної паліативної допомоги. *Public Health Journal*. 2023. Вип. 3. С. 81–87.
5. Професійний стандарт «ФІЗИЧНИЙ ТЕРАПЕВТ». Розробник : Громадська організація «Українська Асоціація фізичної терапії», затверджено наказом голови Правління № 01/24-ПС від 27.11.2024 р. https://register.nqa.gov.ua/uploads/0/689-ilovepdf_merged_6.pdf
6. Тест для раннього скринінгу психоемоційного стану (тривога, депресія, ПТСР) та проблемного вживання алкоголю. <https://phc.org.ua/news/test-dlya-rannogo-skriningu-psikhoemociynogo-stanu-trivoga-depresiya-ptsr-ta-problemnogo> (дата звернення: 25.09.2025).
7. Фастівець А.В. Теорія і практика підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії у процесі вивчення природничих дисциплін. Дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Полтава, 2024.
8. Хайлов А. В., Коршенко В. О. Розвиток емоційного інтелекту у медичних сестер під Час навчання як профілактика раннього професійного вигорання. Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 8 верес. 2023 р. / Полтавс. держ. мед. ун-т, Полтава, 2023. С. 143–147.

9. Шевцов А. Г. Модель організації психологічної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я. *Український освітньо-науковий медичний простір*. 2024. № 2(3). С. 27-40.

УДК 616.895.8:355.01

ПАТОМОРФОЗ ШИЗОФРЕНІЇ В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІЙСЬКОВИМИ ДІЯМИ: КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ

Борисенко В. В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Анотація. Дослідження присвячено аналізу впливу довготривалого хронічного стресу, пов'язаного з військовими діями, на дебют, перебіг клінічні та прояви шизофренії. Розглянуто основні напрямки патоморфозу цього ендогенного розладу в екстремальних умовах сучасної війни. Проаналізовано роль бойового стресу як тригера маніфестації та загострення шизофренії в межах концепції «діатез-стрес». Особливу увагу приділено феномену високої коморбідності шизофренії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед ветеранів та комбатантів. Детально описано клінічні наслідки такого поєднання, зокрема взаємне обтяження симптоматики, модифікацію змісту психотичних переживань (маячіння та галюцинацій) з включенням у них бойової тематики, а також посилення негативних та когнітивних розладів. Висвітлено ключові проблеми диференційної діагностики між шизофренією, спровокованою травмою, та важким ПТСР із психотичними симптомами. Обґрунтовано необхідність розробки інтегрованих протоколів діагностики та терапії для пацієнтів із цією поєднаною патологією. Зроблено висновок, що патоморфоз шизофренії в умовах війни є комплексним явищем, яке вимагає глибокого наукового вивчення та вдосконалення клінічної практики.

Ключові слова: шизофренія, патоморфоз, бойовий стрес, військові дії, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), коморбідність, дебют шизофренії, диференційна діагностика.

Вступ. Повномасштабні військові дії на території України стали безпрецедентним викликом для національної системи охорони психічного здоров'я. Наслідки довготривалого хронічного стресу, прямої загрози життю та психологічної травматизації охоплюють широкі верстви населення, включно з військовослужбовцями та цивільними громадянами [1]. У фокусі наукових досліджень переважно перебувають розлади, безпосередньо пов'язані з травмою, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні стани [2]. Водночас вплив екстремального стресу на перебіг та клінічну картину важких ендогенних психозів, таких як шизофренія, залишається менш дослідженою, але вкрай актуальною проблемою.

Шизофренія — це хронічне психічне захворювання з поліморфною симптоматикою, в основі патогенезу якого лежить складна взаємодія генетичної схильності та факторів зовнішнього середовища [3]. Одним із найпотужніших таких факторів є психосоціальний стрес. Класична модель «діатез-стрес» постулює, що в генетично вразливих осіб інтенсивний стресовий вплив може виступати тригером, що запускає маніфестацію хвороби або провокує її загострення [4]. Умови сучасної війни створюють середовище максимального стресового навантаження, що неминуче позначається на популяції пацієнтів із розладами шизофренічного спектру. Актуальність теми посилюється тим, що клініцисти все частіше стикаються зі зміненими, атиповими картинами психічних розладів, які не вкладаються у класичні діагностичні рамки. Це явище, відоме як патоморфоз, в умовах війни набуває особливого значення [5]. Зміна клінічних проявів шизофренії, її поєднання з важкою травматичною симптоматикою та модифікація перебігу вимагають глибокого аналізу та

перегляду стандартних підходів до діагностики, терапії та комплексу реабілітаційних заходів в період видужання чи ремісії..

Мета дослідження

Систематизувати та проаналізувати основні напрямки патоморфозу шизофренії під впливом довготривалого хронічного стресу, пов'язаного з військовими діями, та визначити ключові клініко-діагностичні виклики, що постають перед фахівцями.

Завдання дослідження:

1. Розглянути роль бойового стресу як фактора маніфестації та загострення шизофренії.
2. Проаналізувати клінічні особливості шизофренії, коморбідної з ПТСР та іншими стрес асоційованими розладами.
3. Окреслити основні труднощі диференційної діагностики між психотичними розладами, спровокованими травмою та клінічними проявами шизофренії.

Обговорення.

Вплив як гострого, так і хронічного військового стресу на шизофренію реалізується двома основними шляхами: як тригер першого психотичного епізоду та як провокатор рецидивів у пацієнтів із вже встановленим діагнозом. Нейробіологічні дослідження показують, що хронічний стрес призводить до дисрегуляції ключових нейромедіаторних систем, насамперед дофамінергічної та глутаматергічної, які відіграють центральну роль у патофізіології шизофренії [4]. Постійна гіперактивація осі «гіпоталамус-гіпофіз-наднирники» та надлишок кортизолу можуть спричинити нейротоксичний вплив, посилюючи вразливість мозку у схильних осіб [3]. Для молодшої людини, яка перебуває у продромальному періоді шизофренії, потрапляння в умови бойових дій (постійна загроза, порушення сну, фізичне виснаження, свідком травматичних подій) чи тривалого соціально-психологічного стресу, може стати тим самим «останнім поштовхом», що призводить до маніфестації психозу. Для

пацієнтів, які вже мають діагноз, умови війни створюють майже непереборні перешкоди для підтримки ремісії. Порушення режиму прийому ліків, неможливість отримати своєчасну психіатричну допомогу, високий рівень стресу та відсутність соціальної підтримки значно підвищують ризик загострень [1]. Такі рецидиви часто є важчими, тривалішими та більш резистентними до стандартної нейролептичної терапії.

Одним із найяскравіших проявів патоморфозу шизофренії в умовах війни є формування стійкого коморбідного стану з ПТСР чи іншими стресасоційованими розладами. Міжнародні метааналізи показують, що поширеність ПТСР серед пацієнтів із шизофренією може сягати 30–40%, що значно вище, ніж у загальній популяції [6]. Така подвійна діагностика створює унікальну і вкрай складну клінічну картину [7], що характеризується:

- взаємним обтяження симптомів; симптоми обох розладів не просто співіснують, а й взаємно посилюють один одного, наприклад, гіперзбудження та параноїдна настороженість, характерні для ПТСР, можуть підживлювати маячні ідеї переслідування при шизофренії. З іншого боку, когнітивний дефіцит та порушення мислення при шизофренії заважають пацієнту раціонально опрацьовувати травматичні спогади, що сприяє їхньому закріпленню [8].

- модифікацією змісту психотичної продукції; це центральний аспект патоморфозу – зміст маячних ідей та галюцинацій пацієнта починає безпосередньо відображати його травматичний бойовий досвід, класичне марення переслідування може трансформуватися в переконаність, що за пацієнтом стежать ворожі спецслужби, слухові галюцинації можуть набувати форми наказів військового командира, звуків стрілянини чи криків поранених [9]. Таким чином, межа між інтрузивними спогадами (флешбеками) при ПТСР та істинними галюцинаціями при шизофренії стає розмитою.

- посилення негативної симптоматики, коли такі симптоми шизофренії, як соціальна відстороненість, апатія, ангедонія та емоційна сплосченість, поглиблюються через активне уникнення, характерне для ПТСР і інших стресасоційованих розладів, при цьому пацієнт уникає будь-яких стимулів, що нагадують про травму, що ще більше посилює його соціальну ізоляцію.

Складність клінічної картини при поєднанні психозу та травми створює значні діагностичні труднощі. Лікарю необхідно розрізняти щонайменше три стани, по-перше – це шизофренія, що дебютувала або загострилася під впливом травми, у цьому випадку психотична симптоматика є стійкою та включає характерні для шизофренії розлади мислення і негативні симптоми. По-друге – це важкий ПТСР із вторинними психотичними симптомами, коли психотичні явища виникають виключно в контексті травматичних переживань і зникають при зменшенні інтенсивності симптомів ПТСР. І на останок, шизоафективний або інший психотичний розлад, спровокований стресом [10].

Помилка в діагностиці може мати фатальні наслідки для лікування. Наприклад, при терапії, сфокусованій виключно на ПТСР, без призначення адекватної антипсихотичної терапії, стан пацієнта із шизофренією може стрімко погіршитися [7]. І навпаки, лікування лише нейролептиками без психотерапевтичної роботи з травмою не дозволить досягти стійкої ремісії у пацієнта з коморбідним ПТСР [8].

Висновки

Довготривалий хронічний стрес, спричинений військовими діями, призводить до значного патоморфозу шизофренії, що проявляється у кількох ключових аспектах:

1. Він виступає потужним тригером, що підвищує частоту маніфестації захворювання у схильних осіб та провокує важкі, терапевтично резистентні рецидиви [4].

2. Сприяє формуванню складної коморбідної патології з ПТСР та іншими стресасоційованими розладами, що призводить до взаємного обтяження клінічної картини, посилення соціальної дезадаптації та погіршення прогнозу [6].

3. Відбувається модифікація змісту продуктивної психопатологічної симптоматики, яка починає відображати травматичний бойовий досвід пацієнта, що ускладнює діагностику [9].

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані підкреслюють нагальну потребу в розробці та впровадженні інтегрованих, комплексних протоколів діагностики, лікування та реабілітації для пацієнтів із поєднанням шизофренії та розладів, пов'язаних із травмою. Необхідно проводити подальші, зокрема лонгітюдні, дослідження на українській виборці для кращого розуміння довгострокових наслідків війни для цієї вразливої категорії пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в умовах війни: відповіді та виклики сьогодення. *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30, № 1. С. 5–11.
2. Франкова І. Я. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в учасників бойових дій: особливості клініки, діагностики та терапевтичних підходів. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2021. Вип. 18. С. 45–52.
3. Walker E. F., Mittal V., Tessner K. Stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2008. Vol. 4. P. 189–216.
4. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977. Vol. 86, No. 2. P. 103–126.
5. Марута Н. О., Панько Т. В. Клінічний патоморфоз психічних та поведінкових розладів у населення України в умовах соціального стресу. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, № 4. С. 14–19.

6. Achim A. M., Maziade M., Raymond C., et al. How prevalent is post-traumatic stress disorder in schizophrenia? A meta-analysis and systematic review. *Schizophrenia Bulletin*. 2011. Vol. 37, No. 4. P. 811–821.
7. Mueser K. T., Rosenberg S. D., Goodman L. A., Trumbetta S. L. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*. 2002. Vol. 53, No. 1–2. P. 123–143.
8. Kim E., Kulkarni J., Gurvich C. The relationship between post-traumatic stress disorder and schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 279. P. 348–360.
9. Ошур Г. В., Кожина А. М., Зеленська К. О. Клініко-психопатологічні особливості психотичних розладів у комбатантів з посттравматичним стресовим розладом. *Архів психіатрії*. 2020. Т. 26, № 2. С. 84–89.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1120 p.

ДОСВІД КИТАЮ У РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УКРАЇНИ

Дудіна О.В.

Донецький національний медичний університет, *Кропивницький, Україна*

Медична реабілітація є відносно новим напрямом у глобальній системі охорони здоров'я, однак її значення невпинно зростає у зв'язку з такими викликами сучасності, як старіння населення, поширення хронічних захворювань, високий рівень травматизму та потреба у відновленні функціонального здоров'я пацієнтів. Подібно до більшості країн світу, Китай розпочав розвиток сучасної реабілітаційної медицини лише наприкінці ХХ століття, проте вже сьогодні демонструє вагомі досягнення в організації освітньої підготовки фахівців та формуванні багаторівневої системи реабілітаційної допомоги.

Від початку 1980-х років у Китаї активно формується науково-освітня база цієї галузі: у медичних університетах запроваджено курси «реабілітаційної медицини», створено профільні асоціації та спеціалізовані наукові видання, налагоджено співпрацю з Всесвітньою організацією охорони здоров'я [3]. Подальший розвиток реабілітаційної медицини був зумовлений як реформами системи охорони здоров'я, так і суспільним запитом на підвищення якості життя населення. Важливим чинником інституціоналізації цієї галузі стала реакція уряду та професійної спільноти на стихійні лиха та техногенні катастрофи, зокрема землетрус у Сичуані 2008 року, який продемонстрував нагальну потребу в масштабному розгортанні реабілітаційних ресурсів.

Попри суттєвий прогрес, система медичної реабілітації Китаю все ще перебуває у стадії становлення. Відчувається дефіцит спеціалізованих кадрів, недостатньо розвинена мережа реабілітаційних клінік і закладів громадського рівня, удосконалення потребує трирівнева модель надання послуг. Водночас у державній політиці останніх десятиліть простежується послідовна тенденція до інтеграції реабілітаційної допомоги у загальну систему охорони здоров'я: ухвалено низку нормативних документів, які визначають стандарти функціонування відділень реабілітаційної медицини у лікарнях, створено сучасну базу для підготовки реабілітологів, зокрема через університетські програми у рамках 13-ї та 14-ї п'ятирічок [2].

У 2017 році ВООЗ започаткувала глобальну ініціативу «Rehabilitation 2030: A Call to Action», спрямовану на розширення доступу та підвищення якості реабілітаційних послуг у світі [1]. За результатами першого глобального дослідження, Китай виявився країною з найбільшим попитом на такі послуги. Це пояснюється демографічними факторами (старінням населення), зростанням кількості хронічних патологій та наслідків травматизму.

Разом із тим реалізація завдань, задекларованих у стратегії «Rehabilitation 2030», у Китаї стикається з низкою системних викликів.

Найбільш гострою проблемою залишається дефіцит кадрів: кількість підготовлених лікарів-реабілітологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та медичних сестер істотно нижча за державні стандарти. Важливим бар'єром є також нерівномірний розподіл ресурсів: висококваліфіковані фахівці та сучасні клініки зосереджені переважно у великих містах і провідних університетських лікарнях, тоді як сільські та віддалені регіони мають обмежений доступ до реабілітаційних послуг.

Для подолання цих труднощів у Китаї окреслено низку стратегічних напрямів: 1) посилення інвестицій у реабілітаційну освіту та підготовку кадрів, зокрема створення нових освітніх програм і підвищення престижності професії; 2) розширення мережі спеціалізованих установ та забезпечення більш рівномірного розподілу ресурсів між містами та сільськими територіями; 3) розвиток системи громадської (community-based) реабілітації, яка підвищує доступність і наближає послуги до пацієнтів; 4) удосконалення міжвідомчої взаємодії між медичними, освітніми та соціальними інституціями.

Китайський досвід свідчить, що розвиток медичної реабілітації потребує комплексного підходу: від державної політики та інвестицій до підготовки кадрів та міжнародного співробітництва.

Відтак, упродовж останніх років Китай здійснив низку послідовних кроків, спрямованих на подолання структурних труднощів у сфері медичної реабілітації. Одним із ключових напрямів стало посилення кадрового забезпечення. У 2023 році було затверджено новий навчальний план для підготовки фахівців з реабілітаційної медицини, який встановлює єдині освітні стандарти для різних рівнів спеціалістів. Створено мережу базових центрів підготовки лікарів-реабілітологів, серед яких 269 акредитованих установ і 32 ключові професійні бази, що вже прийняли на навчання понад 5000 резидентів [2]. Важливим доповненням стала активізація безперервної медичної освіти, особливо у сфері реабілітаційного сестринства, що отримала нормативне закріплення у низці політичних документів останніх років.

Другим напрямом удосконалення стало розширення мережі реабілітаційних послуг та підвищення їх доступності. Китай послідовно впроваджує триєрархічну модель, що охоплює первинний, вторинний і третинний рівні допомоги, а також розвиває community-based rehabilitation, яка забезпечує наближення послуг до населення у сільських та віддалених районах. Важливу роль у цьому процесі відіграє налагодження ефективних механізмів трансферу пацієнтів між лікарнями різних рівнів та реабілітаційними центрами, що сприяє оптимізації маршрутизації та зменшенню диспропорцій у наданні допомоги.

Значної уваги приділяється інституційній підтримці та державному фінансуванню. Урядові ініціативи останніх років передбачають створення спеціальних фондів для розвитку інфраструктури, оснащення закладів сучасним обладнанням та підготовки кадрів. У деяких провінціях для стимулювання роботи в сільських районах запроваджуються пільги для студентів-медиків, які зобов'язуються після завершення навчання працювати у віддалених громадах. Одночасно активно розбудовується мережа регіональних медичних центрів, що забезпечують якісні реабілітаційні послуги на рівні провінцій, тоді як первинна ланка поступово інтегрує базові реабілітаційні послуги.

Незважаючи на досягнутий прогрес, Китай усе ще стикається з низкою викликів. Загальна кількість реабілітаційних фахівців залишається відносно невеликою, а їхній розподіл між міськими та сільськими районами залишається нерівномірним. Не завершено також стандартизацію професійних ролей, зокрема фізичних терапевтів, чия діяльність лише набуває нормативного закріплення. Водночас попит на реабілітаційні послуги невпинно зростає: за прогнозами, до 2034 року близько двох із п'яти мешканців Китаю потребуватимуть тієї чи іншої форми реабілітації.

Таким чином, сучасна політика Китаю у сфері медичної реабілітації характеризується комплексним підходом, що включає освітні реформи, розвиток багаторівневої інфраструктури, підвищення фінансової підтримки

та посилення ролі громадської реабілітації. Ці заходи дозволяють поступово зменшувати дисбаланси у системі та створюють умови для формування сталого національного механізму забезпечення реабілітаційної допомоги, який може стати прикладом для інших країн, зокрема України.

Досвід Китаю у сфері медичної реабілітації, представлений діяльністю **Chinese Association of Rehabilitation Medicine (CARM)** та інвестиційних ініціатив приватних і державних структур, окреслює важливі напрями, які можуть бути використані в Україні, а саме:

1. Міжнародна співпраця та міждисциплінарність.

Участь у наукових форумах китайських, канадських і німецьких фахівців засвідчує ефективність міжнародного обміну досвідом у сфері реабілітації. Для України перспективним є розширення міжнародних партнерств із провідними клініками та університетами з метою впровадження сучасних методів фізичної терапії, зокрема у сфері дитячої реабілітації (наприклад, при розладах аутичного спектра).

2. Розвиток спеціалізованих напрямів реабілітації.

Китай демонструє активне формування нішевих напрямів, зокрема **педіатричної реабілітації**. Для України важливо розвивати спеціалізовані клініки та відділення (нейрореабілітація, кардіореабілітація, реабілітація після онкологічних захворювань), що сприятиме підвищенню якості послуг для різних груп пацієнтів.

3. Інституційний розвиток та інвестиційні моделі.

Китайський ринок реабілітаційної медицини отримав потужний розвиток завдяки поєднанню державної підтримки та приватних інвестицій. В Україні можливе створення **публічно-приватних партнерств** для будівництва реабілітаційних центрів, інтегрованих із лікарнями гострої допомоги. Це дозволить розширити доступність реабілітаційних послуг і підвищити їх економічну сталість.

4. Освіта та підготовка кадрів. Китай активно інвестує у розвиток систем підготовки та перепідготовки кадрів у сфері реабілітаційної

медицини. Для України критично важливим є формування сучасних освітніх програм для фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів, лікарів-реабілітологів, а також організація стажувань на базі міжнародних центрів.

5. **Інновації та стандартизація послуг.** Китайський досвід доводить важливість створення єдиних **клінічних протоколів** та інноваційних підходів до реабілітації. В Україні слід інтегрувати міжнародні стандарти (ICF – International Classification of Functioning, WHO Rehabilitation 2030) у практику медичних закладів для забезпечення уніфікації та підвищення якості надання допомоги.

Для України китайський досвід є цінним у трьох ключових напрямках. По-перше, варто перейняти модель обов'язкової інтеграції відділень реабілітаційної медицини у багатопрофільні лікарні, що гарантує системність у наданні допомоги. По-друге, важливим є розвиток community-based rehabilitation, орієнтованої на громади, що забезпечить доступність реабілітаційних послуг у сільських та післявоєнних регіонах. По-третє, доцільно застосувати китайську практику створення мережі освітніх і тренінгових центрів, яка дозволяє швидко готувати та перепідготовлювати кадри для потреб реабілітаційної системи.

Список літератури:

1. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization «Rehabilitation 2030: a call for action». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53. P. 155–168. URL: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>
2. National Health Commission, Ministry of Health. Guidelines for the construction and management of rehabilitation medicine departments in general hospitals. 2024. URL: <http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/c13a4d15fa1946418cb8d423785455eb.shtml>

3. Sun Q., Zhou M. The development history of China's rehabilitation medical service system. *Chinese Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019. Vol. 34. P. 753–755.

УДК 378.091.12-051/-053.81:005.963.2:159.9

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Ісаков Р.І., Герасименко Л.О., Казаков О.А.

Будь яка професійна діяльність в силу її питомої ваги у житті пересічної людини, так чи інакше накладає відбиток на особистість: формує і деформує її, породжуючи бажані і небажані риси характеру.

Механізм розвитку професійного вигорання пов'язують із дезадаптацією на тлі надмірного робочого навантаження та неадекватних міжособистісних стосунків. Нестача професійної кваліфікації на ранніх етапах розвитку спеціаліста, може компенсуватись надмірним ентузіазмом та емпатією до клієнтів. Виникає внутрішньоособистісний конфлікт між усвідомленням свого не достатньо високого рівня професійного розвитку і бажанням кар'єрно зростати, що лімітується шаблонністю мислення. Відсутність творчого підходу та неефективні стратегії реагування на стрес у такій ситуації мають наслідком акцент на інтенсивності трудової діяльності і можуть врешті призводити до виснаження і декомпенсації.

З цієї точки зору симптоми, що виникають, можна розцінювати як стратегію психологічного захисту, що полягає у зниженні емоційного напруження (енергетики афективних переживань) на тлі стресового перевантаження. Є підстави розцінювати синдром емоційного вигорання у якості більш тяжкої форми синдрому хронічної втоми.

Психоаналітична концепція розглядає емоційне вигорання у контексті проблеми формування суб'єктності.

Першу стадію професійного вигорання пояснюють страхом бути гіршим за інших та прагненням досягнути суспільного визнання (нарцисична грандіозність) через ототожнення зі сформованим образом Ідеалу в рамках Супер-Его. У рамках цієї тенденції робота сприймається як спосіб отримати визнання і любов з боку значимих персон. Невтішне порівняння із реальним Его отримало назву *«тріщини у дзеркалі»*.

Зусилля, які докладаються для подолання прірви між ідеальним образом та реальним станом речей, вражають своєю малою продуктивністю з точки зору досягнення суспільного визнання і викликають відчуття особистісної неефективності, розчарування та дисфору. Результатом стає капітуляція перед надто амбітними цілями, і відмова від прагнення ототожнювати себе з Ідеалом, яка у психоаналітиків отримала назву *«падіння дзеркала»*.

Результатом стає утрата елементу символічної ідентифікації, важливої для формування інтерсуб'єктивних співвідношень, що може призводити до звуження функціонування Его через відмову від прагнення до суспільного визнання. Соціальне оточення перестає бути джерелом очікувань визнання, і стає джерелом загроз, конфліктів і тривоги. Виходом стає обмеження виснажливих конфліктогенних інтерперсональних контактів. Суб'єкт таким чином опиняється у пустелі самоізоляції різко втрачаючи здатність до суб'єктивного забарвлення сприйняття. Говорячи про проблеми на роботі такі люди зосереджуються на організаційних проблемах, але не здатні навіть усвідомити і висловити суть наявних конфліктів. Відбувається *«втеча від дзеркала»*.

Стосовно медиків психоаналіз пояснює професійний вибір бажанням захиститись від тривоги і безсилля після хвороби чи смерті близьких людей. У цьому зв'язку виділяється «синдром обслуговуючих професій», суттю якого є спроби давати іншим те, що насправді хотілось би отримати самому, що створює підґрунтя для емоційного дисбалансу.

Групою ризику відносно розвитку цього стану є працівники соціономічних («допомагаючих») альтруїстичних професій, що працюють у

замкнених колективах від півроку і більше, та задіяні у наданні різноманітної допомоги людям у критичних ситуаціях: медики, вчителі, психологи, правоохоронці, соціальні працівники. Серед лікарів це передовсім стосується психіатрів та медиків, які надають ургентну і паліативну допомогу, стаючи свідками надзвичайних страждань, працюючи із агресивними, асоціальними, суїцидально налаштованими пацієнтами. Особливо травматичною є робота із клієнтами, які нав'язують конкурентний і агресивний стиль спілкування. Серед колег деструктивний вплив чинять особистості домінантного типу зі слабкою емпатією. Іноді у трудових колективах може спостерігатись ефект «інфікування», коли хворобливо змінена поведінка починає сприйматись як нормальна і стає стереотипною для колег.

Сприятливими факторами є молодий вік, брак досвіду та компетенції, супутнє виснаження. У жінок емоційне виснаження розвивається стрімкіше, ніж у чоловіків.

Предиктори розвитку емоційного вигорання можна схематично поділити на особистісні, рольові та організаційні.

Схильність до «вигорання» поєднується із такими особистісними рисами як розвинута емпатія, перфекціонізм, трудоголізм, тривожна помисливість, ідеалізм з ідеями месіанства, у поєднанні з емоційною нестійкістю, інтравертованістю, психічною ригідністю. Такі люди легко захоплюються певними ідеями і стають їх палкими прихильниками.

З точки зору характерологічних особливостей найбільш вразливими до вигорання є педанти, демонстративні та сенситивні особистості.

Педанти вирізняються дисциплінованістю, хворобливою акуратністю, увагою до найдрібніших деталей і безкомпромісним прагненням до зразкового порядку.

Демонстративна особистість прагне максимальної публічності аби перебувати в центрі уваги і здобувати першість у всьому. Рутинна не публічна робота, що не супроводжується активним схваленням, дуже швидко їх виснажує і викликає роздратування.

Сензитивні особистості відзначаються чуттєвістю та вразливістю, настільки близько до серця сприймаючи чужі страждання, що це межує із саморуйнуванням.

Рольові передумови професійного вигорання виникають передовсім у колективах, де характер стосунків із колегами є надзвичайно значимим фактором. Хоча звертає на себе увагу, що останнім часом все частіше подібна проблематика виникає у спеціалістів, які безпосередньо із клієнтами чи колегами працюють надзвичайно мало (програмістів, системних адміністраторів).

Важливе значення мають рольові конфлікти, незбалансований розподіл відповідальності, рольова невизначеність та невідповідність актуального професійного статусу рівневі домагань.

Рольові конфлікти виникають у ситуаціях, коли працівник вимушено виконує те, чого робити не хоче, або не повинен згідно функціональних обов'язків, стикається із надмірними обмеженнями поведінки та має необхідність вимушено демонструвати нещирі емоції.

Стресогенними є професійні ситуації, де результат залежить від злагодженості командних дій, але наявна конкуренція, що порушує принцип єдності у прийнятті рішень. Наприклад, якщо у ієрархії присутні два керівники, які дають розпорядження протилежного змісту, або є труднощі у делегуванні повноважень через відмову підлеглих виконувати вказівки. Професійна відповідальність за широке коло людей чи матеріальні цінності часто призводить до зриву механізмів адаптації. З іншого боку, низький вплив на прийняття рішень чи надто обмежена відповідальність ранив самолюбство і у спробах привернути увагу до власної нереалізованості такий працівник може демонструвати показну прохолодність у ставленні до роботи.

Причиною рольової невизначеності може бути низька культура виробничих стосунків: слабка поінформованість щодо посадових інструкцій та очікувань керівництва, критеріїв оцінювання виконаної роботи, неможливість отримати своєчасні компетентні роз'яснення з актуальних

питань, нестабільний статус із перманентним очікуванням на зміни, негарантоване працевлаштування, страх втратити роботу.

Психологічно обтяжливою є рольова невідповідність: повільне або не виправдано швидке кар'єрне просування, професійна неуспішність, фрустрація через досягнення кар'єрної стелі, професійна стагнація, обумовлена дефіцитом певних якостей для подальшого, уже запланованого кар'єрного зростання.

До організаційних факторів, що визначаються як предиктори вигорання, належать високе або навпаки низьке виробниче навантаження, відсутність достатнього відпочинку та інтересів поза професійною діяльністю. Надмірне навантаження викликає тривогу з приводу власної здатності справитись із завданнями. Однак фрустрація супроводжує і ситуацію недовантаженості, у такому випадку базуючись на сумнівах щодо власної цінності для суспільства, перспектив життєвого успіху. Цей стан супроводжується відчуттям краху самооцінки, очікуванням матеріальних збитків, безнадією. Суттєвими факторами є фізичні умови праці, наприклад некомфортна температура приміщення, погане освітлення чи надмірний шум.

Патогенний вплив чинить одноманітність і монотонність діяльності або ж навпаки часовий цейтнот і необхідність прийняття самостійного рішення у неоднозначних умовах, нераціональний розподіл часу, що стає причиною метання між сім'єю та роботою, переносячи кризи із однієї сфери до іншої, коли мобільність на роботі погіршує ситуацію у сім'ї, відсутність соціальної підтримки, низька винагорода праці, високий ризик штрафних санкцій.

Література:

1. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Job Stress and burnout / Eds. W.S. Paine. Beverly Hills: Sage, 1982.
2. Ісаков Р.І. Медична психологія: підручник / Р.І. Ісаков. – К. : ВСВ «Медицина», 2025. – 367с.

3. Ісаков Р.І., Герасименко Л. О. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2024. – № (136). – С. 16–19.
4. Скрипніков А.М. Ментальне здоров'я населення Полтавської області: колективна монографія / за ред. А. М. Скрипнікова, Л. О. Герасименко. – Полтава. ПП «Астроя», 2023. – 190 с.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Катеренчук І.П., Циганенко І.В.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність проблеми. В умовах сьогодення одним із ключових напрямків реформування системи охорони здоров'я України є розвиток і вдосконалення реабілітаційної допомоги, оскільки кількість людей, які в умовах повномасштабного військового вторгнення після стабілізації стану та лікування потребують реабілітації, щоденно збільшується. У нинішніх умовах реабілітація переживає процес трансформації до найкращих світових практик у відповідності з сучасними науковими досягненнями, сприяючи адаптації медицини до потреб суспільства, орієнтуючись на пацієнта та ефективне використання ресурсів. Зокрема, у багатьох закладах вже створено багатопрофільні команди фахівців, які надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу, впроваджують інноваційні методи фізичної та психологічної реабілітації. Ці зміни мають стратегічне значення для створення стійкої, орієнтованої на якість системи надання реабілітаційної допомоги.

Мета роботи. Проаналізувати і узагальнити особливості надання реабілітаційної допомоги у різних країнах світу за пошуком у літературних та електронних джерелах інформації, відзначивши переваги і недоліки та наявні проблеми, а також визначити особливості, переваги, недоліки та проблеми надання реабілітаційної допомоги в Україні.

Результати дослідження. Реабілітація є сучасною надзвичайно важливою стратегією охорони здоров'я для оптимізації повсякденного функціонування та забезпечення найвищого можливого стандарту здоров'я та благополуччя. Реабілітаційні послуги можуть знадобитися людині протягом усього життя. Протягом тривалого часу реабілітація не була пріоритетною в багатьох країнах, оскільки у кожній країні ресурси для її проведення були обмеженими. У ХХІ сторіччі швидке старіння населення, зростання випадків хронічних захворювань, виживання після травм/поранень та неінфекційних захворювань, а також глобальні конфлікти, швидка урбанізація та моторизація привели до швидкої зміни потреб у сфері охорони здоров'я [13].

Є чітке переконання, що з плином часу потреби в реабілітації ще більше зростатимуть у найближчі роки, що є значним викликом для систем охорони здоров'я та соціального забезпечення [2].

Дослідження Глобального тягаря захворювань 2019 року свідчать, що 2,41 мільярда осіб (що дорівнює приблизно кожній третій людині), мали захворювання, які потребували б реабілітації. У той же час, загальна кількість людей, які в певний момент скористаються послугами реабілітації, зросла на 63% з 1990 по 2019 рік, хоча у 2019 році серед осіб віком 15-64 років 1600 мільйонів мали захворювання, які потребують реабілітації, причому розлади опорно-рухового апарату становили приблизно дві третини від цієї кількості [2].

В умовах сьогодення не лише дорослі, але і діти часто потребують реабілітаційної допомоги. Вони становлять значну та важливу частину користувачів реабілітаційних послуг. За даними ВООЗ, хоча рівень дитячої смертності знижується, не всі, хто виживає, повністю виздоровлюють і функціонування організму повністю відновлюється [13].

В останні роки з'явилися докази, що багато людей, які постраждали від пандемії COVID-19, також мають довгострокові наслідки незалежно від початкової тяжкості захворювання чи тривалості госпіталізації. Це ще більше збільшило глобальний попит на реабілітаційні послуги. Стало очевидним, що

для задоволення потреб у реабілітації реабілітаційні послуги необхідно інтегрувати в системи охорони здоров'я, і, зокрема, реабілітаційні послуги необхідно посилити на рівні первинної медичної допомоги, де люди отримуватимуть користь від реабілітації поблизу дому. Створення реальних передумов для виконання реальних завдань щодо реабілітації у повсякденній практиці сімейних лікарів дозволить забезпечити досягнення комплексного та повноцінного підходу до догляду, тим самим покращуючи функціонування та якість життя населення [13,14].

У нинішніх умовах кожна країна організовує систему медичної реабілітації відповідно до своїх національних вимог.

Німеччина. Реабілітаційна терапія проводиться у стаціонарних закладах, до яких відносяться реабілітаційні центри, реабілітаційні відділення у великих лікарнях, санаторіях та курортних центрах, у амбулаторних закладах, яким надається перевага, а також у так званих денних клініках [9]. Поширеними є такі форми реабілітаційних послуг, як денні стаціонари та лікарні для пацієнтів з хронічними захворюваннями та інвалідів, які не потребують постійного цілодобового медичного нагляду. Для визначення ефективності реабілітації використовується метод опитування пацієнтів при виписці з реабілітаційного центру [7]. Наразі розробляються стандарти реабілітації для аналізу та гарантування якості терапевтичного курсу. Державна охорона здоров'я базується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з обов'язкового державного страхування та приватних фондів медичного страхування.

Франція. Реабілітаційні заходи є складовою супутньої відновлювальної терапії під час перебування пацієнта в лікарні. [4].

Реабілітаційний центр може отримати дозвіл на лікування пацієнтів, якщо він відповідає певним стандартним вимогам, наприклад, обладнання навчальних залів, наявність принаймні одного басейну, бальнео- та фізіотерапевтичних кабінетів, включаючи місце для петлевих столів, апаратів для електротерапії, кабінетів для ерготерапії, гіпсових кабінетів, кімнат для

тренажерів, кабінетів для мовної підготовки, залів та класів для шкільної, професійної та соціальної реінтеграції, дозвілля. Економічна ефективність багатьох клінік не гарантована, оскільки постачальники медичного страхування, які фінансують реабілітаційні програми, прагнуть мінімізувати співоплату, що робить медичну реабілітацію практично недоступною через початково високу вартість лікування. Громадські консультації щодо розвитку системи реабілітаційних послуг у Франції спрямовані на вирішення проблем надання довгострокової уваги інвалідам, оскільки система медичного страхування не забезпечує належного догляду за такими пацієнтами. Фінансування приватних клінік, яке встановлюється префектом округу, також є недостатнім. Недостатнє фінансування реабілітаційних послуг пов'язане зі зниженням терапевтичного потенціалу, а саме лікування обмежується сестринським процесом і не спрямоване на реінтеграцію пацієнтів.

Швейцарія. У швейцарській системі медичної реабілітації концепція управління якістю включена до Закону про медичне страхування. Певні критерії, пов'язані з рівнем персоналу, мають вирішальне значення для визначення потенційних можливостей реабілітаційної клініки проводити реабілітаційну терапію. Існує багатoproфільний принцип лікування [10]. Загальний план реабілітаційного лікування кожного госпіталізованого пацієнта поділяється на тижневі плани, визначаються цілі реабілітації. Лікарі відповідають за подальшу діагностику, призначення, координацію та контроль терапевтичних заходів відповідно до плану реабілітації, запровадження спеціальних форм лікування, ведення клінічної документації, надання подальших рекомендацій щодо реабілітації після виписки пацієнта та написання виписного листа зі стаціонару з епікризом, який надсилається сімейному лікарю та фінансуючій організації.

Іспанія. Державна система охорони здоров'я фінансується платниками податків. Медична реабілітація в Іспанії є частиною первинної амбулаторної медичної допомоги, що фінансується платниками податків, і проводиться

амбулаторно в центрах первинної медичної допомоги [3]. Існує близько 2500 таких центрів, де кожен громадянин може отримати діагностичні, терапевтичні, профілактичні та реабілітаційні послуги. Система реабілітаційної терапії у спеціалізованих реабілітаційних клініках для пацієнтів загалом недостатньо розвинена, про що свідчить рівень доступності реабілітаційних закладів – близько 0,05 реабілітаційних ліжок на 1000 населення. У країні наявні 24 реабілітаційні центри, більшість з яких є приватними.

Англія. У Об'єднаному Королівстві реабілітація загалом, як і медична реабілітація, знаходиться між двома окремими системами: Національною службою охорони здоров'я, з одного боку, та Системою соціального забезпечення, з іншого [5]. Таке проміжне положення створює певні труднощі для забезпечення медичних, професійних та соціальних реабілітаційних послуг. Проблема полягає в розмежуванні обов'язків між Національною службою охорони здоров'я та Системою соціального забезпечення. У Великій Британії медична реабілітаційна терапія зазвичай проводиться як частина стаціонарного лікування.

Швеція. З завданнями реабілітаційної медицини у Швеції є професійна реінтеграція, професійна освіта, допомога у працевлаштуванні, організація належних умов життя після виписки з лікарні, а також подальша діагностика та лікування пацієнтів, встановлення зв'язку із соціальними службами, агентствами праці та постачальниками медичного страхування, якщо необхідно [11]. Фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини відповідають за процедури фізіотерапії та ерготерапії, надають консультації тим, кого направили сімейні лікарі або установи для пологів. Маючи глибокі знання психології, логопедії та соціальної медицини, вони керуються принципами невідкладної медичної допомоги. Зазвичай надається первинна медико-санітарна допомога. у медичних центрах провінцій, що складаються з лікарень та амбулаторні клініки [12]. Згідно з рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я та соціальних справ, кожен пацієнт має право на

індивідуальний план реабілітації [8]. Забезпечення якості у відділеннях реабілітації контролюється Шведським товариством реабілітаційної медицини, яке видає сертифікати якості. Відповідно до Положення про управління якістю в охороні здоров'я, всі державні органи охорони здоров'я, що фінансують, зобов'язані регулярно брати участь у моніторингу якості. Кожна лікарня зобов'язана розробити власну систему контролю якості. Створені реєстри контролю якості для самомоніторингу постачальників медичних послуг, а також для державного контролю якості. Наразі хронічна патологія є однією з основних проблем, що обговорюються в країні. Близько 45% людей з хронічними захворюваннями є інвалідами більше дванадцяти місяців. Достроковий вихід на пенсію по інвалідності є не вигідним для системи пенсійного страхування через перерозподіл фінансових витрат, але не вирішення проблеми. Медична реабілітація має велике значення для громадського здоров'я у Швеції, що передбачає запобігання ранній інвалідності у багатьох випадках. У Швеції охорона здоров'я на 95% фінансується державою.

США. У США реабілітаційні центри є частиною наукових та медичних асоціацій [6]. Це 30 багатопрофільних медичних центрів, оснащених найсучаснішим обладнанням. Показник функціональної незалежності став широко використовуваним, слугуючи інструментом для статистичного порівняння результатів реабілітації між реабілітаційними закладами.

Лікарні в Сполучених Штатах підлягають суворому контролю якості та зобов'язані перевіряти акредитацію кожні 3 роки, щоби продовжити право надання медичних послуг людям. Таким чином здійснюється державний контроль та вплив на систему охорони здоров'я.

Міжнародний досвід функціонування систем медичної реабілітації в індустріально розвинених країнах, а також способи оцінки їхньої якості, можуть завжди служити прикладом для українських фахівців охорони здоров'я у розробці ефективної національної системи реабілітаційної медицини. Між тим, накопичений в Україні досвід, особливо у останні роки,

заслуговує на його подальше вивчення і широке розповсюдження, а наявні проблеми потребують свого розв'язання.

Україна. Особливостями медичної реабілітації є наступні:

- медична реабілітація в Україні – це безоплатні послуги з відновлення здоров'я, які надаються в рамках Програми медичних гарантій за електронним направленням сімейного чи лікуючого лікаря;
- реабілітацію надають мультидисциплінарні команди фахівців (фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи тощо) у стаціонарних або амбулаторних умовах.

Стаціонарна реабілітація надається у спеціалізованих відділеннях лікарень чи центрах, якщо пацієнт потребує цілодобового догляду, а амбулаторна передбачає інтенсивні заняття, але без цілодобового перебування у закладі.

Ключовими особливостями реабілітації є наступні:

- мультидисциплінарний підхід: до роботи з пацієнтом залучається команда фахівців, а не лише лікар;
- безоплатність: послуги надаються за державні кошти в межах Програми медичних гарантій;
- актуальність: реабілітація починається якомога раніше, часто ще в гострому періоді лікування.
- тривалість: стаціонарна реабілітація триває мінімум 14 днів, а амбулаторна – понад 14 днів.

Амбулаторна реабілітація передбачає наступний перелік безоплатних послуг:

- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди;
- встановлення діагнозу та складання індивідуального реабілітаційного плану, програми реабілітаційної терапії;

- визначення прогнозу за результатами реабілітаційного обстеження для планування подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта;
- моніторинг клінічного стану і коригування реабілітаційного плану за потреби;
- реабілітаційна допомога;
- підбір, налаштування та навчання користування допоміжними засобами реабілітації;
- психологічна допомога;
- консультації лікарів;
- навчання пацієнтів, членів родини або доглядачів особливостям догляду;

У рамках реабілітації у стаціонарних умовах кожен пацієнт може розраховувати на наступні послуги:

- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини,
- іншими спеціалістами і фахівцями з реабілітації;
- складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії;
- моніторинг клінічного стану й коригування реабілітаційного плану за потреби;
- лабораторні та інструментальні обстеження;
- консультації лікарів інших спеціальностей;
- надання реабілітаційної допомоги одночасно за кількома напрямками;
- цілодобовий медсестринський догляд;
- психологічна допомога;
- своєчасне знеболення на всіх етапах реабілітації;
- лікарські засоби з Національного переліку основних лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- харчування в стаціонарних умовах;

- оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлень на медико-соціально-експертну комісію та/або лікарсько-консультативну комісію тощо.

Характерною для реабілітації в Україні є людиноцентрична модель реабілітаційної допомоги. Пацієнтоцентричність передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань пацієнта, якому надається реабілітаційна допомога. Він, його законний представник чи члени сім'ї можуть брати безпосередню участь у розробці, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану.

Це означає, що лікарі фізичної та реабілітаційної медицини при складанні «дорожньої карти» реабілітації, в першу чергу, спираються на конкретні потреби пацієнта. Наприклад, його бажання керувати автомобілем, малювати чи просто обійняти рідних.

У залежності від мети – складається план інтенсивних занять, спрямованих на досягнення поставленої мети. Таким чином, пацієнт стає вмотивованим членом реабілітаційної команди, який працює на чітко визначений результат.

У подальшому Україна потребуватиме значних інвестицій, часу та системних зусиль для розгортання реабілітаційної інфраструктури, яка буде достатньою для задоволення потреб усіх вразливих груп населення, що постраждали від війни.

Одними з найважливіших проблем є фінансування реабілітаційної допомоги в Україні є:

- обмеженість державного фінансування;
- нерівний доступ до послуг, що фінансуються;
- відсутність єдиної системи направлення та маршрутизації пацієнтів;
- висока вартість лабораторної та високоспеціалізованої діагностики;
- залежність від проєктного фінансування;
- відсутність прозорості та ефективності використання коштів.

Шляхи розв'язання наявних проблем є наступні. Передусім це усвідомлення того, що забезпечення повноцінного доступу до реабілітації є не лише гуманітарним обов'язком, а й стратегічною інвестицією в майбутнє, адже дає змогу постраждалим повернутися до повноцінного життя, бути активними членами суспільства та брати участь у відбудові країни.

Запровадження сталої, інклюзивної системи медичної реабілітації є одним з ключових пріоритетів уряду на найближчі роки, що вимагає трансформації підходів до надання медичної допомоги ветеранам та особам з інвалідністю.

Сприяти ефективнішій системі реабілітації можна завдяки низці заходів, передусім, створенню регіональних реабілітаційних центрів на базі опорних лікарень. Це дасть змогу побудувати кластерну мережу доступної допомоги в регіонах, особливо деокупованих. Такі центри мають містити мультидисциплінарні команди (лікарі, фізичні терапевти, психологи, соціальні працівники), сучасне обладнання та мобільні виїзні бригади, щоб надавати послуги у віддалених громадах, що забезпечить безперервність лікування, реабілітації та соціального супроводу пацієнтів;

- розширення державного фінансування на програму протезування та реабілітації, з урахуванням щораз більших довгострокових потреб військових і цивільного населення.

- забезпечення телемедичного консультування в сільській місцевості шляхом розгортання мобільних медичних бригад, оснащених відповідним обладнанням для дистанційного обстеження та зв'язку з вузькими спеціалістами. Особливу увагу варто приділити інтеграції телемедицини з наявною системою первинної допомоги, забезпеченню цифрової інфраструктури в громадах і навчанню персоналу;

- формування національного електронного реєстру поранених, ветеранів та осіб з інвалідністю внаслідок війни з метою ефективного стратегічного планування ресурсів. Такий реєстр має охопити медичні, реабілітаційні та соціальні дані, що дозволить державі й громадам оперативно визначати обсяг

і тип належної допомоги, прогнозувати потребу в протезуванні, медикаментах, фахівцях та послугах тривалого догляду.;

- упровадження комплексної системи стимулів для залучення та утримання на роботі молодих лікарів, особливо в сільській місцевості та проблемних регіонах. Серед таких стимулів мають бути: цільові гранти на навчання з подальшим зобов'язанням працювати у визначених громадах; підвищені державні доплати до заробітної платні; доступ до службового чи соціального житла; податкові пільги; компенсація витрат на доїзд або мобільний зв'язок; а також додаткові оплачувані відпустки.

ВИСНОВКИ

Незважаючи на значні відмінності в організації медичної реабілітації в індустріально розвинених країнах, методологічні підходи є подібними з точки зору основних цілей та методичних принципів реабілітаційної медицини, а саме оцінка якості життя людей з інвалідністю визначає ефективність реабілітаційної терапії в багатьох країнах світу. Успіх реабілітації вимірюється інструментами, що оцінюють виконання повсякденних дій.

Для оцінки кінцевого функціонального стану пацієнтів після реабілітаційної терапії, а отже, і її ефективності, враховуються об'єктивні та суб'єктивні фактори: анкети, оснащення реабілітаційних відділень, адекватність персоналу, рівень компетентності персоналу лікарні, міжвідомчий контроль, реєстри контролю якості.

Функціональна незалежність є визнаним показником функціональної оцінки, що використовується під час стаціонарної реабілітації в багатьох країнах. Крім того, застосування поетапного лікування призводить до мінімізації негативних наслідків та покращення якості реабілітації.

Міжнародний досвід функціонування систем медичної реабілітації в індустріально розвинених країнах, а також способи оцінки їхньої якості, можуть слугувати цінним прикладом для українських фахівців охорони

здоров'я у розробці ефективної національної системи реабілітаційної медицини.

Література:

1. Chiou-Tan FY, Keng MJ Jr, Graves DE, Chan KT, Rintala DH. Racial/ethnic differences in FIM scores and length of stay for underinsured patients undergoing stroke inpatient rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006 May;85(5):415-23. doi: 10.1097/01.phm.0000214320.99729.f3. PMID: 16628148.
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0. Epub 2020 Dec 1. Erratum in: *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):198. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32592-7. PMID: 33275908; PMCID: PMC7811204.
3. Escriche Ros R, Morata Crespo AB. Atención primaria y rehabilitación: a propósito de la relación entre niveles asistenciales, ¿qué opinan en los centros de salud? [Primary care and rehabilitation: what do health centres think about the relationships between healthcare levels?]. *Aten Primaria*. 2012 Oct;44(10):628-9. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2012.05.004. Epub 2012 Sep 11. PMID: 22981132; PMCID: PMC7025625.
4. Fromont A, Lehanneur MN, Rollot F, Weill A, Clerc L, Bonithon Kopp C, Binquet C, Moreau T. Coûts de la sclérose en plaques en France [Cost of multiple sclerosis in France]. *Rev Neurol (Paris)*. 2014 Jun-Jul;170(6-7):432-9. French. doi: 10.1016/j.neurol.2014.02.007. Epub 2014 May 22. PMID: 24856285.
5. Graham LA. Organization of rehabilitation services. *Handb Clin Neurol*. 2013;110:113-20. doi: 10.1016/B978-0-444-52901-5.00010-1. PMID: 23312635.
6. Heinemann AW. State of the science on postacute rehabilitation: setting a research agenda and developing an evidence base for practice and public policy. An introduction. *Assist Technol*. 2008 Spring;20(1):55-60. doi: 10.1080/10400435.2008.10131932. PMID: 18751580.

7. Letzel J, Angst F, Weigl MB. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation in chronic neck pain: a naturalistic prospective cohort study with intraindividual control of effects and 12-month follow-up. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019 Oct;55(5):665-675. doi: 10.23736/S1973-9087.18.05348-0. Epub 2018 Nov 21. PMID: 30468363.
8. Lexell EM, Lexell J, Larsson-Lund M. The rehabilitation plan can support clients' active engagement and facilitate the process of change - experiences from people with late effects of polio participating in a rehabilitation programme. *Disabil Rehabil*. 2016;38(4):329-36. doi: 10.3109/09638288.2015.1038363. Epub 2015 Apr 20. PMID: 25893398.
9. Reinsberg B. Rehabilitation für die Zukunft – Deutsche Vereinigung für Rehabilitation feierte ihr 100. Gründungsjubiläum im April 2009 in Berlin. *Rehabilitation*. 2009; 48(4): 238-239. DOI: 10.1055/s-0029-1231064
10. Simons J, Thévoz D, Piquilloud L. Principes et enjeux de la mobilisation en réanimation [Principles and challenges of mobilisation in intensive care]. *Soins*. 2016 Jun;(806):13-7. French. doi: 10.1016/j.soin.2016.04.013. PMID: 27338680.
11. Stureson M, Edlund C, Falkdal AH, Bernspång B. Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences. *Prim Health Care Res Dev*. 2014 Oct;15(4):464-75. doi: 10.1017/S1463423614000255. Epub 2014 Aug 7. PMID: 25098326.
12. Øvretveit J, Ramsay P, Shortell SM, Brommels M. Comparing and improving chronic illness primary care in Sweden and the USA. *Int J Health Care Qual Assur*. 2016 Jun 13;29(5):582-95. doi: 10.1108/IJHCQA-02-2016-0014. PMID: 27256779.
13. World Health Organisation - Global Health Observatory. Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> (accessed 20/06/2021)
14. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

FAST-TRACK ПРОТОКОЛ У КОНТЕКСТІ ПРИСКОРЕНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Могильник А. І., Тарасенко К. В., Давиденко А. В.,

Архиповець О. О., Могильник А. М.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Концепція Fast-track (FT), або акуратного, мінімально агресивного проведення під час операції та подальшого швидкого пробудження, екстубації, початку реабілітації, виникла у клінічній хірургії та анестезіології досить давно. Вважається, що старт широкому впровадженню цього підходу до клінічної практики дали публікації датського хірурга Х. Келета [1]. Ідея досить швидко стала популярною у загальній хірургії, незабаром підхоплена кардіоанестезіологами і зараз, напевно, вже важко знайти хоча б одну хірургічну спеціальність, де концепція FT не була б озвучена. Нейрохірургічні втручання цілком справедливо визнаються одними з найтриваліших. Момент закінчення операції є основним моментом у концепції FT.

FT – це комплексне поняття, що включає власне хірургічне втручання у поєднанні з особливим анестезіологічним забезпеченням, яке передбачає мінімальний рівень агресії для пацієнта, а також максимально ранню та повну реабілітацію, починаючи з раннього післяопераційного періоду [2, 3, 4].

У реалізації концепції FT взаємодіють кілька учасників лікувального процесу: це насамперед хірург та анестезіолог, медичні сестри, які доглядають пацієнта в ранньому післяопераційному періоді, лікар-реабілітолог і, звичайно, сам пацієнт [3, 5, 6]. По суті, ідентичним FT поняттям, можливо навіть більш відповідним клінічному сенсу ідеї, є Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), навколо якого сформовано міжнародне суспільство, яке займається створенням та узгодженням протоколів прискореного відновлення пацієнтів після різних видів хірургічних втручань [7].

Концепція FT зараз набула широкого поширення практично у всіх галузях хірургії: серцево-судинної [8], торакальної [9], вісцеральної [10], травматології [11], трансплантології [12]. У нейрохірургії, особливо в інтракраніальній, публікації на цю тему не такі численні [13]. Аналіз сучасних тенденцій в нейрохірургії і нейроанестезіології однозначно свідчить про виразну тенденцію до дедалі меншої агресивності. Інтенсивно розвиваються ендоскопічна, ендовазальна, стереотаксична нейрохірургія, з одного боку, і малоагресивна та висококерована анестезія, що дозволяє не тільки максимально швидко розбудити пацієнта після закінчення операції, але при необхідності під час операції.

Ось основні положення концепції FT у сучасній нейрохірургії та нейроанестезіології:

- стабільний системний артеріальний тиск (АТ) і відповідно мозковий кровотік (МК);
- стабільна оксигенація та вентиляція без кашлю, санації відсмоктуванням, підвищення тиску в дихальних шляхах та десинхронізації з респіратором;
- швидке відновлення свідомості щодо динамічного неврологічного контролю.

Останній момент є вкрай важливим саме в інтракраніальній нейрохірургії для ранньої діагностики такого найнебезпечнішого ускладнення раннього післяопераційного періоду, як формування післяопераційної гематоми. Підвищення системного АТ є вкрай небезпечною ситуацією в нейрохірургії, оскільки саме артеріальна гіпертензія в ранньому післяопераційному періоді є другою провідною причиною формування післяопераційної гематоми [14].

У серії досліджень у нейрохірургічних хворих порівнювалися різні характеристики системної гемодинаміки та критеріїв пробудження при використанні різних схем анестезії та анестетиків [15]. Резюмуючи результати цих досліджень, слід визнати, що ефективна блокада

гемодинамічних реакцій за допомогою анестетиків у нейрохірургічних хворих на етапі закінчення операції та екстубації трахеї можлива, але вона майже неминуче пов'язана із затримкою пробудження (відновлення свідомості, захисних рефлексів) [16].

Наступним напрямком розв'язання проблеми була пропозиція використовувати для контролю системної гемодинаміки препарати, що не впливають на відновлення свідомості та дихання. Так, було запропоновано використовувати з цією метою α - та β -адреноблокатори [17], кальцієві антагоністи [18] та внутрішньовенне введення місцевих анестетиків (лідокаїну) [19].

Іншим цікавим та перспективним напрямком є пропозиція інтраопераційного використання дексметомідину – центрального α_2 -адреноміметика. У двох публікаціях було показано, що введення дексметомідину за 5 хв до закінчення операції в дозі 0,5 мг/кг дає достовірно більш стабільну системну гемодинаміку в офтальмо- та інтракраніальній нейрохірургії [20]. Загалом слід визнати цю ідею вдалою, оскільки дексметомідин, хоч і викликає певний ступінь седації, але це специфічна седація, при якій пацієнт наданий собі спить, але легко пробуджується при вербальному або тактильному контакті, що робить цей препарат унікальним для седації у відділеннях інтенсивної терапії нейропрофілю. Не надаючи на відміну від опіоїдів істотний вплив на поріг больової чутливості дексметомідин змінює сприйняття пацієнтом болю [21].

Тривалий час проблема гострого післяопераційного болю залишалася поза увагою анестезіологів і нейрохірургів. Поширена думка, що на відміну від хворих після абдомінальних або торакальних операцій, де рухи в ділянці рани провокують збільшення інтенсивності болю, пацієнти після краніотомії такого не мають. Думка ця виявилася помилковою і в пізніших дослідженнях було показано, що кількість хворих, які відчують значний і навіть

нестерпний біль в ранньому післяопераційному періоді після краніотомії, може бути значною [22].

Гострий післяопераційний біль викликає численні несприятливі наслідки – тахіпное та респіраторний алкалоз, що призводить до гіпокапнії та зниження об'ємного МК, стресова гіперглікемія та ризик декомпенсації цукрового діабету, олігурія та затримка в організмі хворого рідини, депресія у психоемоційній сфері. Все це не сприяє швидкій реабілітації, але головним наслідком післяопераційного больового синдрому з позиції концепції FT в сучасній нейрохірургії та нейроанестезіології є виражена гемодинамічна реакція, що загрожує вторинними ускладненнями. Таким чином, вибираючи для пацієнта варіант проведення його за концепцією FT у сучасній нейрохірургії та нейроанестезіології, необхідно вирішити проблему гострого післяопераційного болю.

Ось основні варіанти її вирішення:

- використання наркотичних анальгетиків;
- використання нестероїдних протизапальних засобів;
- застосування регіонарних методів анестезії.

Наркотичні анальгетики, особливо при внутрішньовенному або внутрішньом'язовому застосуванні, можуть викликати сонливість, респіраторну депресію, посилювати післяопераційну нудоту та блювання [23].

Нестероїдні протизапальні засоби залишаються одними з основних препаратів у терапії та профілактиці післяопераційного болю [24], у тому числі і після краніотомії [23]. На жаль, і їм властиві певні недоліки, найсерйознішим із яких з позиції нейрохірургії є порушення функціональної активності тромбоцитів із ризиком формування гематоми [25].

Застосування місцевої та регіонарної анестезії в концепції FT у сучасній нейрохірургії та нейроанестезіології взагалі є найперспективнішим з усіх можливих, що підтверджується великою кількістю публікацій на цю тему [26]. У рамках проблеми йдеться насамперед про регіонарну блокаду

чутливих нервів скальпу (Scalp block) та епідуральну анестезію в вертебральній нейрохірургії.

Scalp block дає багато переваг нейрохірургічним хворим при проведенні краніотомії:

- зниження фармакологічного навантаження;
- гемодинамічну стабільність;
- ендокринно-метаболічну стабільність;
- абсолютну анальгезію [27].

Швидке пробудження після закінчення операції та анестезії є ще одним ключовим моментом для реалізації FT у нейрохірургічних хворих. Ось основні тактики спрямовані на її реалізацію:

- коротко діючі та керовані анестетики (пропофол, десфлуран, севофлуран, реміфентаніл) мають очевидну перевагу перед іншими;
- тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу під контролем глибини анестезії порівнянна за темпами пробудження із збалансованою анестезією на основі інгаляційних анестетиків;
- з інгаляційних анестетиків для реалізації концепції FT найперспективнішим є ксенон [15, 28].

Екстубація трахеї та проблема залишкового нейром'язового блоку. Для успішної реалізації цього компонента FT у нейрохірургічного хворого необхідно три основні умови:

- достатній ступінь відновлення свідомості;
- відновлення захисних рефлексів;
- відсутність залишкового нейром'язового блоку.

Проведення тонких нейрохірургічних втручань без застосування міорелаксантів небезпечно раптовою руховою реакцією хворого на основному етапі операції. Головною проблемою у рамках FT є залишковий нейром'язовий блок. Застосування антагоністів міорелаксантів фізостигміну, а останніми роками сугамадексу дозволяє успішно розв'язати цю проблему [29].

Тривалий час післяопераційна нудота і блювання були поза увагою анестезіологів, хоча відомо, що нейрохірургічні хворі становлять групу високого ризику з цього ускладнення, особливо хворі з патологією задньої черепної ямки, хіазмально-селярної області та діти [30]. Такі компоненти анестезії, що часто використовуються у нейрохірургічних хворих, як пропофол і дексаметазон, мають певний антиеметичний ефект, але іноді і їх ефект може бути недостатнім [31]. Сучасним та ефективним вирішенням цієї проблеми є застосування антагоністів 5-HT₃ серотонінових рецепторів [32].

Концепція FT дуже актуальна в контексті ранньої реабілітації пацієнтів нейрохірургічного профілю. Завдання та цілі сучасної нейроанестезіології повністю збігаються з концепцією FT. Особливий інтерес становить застосування регіонарних методів анестезії як у вертебральній, так і в інтракраніальній нейрохірургії, а також використання дексметомідину та ксенону.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br. J. Anaesth.* 1997. Vol. 78 (5). P. 606–617.
2. Slim K. Fast-track surgery: the next revolution in surgical care following laparoscopy. *Colorectal Dis.* 2011. Vol. 13 (5). P. 478–480.
3. Hoffmann H., Kettelhack C. Fast-track surgery—conditions and challenges in postsurgical treatment: a review of elements of translational research in enhanced recovery after surgery. *Eur. Surg. Res.* 2012. Vol. 49 (1). P. 24–34.
4. Vymazal T. Fast-track is more than physiological anaesthesia. *Heart Lung Vessel.* 2014. Vol. 6 (2). P. 77–78.
5. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthop. Suppl.* 2012. Vol. 83 (346). P. 1–39.
6. Cerantola Y., Valerio M., Persson B. et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced

Recovery After Surgery (ERAS ((R))) society recommendations. Clin. Nutr. 2013. Vol. 32 (6). P. 879–887.

7. Feldman L., Delaney C., Ljungqvist O., Carli F. The SAGES / ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery. Switzerland: Springer, 2015. 554 p.

8. Haanschooten M.C., van Straten A.H., ter Woorst J.F. et al. Fast-track practice in cardiac surgery: results and predictors of outcome. Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2012. Vol. 15 (6). P. 989–994.

9. Yang J.T., Hung M.H., Chen J.S. et al. Anesthetic consideration for nonintubated VATS. J. Thorac. Dis. 2014. Vol. 6 (1). P. 10–13.

10. Yang D., He W., Zhang S. et al. Fast-track surgery improves postoperative clinical recovery and immunity after elective surgery for colorectal carcinoma: randomized controlled clinical trial. World J. Surg. 2012. Vol. 36 (8). P. 1874–1880.

11. Kehlet H., Thienpont E. Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges. Knee. 2013. Vol. 20 (Suppl. 1). P. 29–33.

12. Wu J., Rastogi V., Zheng S.S. Clinical practice of early extubation after liver transplantation. Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. 2012. Vol. 11 (6). P. 577–585.

13. Cohen D.B., Oh M.Y., Baser S.M. et al. Fast-track programming and re-habilitation model: a novel approach to postoperative deep brain stimulation patient care. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2007. Vol. 88 (10). P. 1320–1324.

14. Bruder N.J. Awakening management after neurosurgery for intracranial tumours. Curr. Opin. Anaesthesiol. 2002. Vol. 15 (5). P. 477–482.

15. Ghoneim A.A., Azer M.S., Ghobrial H.Z. et al. Awakening properties of iso-flurane, sevoflurane, and desflurane in pediatric patients after craniotomy for supratentorial tumours. J. Neurosurg. Anesthesiol. 2015. Vol. 27 (1). P. 1–6.

16. Fabregas N., Bruder N. Recovery and neurological evaluation. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2007. Vol. 21 (4). P. 431–447.

17. Bilotta F., Lam A.M., Doronzio A. et al. Esmolol blunts postoperative hemodynamic changes after propofol-remifentanil total intravenous fast-track neuroanesthesia for intracranial surgery. *J. Clin. Anesth.* 2008. Vol. 20 (6). P. 426–430.
18. Kross R.A., Ferri E., Leung D. et al. A comparative study between a calcium channel blocker (Nicardipine) and a combined alpha-beta-blocker (Labetalol) for the control of emergence hypertension during craniotomy for tumor surgery. *Anesth. Analg.* 2000. Vol. 91 (4). P. 904–909.
19. McCarthy G.C., Megalla S.A., Habib A.S. Impact of intravenous lidocaine infusion on postoperative analgesia and recovery from surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *Drugs.* 2010. Vol. 70 (9). P. 1149–1163.
20. Turan G., Ozgultekin A., Turan C. et al. Advantageous effects of dexmedetomidine on haemodynamic and recovery responses during extubation for intracranial surgery. *Eur. J. Anaesthesiol.* 2008. Vol. 25 (10). P. 816–820.
21. Angst M.S., Ramaswamy B., Davies M.F. et al. Comparative analgesic and mental effects of increasing plasma concentrations of dexmedetomidine and alfentanil in humans. *Anesthesiology.* 2004;. Vol. 101 (3). P. 744–752.
22. Hansen M.S., Brennum J., Moltke F.B. et al. Pain treatment after craniotomy: where is the (procedure-specific) evidence? A qualitative systematic review. *Eur. J. Anaesthesiol.* 2011. Vol. 28 (12). P. 821–829.
23. Nemergut E.C., Durieux M.E., Missaghi N.B. et al. Pain management after craniotomy. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 2007. Vol. 21 (4). P. 557–573.
24. Costantini R., Affaitati G., Fabrizio A. et al. Controlling pain in the post-operative setting. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2011. Vol. 49 (2). P. 116–127.
25. Umamaheswara Rao G.S., Gelb A.W. To use or not to use: the dilemma of NSAIDs and craniotomy. *Eur. J. Anaesthesiol.* 2009. Vol. 26 (8). P. 625–626.

26. Guilfoyle M.R., Helmy A., Duane D. et al. Regional scalp block for postcraniotomy analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth. Analg.* 2013. Vol. 116 (5). P. 1093–1102.
27. Osborn I., Sebeo J. “Scalp block” during craniotomy: a classic technique revisited. *J. Neurosurg. Anesthesiol.* 2010. Vol. 22 (3). P. 187–194.
28. Ayrian E., Kaye A.D., Varner C.L. et al. Effects of Anesthetic Management on Early Postoperative Recovery, Hemodynamics and Pain After Supratentorial Craniotomy. *J. Clin. Med. Res.* 2015. Vol. 7 (10). P. 731–741.
29. Abad-Gurumeta A., Ripolles-Melchor J., Casans-Frances R. et al. A systematic review of sugammadex vs neostigmine for reversal of neuromuscular blockade. *Anaesthesia.* 2015. Vol. 70 (12). P. 1441–1452.
30. Eberhart L.H., Morin A.M., Kranke P. et al. Prevention and control of postoperative nausea and vomiting in post-craniotomy patients. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.* 2007. Vol. 21 (4). P. 575–593.
31. Neufeld S.M., Newburn-Cook C.V. What are the risk factors for nausea and vomiting after neurosurgery? A systematic review. *Can. J. Neurosci. Nurs.* 2008. Vol. 30 (1). P. 23–34.
32. Christofaki M., Papaioannou A. Ondansetron: a review of pharmacokinetics and clinical experience in postoperative nausea and vomiting. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.* 2014. Vol. 10 (3). P. 437–444.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ІНВАЛІДНІСТЬ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ЙОГО ПОТРЕБУ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ДОПОМОЗІ

Орлова Н. М.¹, Тонковид О.Б.², Ткаченко О.В.¹, Паламар І.В.¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця,
Україна Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л.

Шупика. Київ, Україна

Війна в Україні стала серйозним випробуванням для системи охорони здоров'я та має надзвичайно негативні наслідки для стану громадського здоров'я країни [1]. Особливо вразливою групою населення під час війни

стають діти із інвалідністю. Бойові дії, масштабне руйнування інфраструктури, евакуація в умовах конфлікту обмежують їх доступ до медичної та реабілітаційної допомоги. Війна є джерелом постійного стресу, а діти з інвалідністю особливо чутливі до психотравмуючих чинників. Через вимушене переміщення значно порушується звичний спосіб життя дітей з інвалідністю, що веде до їх ізоляції від суспільства. Навчання у інклюзивному освітньому середовищі часто залишається недоступним через нестачу відповідних фахівців і ресурсів [2].

Удосконалення реабілітаційної допомоги дитячому населенню вимагає комплексних рішень та міжсекторальної взаємодії, здійснення моніторингу та оцінки впливу війни на чисельність та просторовий профіль контингенту дітей із інвалідністю в Україні, а також аналізу причин її формування для визначення потреби дитячого населення у реабілітаційній допомозі [4].

Мета: здійснити аналіз інвалідності дітей в Україні та у розрізі її адміністративних територій у динаміці за 2015-2024 рр. для інформаційного забезпечення планування та розвитку реабілітаційної допомоги дітям.

У дослідженні використано бібліографічний, епідеміологічний та статистичний методи, а також метод системного підходу та аналізу. Матеріалами дослідження виступили статистичні дані ф. № 19 "Звіт про дітей з інвалідністю віком до 18 років за 20__ рік" узагальнені на рівні адміністративних територій (областей та м. Київ) і в Україні в цілому та представлені у статистичних довідниках МОЗ України [3]. У дослідженні проаналізовані абсолютні дані та рівні первинної та загальної інвалідності внаслідок усіх причин та у розрізі окремих класів захворювань у розрахунку на 10 000 дитячого населення у віці до 18 років, а також структура причин первинної та загальної інвалідності. Аналіз виконано у динаміці за 2015-2024 рр. в Україні в цілому та у територіальному аспекті із використанням показника темпу приросту (ТПр).

Встановлено, що в Україні станом на 31.12.2024 р. контингент дітей з інвалідністю складав 159811 осіб і збільшився порівняно із 2015 р. на 6264

особи. Рівень загальної інвалідності мав тенденцію до зростання і у 2024 р. показник перевищив показник 2015 р. на 7.9% (рис. 1.).

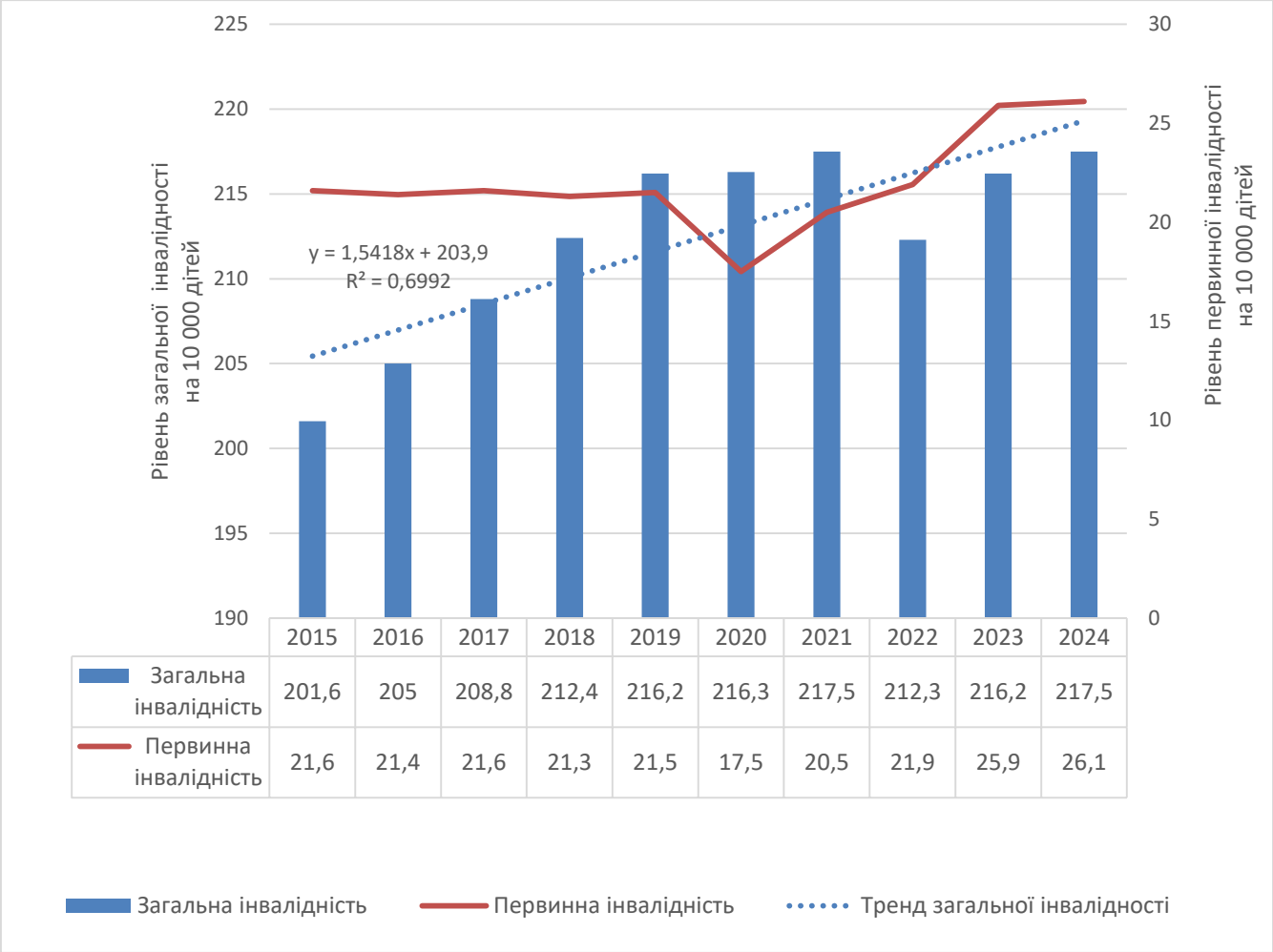


Рис. 1. Динаміка інвалідності дитячого населення в Україні у 2015-2024 рр. (рівні на 10 000 дітей у віці до 18 років)

Тобто в Україні, за матеріалами державної статистики, реабілітаційної допомоги потребує майже 159 тисяч дітей, а особами з інвалідністю є 2.2% від усіх дітей у віці до 18 років. Слід відмітити, що за даними ЮНІСЕФ, у Європі та Центральній Азії частка дітей з інвалідністю є значно вищою і складає 6.0% від всього дитячого населення, а у Північній Америці - 10.0% [5,6,7]. Нижчі показники в Україні пов’язані із відмінністю у критеріях встановлення інвалідності [2], які, очевидно, є завищеними, порівняно із країнами Європи та Північної Америки. Тому реальний контингент дітей з обмеженнями життєдіяльності, які потребують реабілітації в Україні суттєво перевищує дані офіційної статистики.

Встановлені вагомі регіональні відмінності у рівнях загальної інвалідності дітей в Україні. У 2024 р. максимальні рівні зареєстровані у Закарпатській (318.0), Чернівецькій (292.4), Івано-Франківській (282.2), Хмельницькій (274.0), Черкаській (272.8) і Чернігівській (270.2), а мінімальні у Луганській (5.3), Херсонській (23.0), Донецькій (65.0) та Запорізькій (157.6) областях (табл. 1).

Війна суттєво вплинула на територіальний розподіл дітей з інвалідністю в Україні. У 2024 р. просторовий профіль загальної інвалідності суттєво трансформувався порівняно із попередніми роками внаслідок міграції біженців з південно-східних до західних областей України, що призвело до підвищення рівнів інвалідності у останніх. Порівняно із 2015 р., у 2024 р. рівень загальної інвалідності найбільш вагомо зріс у Закарпатській (на 46.7%), Чернівецькій (на 32.3%), Одеській (на 30.5%), Ів.-Франківській (на 28.4%) областях, а скоротився у Луганській (- 97.2%), Херсонській (- 87.6%), Донецькій (-69.2%) та Запорізькій (- 30,3%) областях.

Важливе значення для визначення пріоритетів щодо планування та удосконалення організації надання реабілітаційної допомоги дітям відіграє аналіз причин їх загальної інвалідності.

Таблиця 1.

Територіальні особливості інвалідності дитячого населення в Україні у 2024 р.

Територія	Загальна інвалідність		Первинна інвалідність	
	Абсолютна кількість	Рівень на 10000 дітей	Абсолютна кількість	Рівень на 10000 дітей
Україна	159811	217.5	19207	26.1
Вінницька	5918	215.9	771	28.1
Волинська	5848	249.5	703	30
Дніпропетровська	13088	233.8	1262	22.5
Донецька	1921	65	113	3.8
Житомирська	6066	265.5	663	29
Закарпатська	9175	318	1515	52.5
Запорізька	4420	157.6	607	21.6
Івано-Франківська	7624	282.8	1031	38.2
Київська	8997	242.9	1123	30.3
Кіровоградська	3760	238.1	271	17.2
Луганська	52	5.3	3	0.3
Львівська	12425	261.3	1666	35

Миколаївська	4664	236.4	584	29.6
Одеська	10128	217.2	1357	29.1
Полтавська	5904	261.8	689	30.5
Рівненська	6785	249	649	23.8
Сумська	3667	229.8	327	20.5
Тернопільська	5099	269.1	571	30.1
Харківська	8399	199.4	860	20.4
Херсонська	434	23	36	1.9
Хмельницька	6238	274	615	27
Черкаська	5143	272.8	611	32.4
Чернівецька	5304	292.4	729	40.2
Чернігівська	4086	270.2	432	28.6
м.Київ	14666	258	2019	35.5

Аналіз структури причин загальної інвалідності (табл.2.) дітей засвідчив, що у 2024 р., як і на початку періоду спостереження, перше місце посідали природжені аномалії, деформації та хромосомні аномалії (26.0%). А от рейтинговий розподіл інших причин інвалідності зазнав змін: розлади психіки та поведінки відсунули хвороби центральної нервової системи (14.0%) на третю позицію, обійнявши друге місце у структурі із питомою вагою 23.9%. Четверте місце посіли ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, які обумовили кожен 10-й випадок інвалідності у дітей (10,6%), а п'яте місце - хвороби вуха та соскоподібного відростка із питомою вагою 4,9%.

Таблиця 2.

Структура причин загальної та первинної інвалідності дитячого населення в Україні, 2015 р., 2024р.

Причини інвалідності	Загальна інвалідність				Первинна інвалідність			
	2015		2024		2015		2024	
	%	рейтинг	%	рейтинг	%	рейтинг	%	рейтинг
Природжені аномалії, деформації та хромосомні аномалії	31.3	1	26.0	1	28.2	1	17.1	2
Розлади психіки та поведінки	14	3	23.9	2	16.2	2	34.2	1
Хвороби центральної нервової системи	17	2	14.0	3	13.1	3	10.6	3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та	8.1	4	10.6	4	10.4	4	9.6	4

порушення обману речовин								
Хвороби кістково-м'язов.сист.та сполуч.тканин	4.3	6	4.8	6	5.8	5	7.8	5
Хвороби ока та придаткового апарату	4	7	2.9	7	3.6	7	2.5	6-7
Хвороби вуха та сосковидного відростку	5.6	5	4.9	5	5.2	6	2.5	6-7
Інші причини	15.7		13.1		17.5		15.0	
Усі причини	100		100		100		100	

Динамічний аналіз рівнів загальної інвалідності дітей у розрізі її основних причин (табл. 3.) засвідчив, що впродовж 2015-2024 р. найбільш вагомо (на 84.7%) збільшився контингент дітей з інвалідністю внаслідок розладів психіки та поведінки – з 28.1 до 51.9 на 10 тис. дитячого населення. Рівень загальної інвалідності обумовленої ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин зріс на 41.1% (з 16.3 до 23.0 на 10 тис. дитячого населення).

Таблиця 3.

Рівні основних причини загальної та первинної інвалідності дитячого населення в Україні, 2015 р., 2019 р., 2024 р. (на 10 000 дітей)

Причина інвалідності	Рівень загальної інвалідності (на 10 000 дітей)			ТПр 2024/ 2015, (%)	Рівень первинної інвалідності (на 10 000 дітей)			ТПр 2024/ 2015, (%)
	2015	2019	2024		2015	2019	2024	
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	63.1	64.9	56.5	-10.5	6.1	4.9	4.5	-26.2
Хвороби центральної нервової системи	34.3	33.5	30.5	-11.1	2.8	2.4	2.8	0.0
Розлади психіки та поведінки	28.1	35.7	51.9	84.7	3.5	4.7	8.9	154.3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	16.3	21	23.0	41.1	2.2	2.7	2.5	13.6

Хвороби вуха та соскоподібного відростку	13.4	13.5	10.7	-20.1	1.1	0.9	0.6	-45.5
Хвороби кістково-м'язової та сполучної системи	8.7	9.6	10.4	19.5	1.3	1.6	2.0	53.8
Хвороби ока та придаткового апарату	8.1	7.4	6.2	-23.5	0.8	0.6	0.7	-12.5

Зворотні тенденції виявлені для захворювань центральної нервової системи, рівень загальної інвалідності внаслідок яких знизився на 11.1% (з 34.3 до 30.5, відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій на 10.5% (з 63.1 до 56.5), захворювань вуха та соскоподібного відростку на 20.1% (з 13.4 до 10.7).

Вагому роль для визначення пріоритетів щодо профілактики інвалідизації дитячого населення має моніторинг та оцінка рівнів та причин первинної інвалідності дітей. Аналіз первинної інвалідності дитячого населення показав, що в Україні у 2024 р. вперше у житті інвалідність встановлена 19207 дітям (що на 2755 дітей більше, ніж у 2015 р.). Протягом 2015-2022 рр. рівень первинної інвалідності був достатньо стабільним і знаходився у межах 20.5-22.0 випадків на 10 000 дитячого населення (виключення склав 2020 р. із низьким рівнем показника (17.5), обумовленим початком епідемії COVID-19 та неповною реєстрацією випадків інвалідизації дітей). Привертає увагу суттєве зростання рівня первинної інвалідності у 2023-24 рр. Показник у 2024 р. склав 26.1 випадків на 10 000 дитячого населення і на 20.8% перевищив рівень первинної інвалідності у 2015 р. і на 27.3 % рівень 2021 р.

Рейтинговий розподіл основних причин у структурі первинної інвалідності змінився впродовж періоду спостереження внаслідок зростання відносної частки розладів психіки та поведінки, які вийшли на перше місце і обумовили у 2024 р. кожен третій (34.2%) випадок інвалідизації дитячого населення. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії посіли друге місце (17.1%), хвороби нервової системи – третє (10,6%),

ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – четверте (9,6 %), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – п'яте (7,8%). У 2015р. перше місце у структурі первинної інвалідності належало вродженим вадам розвитку, деформаціям та хромосомним аномаліям (28.2%), друге – розладам психіки та поведінки (16.2%), третє – хворобам нервової системи (13,1%).

Впродовж періоду спостереження найбільш стрімко, у 2.5 рази, зросла частота первинної інвалідності обумовленої розладами психіки та поведінки (з 3.5 до 8.9 на 10 000 дитячого населення), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини зросла на 53.8% (з 1.3 до 2.0 на 10 000 дитячого населення), внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин – на 13.6% (з 2.2 до 2.5 на 10 000 дитячого населення). Рівень первинної інвалідності внаслідок вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій скоротився за цей період на 26.2% (з 6.1 до 4.5 на 10 000 дитячого населення), а внаслідок хвороб вуха та соскоподібного відростку на 45.5% (з 1.1 до 0.6, відповідно). Майже не зазнали змін рівні інвалідності внаслідок хвороб центральної нервової системи і хвороб ока та придаткового апарату.

Аналіз рівнів первинної інвалідності дитячого населення у територіальному розрізі виявив найвищі у 2024 р. показники у Закарпатській (52.5 на 10 000 дитячого населення), Чернівецькій (40.2), Івано-Франківській (38.2), м. Києві (35.5), Львівській (35.0) та областях, а найнижчі у Луганській (0.3), Херсонській (1.9), Донецькій (3.8) областях. Порівняно із 2015 р., у 2024 р. рівень первинної інвалідності найбільш вагомо зріс у Закарпатській (на 93.0%), Чернівецькій (на 75.5%), Ів.-Франківській (на 62.6%), м. Києві (на 55.0%), Львівській (на 52.8%) та Одеській (на 50.0%) областях, а скоротився у Луганській (- 98.6%), Херсонській (-91.8%) та Донецькій (-82.3%) областях. Як і у випадку із загальною інвалідністю, такі територіальні особливості первинної інвалідності дитячого населення обумовлені міграцією біженців з південно-східних до західних областей України.

Висновки. Встановлено, що протягом 2015-2024 рр. в Україні чисельність дітей з інвалідністю та рівень загальної інвалідності дитячого населення мали тенденцію до зростання. Війна в Україні призвела до вираженого зростання частоти інвалідизації дітей (порівняно із 2021 р. рівень первинної інвалідності у 2024 р. збільшився на 27.3%), що засвідчує необхідність збільшення обсягів реабілітаційної допомоги дітям. Основними причинами у структурі загальної інвалідності дітей є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (26.0%), розлади психіки та поведінки (23.9%), хвороби центральної нервової системи (14.0%). Першочергової уваги потребує проблема збереження та відновлення психічного здоров'я підростаючого покоління. Розлади психіки та поведінки на сьогодні вийшли на перше місце у структурі первинної інвалідності дитячого населення і обумовили кожний 3-й (34.2%) її випадок. Впродовж періоду спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки зріс у 2.5 рази (на 154.3%), а загальної на 84.7%. Несприятлива динамічна тенденція встановлена також для інвалідності внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (у першу чергу, за рахунок цукрового діабету): рівень первинної інвалідності зріс на 13.6%, а загальної на 41.1%.

Встановлено, що війна не тільки обумовила зростання рівня інвалідності дитячого населення в Україні, а й змінила її територіальний профіль. За рахунок міграції біженців з південно-східних до західних областей у останніх спостерігаються найвищі рівні первинної та загальної інвалідності.

Виявлені особливості інвалідності дитячого населення засвідчують необхідність збільшення обсягів реабілітаційної допомоги дітям та підвищення її ефективності, а також можуть бути враховані при плануванні та організації реабілітаційної допомоги дитячому населенню як на національному, так і на регіональному рівнях, при наданні державними та

недержавними структурами комплексної підтримки дітям з інвалідністю та їхнім родинам.

Міжсекторальна співпраця, орієнтована на потреби дітей з інвалідністю, має створити майбутнє, у якому кожна дитина матиме можливість повністю розкрити свій потенціал, незважаючи на будь-які обставини.

Список літератури

1. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з Російською Федерацією для охорони здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. №8. 26–31. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/17>
2. Невидимі на передовій: Інвалідність та дитинство у воєнній Україні. Потреби та бар'єри, з якими стикаються діти з інвалідністю та їхні сім'ї в постраждалих від війни громадах України. Квітень 2025 року. https://www.warchild.net/documents/367/Invisible_at_the_Frontline_ua.pdf
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015 – 2024 роки: статистичні довідники URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html (дата звернення 21.08.2025)
4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2021. 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
5. Olusanya B. O., Kanherla V., Shaheen A., Ogbo F. A., & Davis A. C. Global and regional prevalence of disabilities among children and adolescents: Analysis of findings from global health databases. *Frontiers in public health*. 2022. 10, 977453. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.977453>
6. UNICEF. Seen, counted, included: using data to shed light on the well-being of children with disabilities. New York: United Nations Children's Fund. 2021. URL: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/> (дата звернення 26.09.2025)

7. United Nations Children's Fund, Children with Disabilities in Europe and Central Asia: A statistical overview of their well-being, UNICEF, New York, 2023. URL:

<https://www.unicef.org/eca/media/32551/file/Children%20with%20Disabilities%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf> (дата звернення 26.09.2025)

ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА ПІД ЧАС АТО ТА ООС (2014-2022)

Родинський Р. О., Зайцев В. В.

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова впродовж своєї історії, з моменту заснування і по сьогодні, мала значний вплив на життя регіону та брала найактивнішу роль у житті держав. Не залишився цей славетний лікарняний комплекс осторонь і у найскладніший для всієї України період: з самого початку російсько-української війни він став одним з перших закладів, який приймав найбільше поранених та не маючи практичного шпитального досвіду, вносив свій внесок у відстоювання української ідентичності в рамках Антитерористичної операції та згодом під час Операції об'єднаних сил. Втім, на жаль, 2014-2022-роки були лише прологом боротьби, і з початком Повномасштабного вторгнення почалася ще більш складна глава, але досвід попередніх років, сформовані моделі, методи значно підвищили ефективність надання мед. допомоги пораненим. Отже, період АТО та ООС заклав важливий фундамент сучасного положення лікарняного комплексу, а отже заслуговує на детальне історичне вивчення.

Отже, до початку військових дій на Сході України лікарня ім. Мечникова входила найбільш потужним центром цивільної мед. допомоги всього регіону: на червень 2013 рік лікарняний комплекс налічував 40 спеціалізованих стаціонарних відділень, 2,5 тис. мед. персоналу, який забезпечував одночасне лікування 1175 пацієнтів, щорічно в операційних лікарні виконувалося 17 тис. операцій, загалом, - належне лікування на рік

тут отримували більш ніж 38 тис. хворих. Лікарня мала унікальний підхід німецького зразка та провідні позиції в Україні. У лютому 2013 на базі лікарняного Центру трансплантації була проведена перша пересадка нирки, на базі клінік реалізовувалися передові багатoproфільні програми, на кшталт «Лікарня без болю» [1] - лікарня зростала, підвищувала рівень послуг, розширяла їхній спектр і жила мирним ходом.

Втім, розмірене життя лікарні закінчилося 9 травня 2014 року - на прийомне відділення доставлено першого пораненого - вибухове ураження нижньої кінцівки із травматичною частковою ампутацією. З першого дня стали очевидними прогалини у забезпеченні лікарні, реальному політравматичному військовому досвіді: до кінця липня не було навіть адмін. пристосувань до прийому поранених - вони надходили, реєструвалися та розміщувалися як і всі шпиталізовані. У перший ж день понад 500 дніпропетровців висловили бажання допомогти пораненим, був сформований волонтерський штаб лікарні, очільником якого стала Інна Шевченко. 30 травня 1035 дніпропетровців прийшли, щоб здати кров, за станом здоров'я було допущено лише 657 донорів [2].



Рис. 1. Одна з перших черг на здачу крові для поранених бійців. 30 травня 2014 рік [3].

Як вже потім згадували лікарі перші дні: «Ми могли бути готові до 3-4 поранених. Це виявилося 24 людини, їх «швидкими» та гелікоптером, з якого текла кров, доставили до Дніпра та лікарні Мечникова. Тоді ще не було 66-го військового шпиталю, опорних медпунктів у Маріуполі та Краматорську. За лічені години нам удалося мобілізувати всі сили лікарні. Тоді вийшли працювати всі, навіть гінекологи. 24 поранених обслуговувало 180 лікарів. За 20 хвилин запрацювало 7 операційних. На кожного бійця був 1 трансфузіолог.» [4]. Протягом першого місяця АТО допомогу було надано більш ніж 30 учасникам бойових дій, з яких 20 було госпіталізовано. На момент вересня 2014, на п'ятий, було нараховано 550 поранених. Так коментував той період головний лікар лікарні Мечникова Сергій Риженко: «Зростає кількість проведених операцій, наркозів, гемотрансфузій і разом з цим зростає досвід наших фахівців. Те, що здавалося практично неможливим та нездійсненним на початку літа, зараз стало рутинною роботою. Це страшний досвід, досвід військової медицини але він безцінний». Сучасні умови проведення бойових дій, висока частота застосування «Градів», мінометів, артилерії призвели до зміни характеру ушкоджень - виявилось, що основна маса ушкоджень – чисельні уламкові мінно-вибухові поранення, травматичні ампутації – те, чого не було у підручниках [5].

В період з травня по листопад 2014 понад 700 поранених збройних сил та добровільних формувань були проліковані у стінах комплексу. На момент лютого 2015 - 1003 бійця, з яких більше 400 пройшли через реанімацію. Було проведено 800 ургентних операцій і сотні поетапних планових. З початку і до лютого 2015 року лікарня прийняла 209 поранених бійців, незважаючи ні на що, в лікарні звітували про 99 % врятованих [6]. 21 березня в Київському палаці «Україна» відбулася церемонія нагородження лауреатів загальнодержавної премії «Людина року – 2014», премією «Кумир українців» у нововведеній спец. категорії «Обранці доблесті» був нагороджений колектив лікарні ім. Мечникова [7].

На момент травня 2015 року лікарня вилікувала більш ніж 1300 пораних. Особливо навантаженим було відділення нейрохірургії: раніше за рік через відділення проходило до 1,5 тис. осіб - починаючи з 9 травня 2014, лише з черепно-мозковими осколковими пораненнями було прооперовано 105 осіб, через відділення церебральної нейрохірургії пройшло лікування 182 з 1430 бійців, обстежених на той момент у лікарні. Замість звичних 60 ліжок, було розгорнуто 80. «Особливо складно було у серпні – під час Іловайського котла. Поранені надходили потоком. Деколи доводилося оперувати по 12 годин поспіль. 31 числа виконали п'ять найскладніших операцій на голові та одну на хребті та спинному мозку» - згадував зав. відділення церебральної нейрохірургії Андрій Сірко. На серпень 2015 більше, ніж 150 операцій було проведено на головному мозку, останні два десятки - з використанням мікроскопу – частини допомоги, яку отримала лікарня. Складна ситуація була і для травматологів [8].



Рис. 2. Нейрохірургічна операційна. Видалення вільно-розташованого/інтраканального фрагмента та стабілізація хребта парамедикіні на псевдо «Атеїстка». 2015 рік [9].

На вересень 2015 року було врятовано 1700 поранених. На листопад - 1800 врятованих. На січень 2016 в лікарні звітували про 1850 поранених бійців, що пройшли стіни лікарні - 90 % життів врятовано. Крім бійців, у лікарню поступали і поранені цивільні мешканці: на базі клініки та лікарні проліковано більше 1 тис. поранених, більше 2-х тис. мешканців із АР Крим, Луганської, Донецької областей отримали амбулаторну допомогу. Серпень 2016 року згадують як найтяжчий у році - майже півсотні тяжкопоранених. На жовтень 2016 року - 2100 тяжкопоранених, на лютий 2017 року - 2200 захисників, які були врятовані.

Початок 2017 року відмітився новими надходженнями поранених: Авдіївка, Промзона, Світлодарська дуга. Тільки в перший тиждень лютого 2017 було доставлено більш, ніж 20 поранених з тяжкими мінно-вибуховими, вогнестрільними ураженнями, серед яких - 5 цивільних. На момент березня 2017 року було врятовано 2200 поранених, перелито 2,5 тонн крові, зроблено 3 тисячі операцій. На травень 2017 року було врятовано 2300 бійців. У жовтні 2017 року до лікарні завітала тогочасний міністр охорони здоров'я пані Супрун, яка наголосила на тому, що «лікарня Мечникова - це барикада, яка не дає смерті забирати життя наших людей». Від початку війни та до жовтня 2017 року через лікарню ім. Мечникова пройшли більше 2,5 тис. поранених бійців. Під час чисельних операцій лікарі витягнули понад 3 тис. осколків. У лютому 2018 року за визначні заслуги та досягнення постановою Верховної Ради України від 8 лютого 220-річчя лікарні ім. Мечникова визнано ювілеєм державного рівня. 17 травня 2018 року до лікарні завітав тогочасний президент - Петро Порошенко, якому було відзвітовано про 3 тис. врятованих бійців [10, 11]. На липень 2019 року бойові дії знову активізувалися. Лише за перший тиждень липня було доставлено 12 тяжких поранених – всі життя вдалося врятувати. Ряд лікарів лікарні Мечникова були представлені до нагородження орденом «За Заслуги», а також отримали звання заслужених лікарів України за надання мед. допомоги бійцям. З 11 по 15 листопада 2019 року в лікарні відбувся конференція-тренінг програми

НАТО SPS («Наука заради миру та безпеки») на тему «Протидія агентам зброї масового ураження та новітні технології: поглиблений тренінг реагування на виклики у сфері конфлікту та безпеки у східній Україні», під час якої лікарі ділилися досвідом із західними партнерами [12].

Але, не дивлячись на те, що надалі через уповільнення темпів ведення бойових дій, поранених ставало дедалі менше, вони не зникли. Таким чином, перерви у поступаннях могли складати декілька тижнів, а бували дні, коли поступало по декілька бійців. А далі лікарню, як і всіх українців очікувало дедалі складніше випробовування – Повномасштабне вторгнення.

Перелік використаних джерел:

1. Риженко А.С. Лікарня сьогодні. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2013. 4 чер. (№1). С. 4.
2. Риженко А.С. Лікарня сьогодні. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2014. 15 трав. (№5). С. 1.
3. Акція по збору крові для постраждалих під час бойових дій / ЛІКАРНЯ МЕЧНИКОВА. Лікарня без болю : веб-ресурс. URL: [https://www.viaduk.net/clients/docl/index.nsf/\(documents\)/843C0B5014E52E5DC2257CE8003B74CC?OpenDocument&year=2014&month=05&](https://www.viaduk.net/clients/docl/index.nsf/(documents)/843C0B5014E52E5DC2257CE8003B74CC?OpenDocument&year=2014&month=05&).
4. Керуло В. Перші дні війни в відділені травматології. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2019. 21 лип. (№6). С. 1-2.
5. Риженко А.С. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2014. 30 вер. (№9). С. 1.
6. Риженко А.С. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2014. 24 груд. (№11). С. 1.
7. Риженко А.С. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2015. 4 трав. (№4). С. 3.
8. Риженко А.С. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2015. 4 вер. (№4). С. 1.
9. У нейрохірургії Мечникова щотижня оперують до 30 поранених в АТО (ФОТО) / 056.ua : веб-ресурс. URL: <https://www.056.ua/news/762146/v->

nejrohirurgii-mecnikova-ezenedelno-operiruu-do-30-ranenyh-v-ato-foto (дата звернення: 12.09.2025).

10. Риженко А.С. Лікарня Мечникова-місто милосердя. 2018. 2 вер. (№8). С. 2-4.

11. Карпов І. І. Інтерв'ю / записав Родинський Р. О., 23 грудня 2022 р., Дніпро. Рукопис.

12. Advanced training response to conflict and security challenges in East Ukraine / Noosphere events (NATO SPS Dnipro) : веб-ресурс. URL: <https://natospdnpdro.noosphere.events/> (дата звернення: 28.08.2025).

ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Семененко Г.О.¹, Калмикова Ю.С.¹, Калмиков С.А.²

¹*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна*

²*Харківська державна академія фізичної культури*

Харків, Україна

Анотація. Розглянуто вплив релаксаційних фізкультурно-оздоровчих методик на фізичний та психоемоційний стан військовослужбовців, а також корисний вплив для зниження м'язової напруги та зменшення проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ключові слова. Рухова активність, елементи йоги, стретчинг, реабілітація, ПТСР, відновлення.

Вступ. Реабілітація військовослужбовців України після бойових дій на сьогодні є актуальною, має комплексний підхід, який містить в собі відновлення фізичних функцій, покращення рухливості, психологічну та соціальну адаптацію [6]. Сучасні дослідження, в особливості робота Т.С. Neylan та ін., (2025) демонструють, що використання спорту та різноманітних фізкультурно-оздоровчих напрямів, поєднують в собі всі ці компоненти. Так для відновлення бійців можна використовувати не лише активні види спорту, а і більш релаксаційні, як зазначають в своїх

дослідженнях А.С. Сулима та ін. (2020) [1] та Д.А. Лимаренко, А.І. Кореновська та С.І. Латогуз (2025) [3]. Такі види фізкультурно-оздоровчих напрямів будуть сприяти розвантаженню нервової системи завдяки правильному диханні і його впливу на нервову систему, як зазначають R.J.S. Gerritsen та G.P.H. Band (2018) [4], а також знятті гіпертонусу м'язів, оскільки після носіння важкої броні це стає проблемою і призводить до певних негативних наслідків для опорно-рухового апарату. Використання стретчингу та адаптованої йоги в комплексній реабілітації, дозволяє одночасно підтримувати фізичний та психологічний стан військовослужбовців, забезпечуючи безпечне та системне відновлення організму після травм та надмірних навантажень, що було підтверджено Н. Мілещук та ін (2025) [5] в практиці підготовки та відновлення спортсменів-військовослужбовців до Invictus Games-2025.

Мета та завдання дослідження. Проаналізувати використання стретчингу, йоги в реабілітації військовослужбовців після бойових дій.

Матеріал і методи дослідження. На основі аналізу наукових джерел вивчити вітчизняний і зарубіжний досвід впровадження існуючих фізкультурно-оздоровчих та релаксаційних програм.

Результати дослідження та їх обговорення. А.С. Сулима зі співавт. (2020) [1], зазначають, що використання стретчингу, як більш доступного виду фізичної активності, дозволяє позитивно впливати на стан здоров'я військовослужбовців. Фізіологічний механізм при виконанні вправ на розтягування, полягає в активізації м'язових волокон за рахунок їх скорочення у момент розтягування. Автори наголошують, що під час виконання вправ зі стретчингу, відбувається розтягнення м'язів, шкірного покриву та зв'язок, спостерігається збудження відповідних механорецепторів, що викликає посилення кровопостачання в м'язах, підвищення обміну речовин та покращення рухливості. У фазі розслаблення знижується потреба м'яза в кисні, зменшується потік імпульсів від рецепторів м'язів, сухожилів і суглобів до центральної нервової системи, що сприяє зняттю напруги та

психологічному відновленню. Так можна сказати, що сам фізіологічний механізм вправ, вже несе за собою покращення стану організму військовослужбовців [1].

T.C. Neylan та ін., (2025) [2] зазначають, що використання вправ на розтягування у реабілітації військових із посттравматичним стресовим розладом підтверджується сучасними дослідженнями, де стретчінг розглядається як важливий компонент інтегрованих програм фізичної активності. У проведеному в США рандомізованому клінічному випробуванні для ветеранів було застосовано комплекс занять, що включав аеробні та силові вправи, розтягування й елементи майндфул-дихання. Такий підхід продемонстрував покращення фізичної підготовленості, підвищення рухливості та зменшення м'язового спазму, що є особливо важливим для військовослужбовців після травм. Крім того, стретчінг у поєднанні з дихальними практиками сприяв зниженню рівня тривожності та симптомів ПТСР, оскільки дозволяв сфокусуватися на відчуттях власного тіла й поступово відновлювати контроль над ним. Важливо, що програма передбачала як очні заняття, так і дистанційні формати, що робить її доступною в умовах обмежених ресурсів та потреби у гнучкому підході, що також підтвердило дослідження “Group Integrated Exercise versus Recovery Class for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial” (2025) [2]. Так досвід цього дослідження підкреслює перспективність впровадження подібних програм в Україні, де поєднання фізичних і психоемоційних практик може стати ефективним засобом відновлення здоров'я та соціальної інтеграції військових.

Також треба зауважити, що є ще одна більш давня та корисна практика, як йога, яка також є ефективним методом для реабілітації осіб з ПТСР, так наголошують Д.А. Лимаренко зі співавторами. (2025) [3]. Їх результати досліджень показали значне покращення усвідомленості власного досвіду та здатності «неосудження внутрішніх переживань» після курсу занять йогою. Ця навичка є важливою для людей із ПТСР, оскільки сприяє зменшенню емоційної

реактивності та полегшує саморегуляцію. Але слід зауважити, що йога є більш складною у виконанні фізичною активністю, ніж стретчинг, тому що потребує більшого досвіду в інструктора, який її викладає. Але при цьому корисним може бути використання і поєднання окремих асан та дихальних практик в реабілітаційному процесі військовослужбовців [3].

R. J. S. Gerritsen та G. P. H. Band (2018) [4] наголошують, що правильне глибоке дихання, додатково дозволяє насичувати тканини організму киснем та впливає на зменшення симптомів ПТСР, знижує рівень тривоги, через зниження рівня кортизолу і впливає на парасимпатичну нервову систему [4].

Дослідження, яке було проведено в Україні, Н. Мелешук, В. Кашуба та ін., (2025) [5], продемонструвало, що застосування фізкультурно-спортивної програми з елементами йоги для військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у відборі до національної збірної Invictus Games-2025, сприяло покращенню фізичного та психологічного стану, сну та настрою учасників. Автори наголошують, що на базі розробленої програми можна адаптувати аналогічні вправи у вигляді доступного стретчингу для пацієнтів із ПТСР, це дозволило безпечно покращити рухливість, зняти напругу та підтримати емоційне відновлення. Впровадження подібних методик у систему державних і відомчих реабілітаційних центрів дозволило розширити спектр доступної допомоги та підвищило ефективність також і соціальної адаптації ветеранів [5].

Висновок. Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що завдяки проведеним вітчизняним і зарубіжним дослідженням, які включають стретчинг, елементи йоги та дихальні вправи у реабілітаційних програмах, доведено свою ефективність у відновленні фізичної функціональності військових. Ці методики сприяють покращенню рухливості, зменшенню м'язової напруги, підвищенню витривалості та оптимізації фізичного стану. Такі програми забезпечують комплексний підхід до реабілітації, дозволяючи поєднати фізичне відновлення з підтримкою психоемоційного стану, що є важливим аспектом відновлення військовослужбовців до повноцінної служби

та соціальної інтеграції після бойових дій. В також Додаткове використання дихальних практик, сприятиме зменшенню проявів ПТСР через заспокоєння нервової системи військовослужбовців, це надасть можливість на практиці довести їх ефективність та навчити правильним дихальним прийомам і самодопомозі під час виникнення тривожних та панічних станів. Також слід зазначити, що такі релаксаційні техніки є доступні для проведення навіть в обмеженому просторі, вони не потребують високої підготовки та можуть бути адаптовані під будь-який фізичний стан організму. Ця тема потребує додаткових досліджень і має потенціал до розробки державних, спеціалізованих фізкультурно-відновлювальних програм, тому що це дозволить не лише оптимізувати процес фізичного та психоемоційного відновлення, а й сприятиме соціальній інтеграції ветеранів, що є одним із ключових завдань державної політики у сфері реабілітації

Література

1. Сулима А.С., Гушевата Ю.В., Гізатулліна Е.О. Застосування елементів стретчингу у фізичній реабілітації. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2020. № 5(1). С. 92–96.
[https://doi.org/10.15391/prrht.2020-5\(1\).13](https://doi.org/10.15391/prrht.2020-5(1).13)
2. Neylan T.C., Muratore L.A., Williams C.L., Schmitz M., Valdez C.V., Maguen S., O'Donovan A., Kelley D.P., Metzler T.J., Cohen B.E., West A.C., Phan J.D.V., Antonetti V., Mayzel O., Hlavin J.A., Chesney M.A., Mehling W.E. Group integrated exercise versus recovery class for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06638-1>
3. Лимаренко Д.А., Кореновська А.І., Латогуз С.І. Застосування фізичних вправ у програмі реабілітації пацієнтів з ПТСР після участі у бойових діях. *Global trends in science and education: Proceedings of the IV International Scientific and Practical Conference*. Kyiv, Ukraine: SPC “Sci-conf.com.ua”, 2025. С. 1123. Режим доступу: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/36126>

4. Gerritsen R. J. S., Band G. P. H. Breath of life: The respiratory vagus nerve stimulation model of contemplative activity. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2018. Vol. 12. 397. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00397>
5. Мелешук Н., Кашуба В., Носова Н., Верзлова К., Лабінська Г. Програма фізкультурно-спортивної реабілітації з елементами йоги для військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у відборі до української національної збірної Invictus Games-2025 у Ванкувері-Вістлері (Канада). *Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр.* 2025. Вип. 19(38). С. 298–301. [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2025-19\(38\)-298-307](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2025-19(38)-298-307)
6. Семененко Г.О., Калмикова Ю.С., Калмиков С.А. Особливості фізкультурно-спортивної реабілітації після ампутації нижніх кінцівок. Молодий вчений: сучасні тенденції формування та збереження здоров'я людини»: збірник тез VII Всеукраїнської молодіжної науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 27-28 бер. 2025 р. / ХДАФК. Харків, 2025. С. 121-126.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У СПІВРОБІТНИКІВ МВС

Сергата Є.В.

ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», м. Полтава,

Вступ: Захворювання кістково-м'язової системи є однією з найбільш поширених патологій в усьому світі. Медико-соціальна значущість захворювань опорно-рухового апарату визначається їх великою поширеністю, хронічним прогресуючим перебігом, зростанням показників первинної захворюваності та інвалідності, значними прямими і непрямими економічними втратами, а також зниженням якості життя і скороченням його тривалості. Моніторинг та аналіз показників захворюваності, поширеності, інвалідності та смертності населення є необхідним, зокрема, для планування відповідних заходів з організації медичної допомоги хворим із патологією

опорно-рухового апарату. Їх лікування тривале та потребує великих фінансових витрат із боку як пацієнтів, так і держави. Найбільша частка неонкологічних стійких больових станів припадає на захворювання опорно-рухового апарату. У сучасних умовах актуальним є моніторинг захворюваності кістково-м'язової системи серед населення, виявлення основних тенденцій поширення даної патології, розробка нових підходів до організації надання медичної допомоги, вдосконалення системи медичного забезпечення[1].

Мета: аналіз захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи у співробітників МВС та висновки щодо причин виникнення захворювань кістково-м'язової системи у співробітників МВС.

Об'єкт і методи дослідження: статистичні дані захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи у співробітників МВС, контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення:

Для уніфікації кодування хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я в первинній медичній документації та даних електронної системи охорони здоров'я наказом Міністерства економіки України від 04.08.2021 року № 360 [4] затверджено Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (НК 025:2021).

НК 025:2021 гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), розробленим Австралійським консорціумом з розробки класифікацій (ACCD).

При вивченні статистичних даних були враховані такі захворювання:
ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (M00-M99) представлені в 13 КЛАСІ НК 025:2021
АРТРОПАТІЇ (M00-M25)

M05 Серопозитивний ревматоїдний артрит

M06 Інший ревматоїдний артрит

M10 Подагра

M12 Інші специфічні артропатії

M13 Інший артрит

Артрози (M15-M19)

M15 Поліартроз

M16 Коксартроз [артроз кульшового суглоба]

M17 Гонартроз [артроз колінного суглоба]

M18 Артроз першого зап'ястково-п'ясткового суглоба

M19 Інший артроз

Системні хвороби сполучної тканини (M30-M36)

M32 Системний червоний вовчак

ДОРСОПАТІЇ (M40-M54)

Деформуючі дорсопатії (M40-M43)

M41 Сколіоз

M42 Остеохондроз хребта

M43 Інші деформуючі дорсопатії

Спондилопатії (M45-M49)

M45 Анкілозуючий спондиліт

M46 Інші запальні спондилопатії

M47 Спондильоз

M48 Інші спондилопатії

Інші дорсопатії (M50-M54)

M50 Ураження шийного диска

M51 Інші ураження міжхребцевих дисків

M53 Інші дорсопатії, не класифіковані в інших рубриках

M54 Дорсалгія

Захворюваність та поширеність на захворювання кістково-м'язової системи у співробітників МВС України за 10 років

Таблиця 3.1.

Поширеність хвороб кістково-м'язової системи у співробітників МВС в 2014-2024 роках

	Шифр за МКХ в X перегляді	2014		2015		2016		2017	
		весь контингент	з них поліцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них поліцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них поліцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них поліцейських та військовослужбовців
Хвороби кістково-м'язової системи та сполученої тканини	M00-M99	4 534	3 972	4 769	4 250	7 651	5 070	10 172	6 458
у тому числі: ревматоїдний артрит та інші запальні поліартропатії	M05-M06, M08, M10-M13	283	260	252	223	342	241	474	261
сольові артропатії	M10-M11	105	93	92	74	212	116	180	97
Артрози, в т.ч. деформуючий	M15-M19	374	286	468	381	1 479	532	1 677	614
системний червоний вовчак	M32	0	0	0	0	1	0	2	1
анкілозуючий спондиліт	M45	9	9	11	7	7	3	6	4
ураження міжхребцевих дисків шийного та інших відділів	M50-M51	505	423	362	330	594	458	775	541
інші дорсопатії, спондилопатії	M40-M43, M46-M48, M53-M54	2 433	2 003	2 686	2 354	3 531	2 649	4 978	3 610

	Шифр за МКХ в X перегляді	2018		2019		2020		2021	
		весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців
Хвороби кістково-м'язової системи та сполученої тканини	M00-M99	9 999	6 237	9 233	6 011	6528	4406	7 871	5 227
у тому числі: ревматоїдний артрит та інші запальні поліартропатії	M05-M06, M08, M10-M13	429	217	390	215	338	252	257	148
з них: числі ревматоїдний артрит	M05-M06	57	24	54	18	19	6	15	6
сольові артропатії	M10-M11	199	94	186	84	96	56	96	48
з них: подагричні	M10	176	80	168	71	93	53	75	38
артрози	M15-M19	1 546	639	1 033	511	546	294	588	327
з них: деформований артроз	M19.9	704	240	421	203	161	74	191	90
системний червоний вовчак	M32	2	1	0	0	1	0	1	0
анкілозуючий спондиліт	M45	18	9	3	2	8	3	7	3
ураження міжхребцевих дисків шийного та інших відділів	M50-M51	784	556	1 033	655	726	480	594	458
інші дорсопатії, спондилопатії	M40-M43, M46-M48, M53-M54	5 299	3 635	4 857	3 278	3647	2365	3 531	2 649

	Шифр за МКХ в Х перегляді	2022		2023		2024	
		весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців	весь контингент	з них полцейських та військовослужбовців
Хвороби кістково-м'язової системи та сполученої тканини	M00-M99	5 790	3 748	11 009	8 361	11 919	9 331
з них: внаслідок військових дій	M00-M99; Y36	1 900	1 297	1 803	1 802	577	564
у тому числі: ревматоїдний артрит та інші запальні поліартропатії	M05-M06, M08, M10-M13	182	90	313	313	317	206
сольові артропатії	M10-M11	85	40	174	174	187	127
Артрози, в т. ч. деформуючий	M15-M19	780	421	1 214	1 214	1 476	1 101
системний червоний вовчак	M32	4	2	0	0	0	0
анкілозуючий спондиліт	M45	8	3	15	15	36	32
ураження міжхребцевих дисків шийного та інших відділів	M50-M51	988	511	1 025	1 025	747	562
інші дорсопатії, спондилопатії	M40-M43, M46-M48, M53-M54	2 716	1 958	5 873	5 873	6 747	5 527

Таблиця 3.2.

**Динаміка показників поширеності хвороб кістково-м'язової системи
співробітників МВС по Україні, 2014-2024 рр.**

Роки	Рівень ряду	Абсолютний приріст	Темп росту (%)	Темп приросту(%)	Значення 1% приросту
2014	4534	-	-	-	-
2015	4769	+235	105.2	5.1	46.0
2016	7651	+2882	160.4	60.4	47.7
2017	10172	+2521	132.9	32.9	76.6
2018	9999	-173	98.3	1.7	101.7
2019	9233	-8234	92.3	82.3	10.0
2020	6528	-2705	70.7	29.3	92.3
2021	7871	+1343	120.6	20.6	65.1
2022	5790	-2081	73.6	26.4	65.2
2023	11009	+5219	190.1	90.1	57.9
2024	11919	+910	108.3	8.3	109.6

Зведений аналіз захворюваності за 2014–2024 роки

Особливу увагу звернемо на порівняння абсолютних значень і темпів приросту по різних нозологіях хвороб кістково-м'язової системи, щоб зрозуміти не лише стан захворюваності, але й швидкість змін.

Найбільший тягар захворювань дають артрози, ураження міжхребцевих дисків та інші дорсопатії.

Дорсопатії формують основу проблему у співробітників системи МВС і вимагають окремих програм профілактики та реабілітації.



Рис. 3.1.

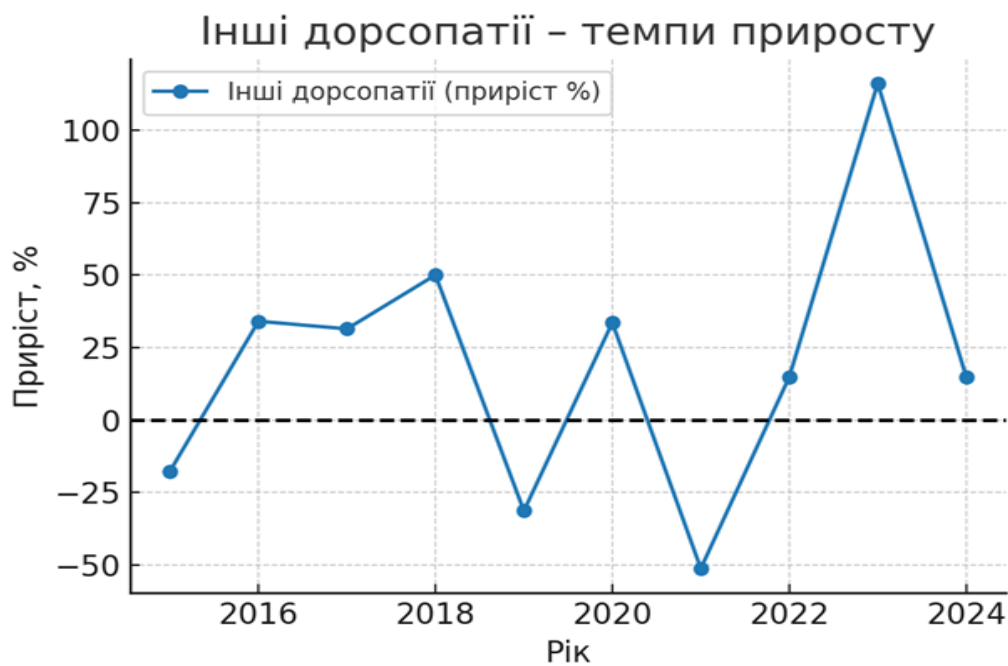


Рис. 3.2.

Найбільше зростання кількості випадків дорсопатій спостерігаємо в 2018, 2020, 2023 та 2024 роках.

Темпи приросту найбільше зростають в 2017–2018 роках (+50–60%) та після 2023 року.

Причиною цього явища можуть бути післявоєнні наслідки АТО/ООС. У цей період значна кількість правоохоронців та військових пройшли службу

в зоні бойових дій (2014–2017), де мали надмірні фізичні навантаження, переохолодження, носіння бронезилетів, зброї та амуніції. Це сприяло накопиченню хронічних уражень хребта й суглобів, які почали масово проявлятися саме у 2018 році [6].

У 2017–2018 рр. проводилися більш поглиблені профілактичні огляди, що призвело до виявлення раніше недіагностованих хвороб кістково-м'язової системи. Це відобразилось у статистиці як різке «зростання».

В 2020 році COVID-19 і карантинні умови призвели до зменшення рухової активності, робота в умовах обмежень, відсутність регулярних тренувань та фізпідготовки. Частина медичних оглядів була відкладена і після їх відновлення знову підвищилась кількість діагностованих захворювань кістково-м'язової системи.

2023-2024 роки – період зростання кількості дорсопатій через поєднання тривалого бойового навантаження, стресу, відкладених в 2022 році діагностик та наслідків поранень.



Рис. 3.3.



Рис. 3.4.

Спостерігаємо різке зростання кількості випадків артрозів у 2017 році (понад у 3 рази), спад у 2020–2022 роках, відновлення після 2023 року. Темп приросту зріс у 2017 році понад 100%, у кризові роки приріст переходить у «мінус».

Це свідчить про те, що артрози мають хвилеподібну динаміку, чутливу до зовнішніх подій і якості обліку.

В 2014–2017 відчутні наслідки АТО/ООС: тривале носіння важкої амуніції, бронежилетів, зброї, часті марші, фізичні навантаження у складних кліматичних умовах.

В 2017–2018 рр. активне проведення планові медичні огляди, де виявили велику кількість випадків, які раніше залишалися без діагнозу.

Віковий фактор. Частина особового складу, що брала участь у бойових діях, досягла віку 35–45+, коли артроз починає проявлятися активніше.

В 2023–2024 роках повномасштабна війна та надмірні фізичні навантаження, постійні бойові чергування, носіння важкого спорядження, робота у важких кліматичних та стресових умовах, хронічні мікротравми та

прискорене зношення суглобів, хронічний стрес і ПТСР, накопичувальний ефект війни та обмежена реабілітація вплинули на зростання захворюваності на хвороби суглобів.

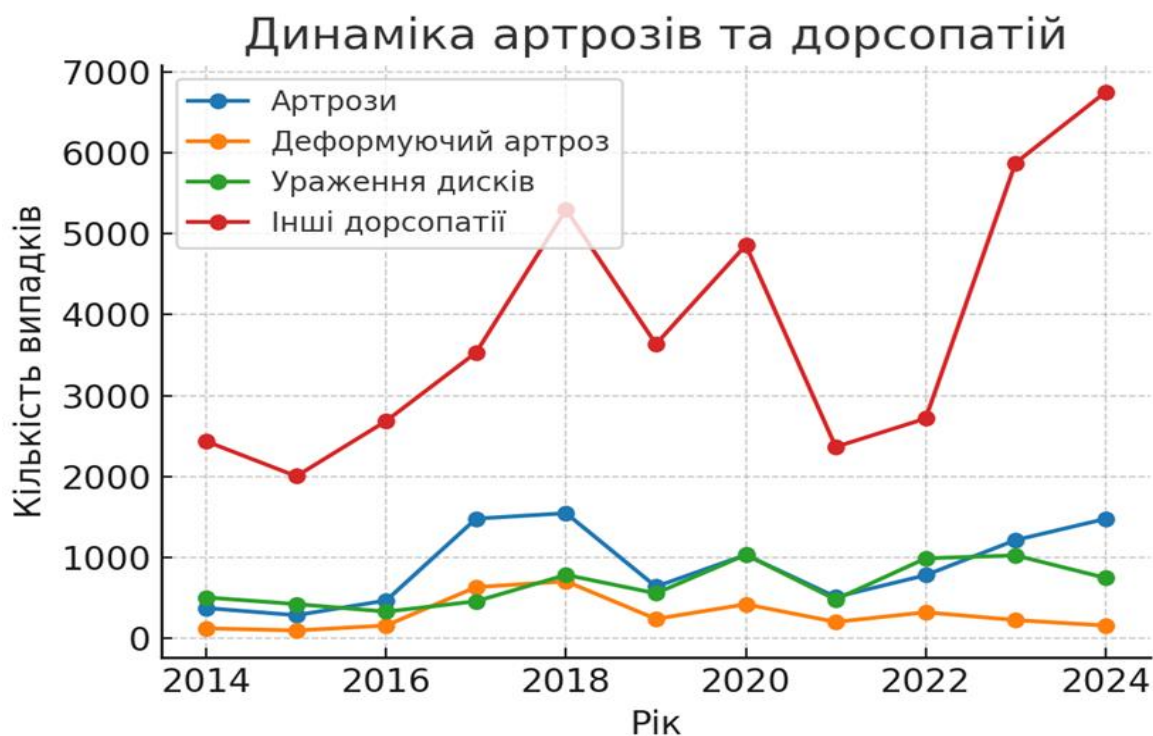


Рис. 3.5.

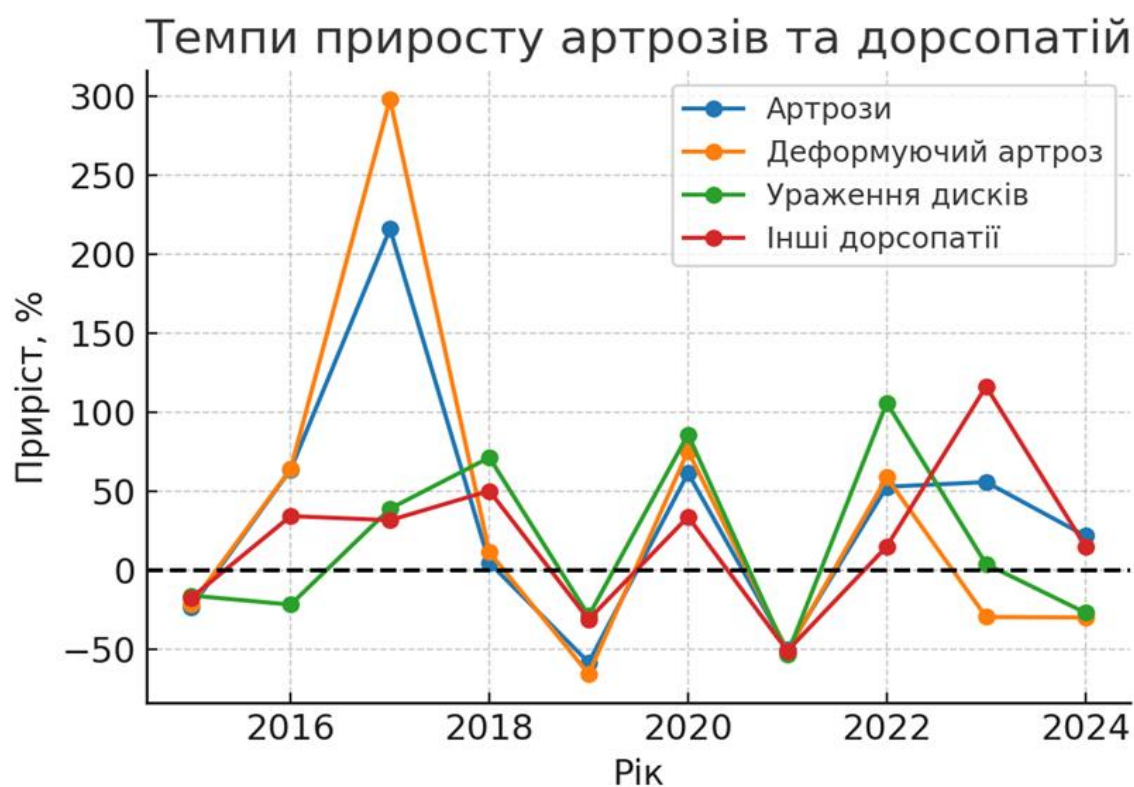


Рис. 3.6.



Рис. 3.7.

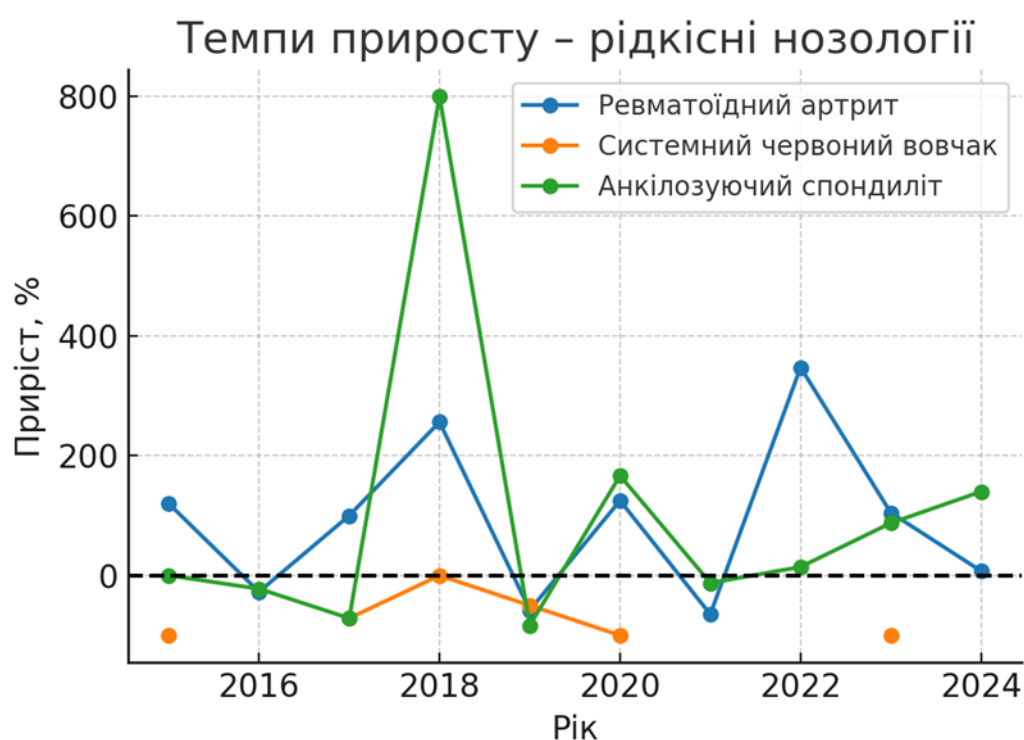


Рис. 3.8.

Отже, абсолютні значення показують масштаб проблеми; темпи приросту відображають швидкість змін та вплив зовнішніх факторів (війна, мобілізація, доступність медицини); спостерігається певна циклічність: спад у кризові роки, вибухове зростання у роки стабілізації.

Якщо за основу візьмемо періоди російсько-української війни, то кожен період буде мати свої особливості:

1. Період до повномасштабної війни (2014–2021)

- 2014 рік (початок війни на Донбасі) — невеликий спад у загальному контингенті. Це пояснюється міграцією населення, стресовими факторами, а також тим, що частина військових і цивільних перейшли під інші системи медобслуговування.

- 2017 рік — різкий стрибок у багатьох нозологіях (+70% ураження дисків, +105% артрози). Це може бути пов'язано з зростанням кількості ветеранів і військовослужбовців із хронічними проблемами опорно-рухового апарату; масовими медоглядами (посилення контролю стану здоров'я військових та правоохоронців); накопиченням відкладених випадків через стрес і високі фізичні навантаження у військових.

2. Повномасштабне вторгнення (2022–2024)

- 2022 рік — зниження у деяких категоріях (наприклад, ураження дисків та дорсопатії), що можна пояснити перерваним доступом до меддопомоги; евакуацією, релокацією закладів і пацієнтів; пріоритетом ургентної допомоги замість планових діагностик.

- 2023–2024 роки — новий вибуховий ріст (контингент зріс удвічі, артрози +130% за 2 роки, дорсопатії +80%). Це вже наслідок накопичених відкладених випадків (пацієнти, які не лікувалися у 2022, звертаються зараз). Зростає кількість ветеранів, учасників бойових дій, людей з інвалідністю, у яких розвиваються хронічні ураження суглобів і хребта через травми, фізичні перевантаження та посттравматичні зміни.

Війна сприяє погіршенню загального стану здоров'я населення через стрес, зниження якості харчування, недостатню реабілітацію, а також є чітким фактором, що визначає “хвилеподібний” характер даних:

- у роки інтенсивних бойових дій — спад (через меншу кількість звернень і недоступність медицини в місцях бойових дій),
- після стабілізації — різке зростання (перевантаження, накопичені випадки і нові через поранення).

Перебіг захворювань кістково-м'язової системи у поліцейських ускладнюється тим, що вони у воєнний час виконують подвійну функцію: підтримання громадського порядку та залучення до бойових завдань. Тому й виникають характерні проблеми:

- дорсопатії (через тривалі зміни умов праці, носіння бронежилетів, екіпірування, чергування в несприятливих умовах);
- артрози та ураження хребта (від постійного фізичного навантаження й стресу);
- автоімунні стани (стрес + зміни в режимі харчування та сну).

Статистичні дані підтверджують, що у пікові роки бойових дій (2017, 2023) спостерігається стрибок цих патологій серед поліцейського контингенту.

Сьогодні ці цифри показують більше, ніж статистику — вони показують біль і виклик нашого суспільства. Артрози, дорсопатії та ураження хребта — це не просто діагнози, це наші військові, ветерани, наші колеги і близькі. Війна робить ці проблеми масовими і вибуховими. Якщо ми не інвестуємо зараз у реабілітацію, завтра отримаємо хвилю інвалідності. Але якщо вкладемося — ми збережемо працездатність і майбутнє людей, які сьогодні тримають країну. Це наш стратегічний вибір — і він має бути зроблений вже зараз.

Ми бачимо, що війна залишає свій слід не лише на фронті, а й у здоров'ї наших людей. Артрози, дорсопатії, ураження хребта — це біль і обмеження

тих, хто сьогодні тримає країну на плечах. Але за кожною цифрою стоїть людина, і ми маємо силу змінити її майбутнє.

Висновки: 1. Захворювання кістково-м'язової системи є не лише медичною проблемою, а і соціальною, оскільки починаючи з ранніх етапів суттєво впливають на працездатність хворого та якість його життя. Невчасні, неефективні лікування та реабілітація призводять до тимчасової втрати працездатності та інвалідності. Наявність їх у складі мультиморбідної патології скорочує тривалість життя даної категорії хворих. Усе це супроводжується значними прямими і непрямими економічними втратами для держави та фінансовими витратами для хворих. В умовах реформування медицини необхідно відновити моніторинг захворюваності, який відсутній протягом останніх 2 років. Це дасть змогу виявляти проблеми та недоліки й, усуваючи їх, покращувати якість надання медичної допомоги населенню.

2. Війна формує хвилеподібність у статистиці: спад у роки активних бойових дій та різке зростання після.

3. Поліцейські та військові мають схожий профіль захворюваності, тому домінують артрози, дорсопатії, ураження дисків.

4. Основний виклик для системи МВС – не тільки лікувати, а й створювати реабілітаційні та профілактичні програми для військових і правоохоронців.

Список літератури

1. Долгополов О.В., Полішко В.П., Ярова М.Л. ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ Вісник ортопедії, травматології та протезування, 2019, № 4: 101-108

УДК: [616.7-036.2+314.14+616-036.86+314.14](477)“1993-2017”-047.44

DOI: 10.37647/0132-2486-2019-103-4-96-10

2. Ma VY, Chan L, Carruthers KJ. Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. Arch Phys Med Rehabil. 2014

May;95(5):986-995.e1. doi: 10.1016/j.apmr.2013.10.032. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24462839; PMCID: PMC4180670.

3. Schmidt CO, Kohlmann T. Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zu Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren [What do we know about the symptoms of back pain? Epidemiological results on prevalence, incidence, progression and risk factors]. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 2005 May-Jun;143(3):292-8. German. doi: 10.1055/s-2005-836631. PMID: 15977117.

4. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0360930-21#Text> 08.02.2025 року.

5. <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/naczionalnyj-klasyfikator-nk-025.pdf> 08.02.2025 року.

6. Karampalis C, Stamiris S, Sarridimitriou A, Stamiris D, Anestiadou E, Kakoulidis P, Sarafis P, Chatzianestiadou C, Christodoulou P, Vrangalas V, Malliarou M. Effect of surgical treatment on mental health, disability and quality of life in active military and law enforcement personnel with non-specific chronic low back pain: A retrospective study. Int J Orthop Trauma Nurs. 2025 May;57:101183. doi: 10.1016/j.ijotn.2025.101183. Epub 2025 Apr 22. PMID: 40286429.

7. Olivotto S, Evans K, Peek K, Gardner T, Donovan M, Shirley D, Rebbeck T. Prognostic factors for poor recovery in active-duty military personnel with musculoskeletal disorders: A systematic review with meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract. 2025 Oct;79:103383. doi: 10.1016/j.msksp.2025.103383. Epub 2025 Jul 2. PMID: 40618507.

ДОСВІД ЗАХІДНИХ КРАЇН В РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Філатова О.В., Філатова В.Л., Матвієнко Т.М., Саргош О.Д.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Вступ: У нашому непростому сьогоденні в екстримальних умовах проведення військових дій у прифронтових ділянках України, коли з кожною годиною число поранених зростає, таке поняття як «Медична реабілітація» набуває, як ніколи, особливої актуальності.

Мета реабілітації – надання своєчасної та ефективної допомоги постраждалим під час воєнних дій, особам із обмеженими соціальними або фізичними можливостями. Потрібно зробити усе можливе для запобігання інвалідності в період лікувального процесу хворого.

Саме слово “Реабілітація” має на увазі відновлення здоров’я хворого, яке він втратив внаслідок травм на полі бою, під дією фізико-хімічних чинників або різних хвороб.

Вирішення проблеми медичної реабілітації в Україні слід проводити на загальнодержавному рівні із адекватним використанням міжнародного досвіду.

Усіма питаннями щодо фізичної, психологічної, трудової реабілітації займається Організація Об’єднаних Націй та її спеціалізовані підрозділи.

Медичною реабілітацією безпосередньо займається Комітет експертів Всесвітньої організації охорони здоров’я із медичної реабілітації.

Мета: вивчити та проаналізувати досвід організації щодо проведення медичної реабілітації пацієнтів в країнах світу з високим економічним рівнем

Матеріали та методи: Було проведено аналіз літературних джерел стосовно досвіду Організації медичної реабілітації в країнах Європейського союзу та США. Використано бібліосемантичний та аналітичний методи дослідження.

Результати: Важливе значення для впровадження та подальшого розвитку медичної реабілітації є саме освіта. Вона є фундаментом зародження медичної реабілітації. Нажаль, в Україні медична реабілітація досі не розвинута тому, що у багатьох медичних закладах вищої освіти навіть у теперішній доволі нелегкий для України час, немає спеціальності «Медична реабілітація» Нині це одне із найболючіших проблемних питань на шляху до розвитку медичної реабілітації в Україні [3,5].

У наш час українська медицина як найшвидше потребує кваліфікованих фахівців з медичної реабілітації. Адже медицина Європейських країн і США має значно більший розвиток та ефект, ніж

українська медицина, завдяки чому, Країни Європи та США регулярно отримують економію до 20 доларів за рахунок заощадження витрат системи охорони здоров'я. Тому, на Заході хворий після операції не лежить впродовж 7-14 днів в палаті і таким чином не займає ліжко, одночасно не витрачаються кошти на його харчування, як це відбувається в Україні, а одразу направляється в реабілітаційне відділення, де він займається з лікарем-реабілітологом.

Послідовність медичної реабілітації розподілена наступним чином:

- 1) первинна діагностика пацієнта, необхідне обстеження спеціалістами, інтенсивна терапія, за потреби доліковування і медична реабілітація;
- 2) після інфаркту проводиться 3-х-етапна програма реабілітації : лікарня – санаторій – амбулаторія. Реабілітація розпочинається відразу, з моменту встановлення діагнозу.

Оцінка ефективності реабілітації здійснюється переважно за шкалами спеціальних опитувальників. В них акцент робиться не на кількісні фізичні 52 параметри систем організму, які зазвичай визначаються за допомогою інструментальних та лабораторних обстеженнях, а на якісну оцінку життєдіяльності хворого, отриману в результаті його самозвіту або звіту обслуговуючого персоналу. В деяких країнах (Австралія, Нідерланди) навіть при повторних переоглядах осіб із інвалідністю, зазвичай застосовують опитувальні листи, які надсилають поштою, що спрощує систему переогляду [1].

Є сенс працювати за однаковими міжнародними документами, а саме, за Міжнародною номенклатурою порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (ICIDH), міжнародною класифікацією функціонування обмежень життєдіяльності і здоров'я, та орієнтація медичної реабілітації на усунення або зменшення порушень. Одночасно активну участь повинні брати психологи, педагоги, соціальні працівники, профконсультанти та інші фахівці.

Принципи реабілітації, які застосовуються в Україні (ранній початок, послідовність, наступність, комплексність, індивідуалізація), практично ідентичні з такими ж принципами в розвинутих країнах світу.

Відбір на реабілітацію проводиться за однаковими критеріями, хоча технологія направлення на реабілітацію істотно відрізняється. Концепція медичної реабілітації розвинутих країн світу передбачає, що на реабілітацію повинні направлятися хворі при загрозі зниження або при зниженій працездатності для її значного поліпшення, або відновлення за допомогою медичних заходів.

Відсутність стрункої системи оцінки ефекту реабілітації чи окремих показників є негативною стороною іноземної моделі реабілітації, так само, як і в Україні. Фахівці, які займаються медичною реабілітацією, повинні уточнювати й визначати, наскільки використовувані ними засоби і методи придатні для досягнення цілей у конкретного пацієнта; іноді вони перевіряють, який ефект отриманий від проведених реабілітаційних заходів. При цьому враховується ступінь обмеження участі реабілітанта в активному житті суспільства до і після реабілітації [4,8].

Установи, які здійснюють медичну реабілітацію за кордоном, як і в нашій державі, поділяються на: стаціонарні, амбулаторні, санаторно-курортні, проте не завжди їх реабілітаційний статус є чітко окресле ним. Проаналізувавши досвід іноземних держав у сфері реабілітації інвалідів, можна зробити висновки про доцільність використання його в Україні за наступними напрямками:

- створення єдиної державної інформаційної системи маршрутизації і контролю ефективності реабілітаційних заходів за профілем наданої допомоги;
- спільний контроль Міністерств охорони здоров'я та соціальної політики за питаннями визначення можливих витрат і реального виділення коштів на здійснення реабілітаційних заходів;

- розробка і затвердження Концепції медичної реабілітації громадян України;

- розробка протоколів медичної реабілітації на всіх етапах реабілітаційного процесу у хворих та осіб з інвалідністю з вісцерально-метаболічними, стати ко-динамічними і сенсорними порушеннями;

- розробка та запровадження наукових критеріїв відбору на різних етапах реабілітаційного процесу (стаціонарний, амбулаторно-поліклінічний, санаторний, домашній). Це дозволить охопити етапною реабілітаційною допомогою осіб, найбільш перспективних для її ефективного проведення, з метою повернення до трудової діяльності;

- розробка критеріїв оцінки ефективності і про гнозування результатів медичної реабілітації у хворих та осіб з інвалідністю з основною важкою пато логією на етапах реабілітації;

- наукове обґрунтування рекомендацій щодо оцінки ефективності реабілітаційних заходів на стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному, домашньому та санаторному етапах;

- розробка методичних основ і створення нових технологій реабілітації хворих та інвалідів після складних оперативних втручань (операції на серці та судинах, пересадка органів, нейрохірургічні операції тощо);

- підготовка кадрів для реабілітаційних центрів;

- розвиток системи спеціалізованих та комплексних центрів реабілітації на основі економічної доцільності об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших закладів та під контролем їх окупності;

- організація медичних центрів реабілітації за місцем проживання, реабілітаційних клінік – в курортних зонах; по можливості, здійснення заходів реабілітації вдома; надання переваги, по можливості, амбулаторному способу реабілітації; впровадження досвіду організації реабілітації вдома спеціальними бригадами;

- впровадження мультидисциплінарних реабілітаційних бригад; застосування при проведенні реабілітаційних заходів командного підходу із

включенням до бригади наступних спеціалістів: лікар (фахівець в області реабілітації і фізичної культури); медична сестра; фізіотерапевт; психолог; фахівець з працетерапії; фахівець з професійної орієнтації; соціолог; фахівець з комунікації; протезист; дієтолог; використання послуг особливих видів спеціалістів – окупаціональних терапевтів та сестер-менеджерів; створення реабілітаційних груп, здатних технічно вирішувати питання реабілітації [6].

Науково доведено, коли людина 3 тижні пропускає заняття із реабілітації, а просто лежить то вона втрачає близько 30-40% своїх функціональних можливостей. Тоді реабілітологу на пізніших термінах важче працювати та отримати позитивний результат.

В країнах Європи та США при кожній лікарні існують великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі-реабілітологи. Хворого на 3-4 день після операції відправляють туди. Це значно спрощує лікування, економить час хворого і веде до швидшого одужання. Нажаль, в Україні хворий після довготривалого перебування в лікарні, повинен самотужки шукати реабілітолога.

Нажаль, реабілітація в Україні досі функціонує із багатьма проблемами, а саме, не існує єдиного управлінського органу з питань медичної реабілітації, немає спеціальності медичної реабілітології у медичних закладах вищої освіти залишається недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, одночасно малоефективна та неактуальна система управління [2].

Вищевказані проблеми, повномасштабне вторгнення в Україну, негативна демографічна ситуація в країні вимагають проведення термінової реформи для реабілітаційної системи, а також для та усієї медицини. З метою удосконалення до європейського зразка, запозичивши досвід Європи і США.

Важливими завданням побудови сучасної, ефективної системи реабілітації є створення центрів медичної реабілітації в госпіталях і медичних закладах. Вони повинні бути у силових міністерствах, відомствах,

лікарнях, у санаторно-курортних закладах із використанням лікувальних ресурсів природного походження, якими дуже багаті земля і надра України.

Метою медичної реабілітації є досягнення у поставлені строки стійкого адекватного відновлення організму. Відновлення працездатності пацієнта, пристосування його до участі в соціальній та побутовій сфері життя з попередніми або зміненими у зв'язку із хворобою соціальними функціями та покращення якості життя.

В Україні існують великі перспективи на ефективне проведення даної реформи. Це багата держава із значними природними та лікувальними ресурсами. Так, кліматичні умови, сприятливе природно-географічне положення дозволяють сформувавши значну кількість санаторно-лікувальних курортів в Карпатах, на узбережжях Азовського та Чорного морів. Однак, на сьогоднішній день, на жаль, природно-лікувальні ресурси використовуються лише на 8-10%.

Позитивним є те, що розпочалась робота над вдосконаленням нормативно-правової бази. В травні 2014 року було створено Координаційну раду з питань реабілітації при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. До складу Ради увійшли провідні фахівці та експерти у сфері реабілітації. Першочерговим завданням робочої групи стало розроблення Закону України "Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні", залучалися фахівці з країн Європи, США, Канади та Ізраїлю [7,9].

Висновки. Проведений аналіз літературних джерел свідчить про те, що форми організації реабілітації в різних державах різні, але цілі і завдання, є однаковими. Практика і знання досвіду інших розвинених країн дозволяє враховувати успіхи та прорахунки в нинішній системі функціонування медичної реабілітації в Україні. Необхідно ефективно реформувати систему медико-соціальної реабілітації осіб, у яких мається інвалідність, спираючись на найкращому та перспективному міжнародному досвіді.

З метою реалізації сучасні медичної реабілітації і для її належного функціонування в Україні, потрібно: на законодавчому і практичному рівнях створити реабілітаційні центри у всіх лікарнях, де працюватимуть високоспеціалізовані та висококваліфіковані лікарі. Одночасно перевести підготовку фахівців з реабілітації до системи охорони здоров'я, як це відбувається, принаймні, у Європі та США. А також повинна бути достатня фінансова підтримка реформи.

Список літератури

1. Закон України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 31.08.2018 № 2462-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
2. Малахов В. О. Лікувальна фізкультура при неврологічних захворюваннях / В. О. Малахов, Г. М. Кошелева, В. Ю. Петренко. — Суми : Вінниченко М. Д., 2014. — 176 с.
3. Медична та соціальна реабілітація : навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. — Тернопіль : ТДМУ, 2005. — 402 с.
4. Мисула І. Р. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
5. Нейрореабилитация : сборник клинических лекций / В. А. Малахов, А. Н. Завгородняя, О. С. Балабуха, Н. А. Федоренко. — Х.: Степанов В. В., 2010. — 130 с.
6. Примачок Л.Л. Історія медицини та реабілітації: навч. посіб. / Л.Л. Примачок. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2014. – 104 с.
7. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / За ред. К. Д. Бабова, І. Я. Пінчук, В. В. Стеблюка. — Одеса, 2015. — 240 с.
8. Теорія і практика медичної реабілітації / М. І. Хвисюк, О. М. Хвисюк, В. Г. Марченко [та ін.]. — Х.: Майдан, 2012. — 360 с.
9. Шевчук В. Медико-соціальні пазли для інвалідів // В. Шевчук. — Ваше здоров'я. — 2015. — №31-32. — С. 12-13.

**ВПЛИВ СТОМАТОЛОГІЧНИХ БАЗИСНИХ МАТЕРІАЛІВ НА
ТКАНИНИ ПРОТЕЗНОГО ПОЛЯ**

*Дворник В.М., Кузь Г.М., Баля Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С.,
Шеметов О.В., Павліш І.В., Мартиненко І.М., Галаган Л.С.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Сучасна ортопедична стоматологія дозволяє досягти високих функціональних і естетичних результатів протезування. Відновлення цілісності зубного ряду сприяє не тільки нормалізації основних функцій жувально-мовної системи, але і є профілактикою захворювань шлунково-кишкового тракту, а також позитивно впливає на загальний психоемоційний стан пацієнта. Арсенал конструкцій знімних протезів, які сьогодні застосовуються в ортопедичній стоматології, досить різноманітний. Широкий вибір матеріалів, що пропонуються для виготовлення таких конструкцій, дає можливість практичному лікарю при наданні стоматологічної допомоги здійснювати їх індивідуальний підбір.

Більшість матеріалів, які сьогодні використовуються для виготовлення знімних ортопедичних конструкцій, не є індеферентними для організму людини. Внаслідок цього в 4-11% випадків після проведення ортопедичного лікування знімними протезами пацієнти відзначають неприємні відчуття в порожнині рота. У повсякденній клінічній практиці більшість знімних протезів виготовляється з жорстким базисом з акрилових пластмас. При користуванні ними функціональний тиск зі штучного зубного ряду на опорні тканини протезного ложа передається нерівномірно, що прискорює процеси резорбції і атрофію альвеолярного гребеня беззубих щелеп. При наявності таких складних клінічних умов базис протеза повинен бути еластичним, тобто, відповідний шар пластмаси повинен відновлювати амортизаційні властивості тонкого слизового шару з малою піддатливістю. Дані сучасної літератури свідчать про те, що в останні десятиліття, внаслідок розвитку

сучасних технологій сополімерів, з'явилося безліч нових матеріалів в клініці ортопедичної стоматології.

В даний час для досягнення кінцевої мети протезування в клініці ортопедичної стоматології практично не використовуються вітчизняні еластичні базисні матеріали, а ті, які раніше випускалися, належним чином не були впроваджені в практику. М'який шар базису з вітчизняних еластичних пластмас, які раніше застосовувалися в знімному протезуванні, мав недоліки, які характеризуються коротким терміном збереження еластичності, неможливістю полірування еластомерів і пористістю, що робить їх негігієнічними. За своєю хімічною структурою вони були не однорідні з жорсткими базисними пластмасами, тому одним з головних недоліків була погана адгезія м'якого шару до жорсткого акрилового базису.

Ще одним негативним моментом акрилових пластмас є наявність залишкового мономеру, який впливає на тканини протезного ложа і організм в цілому. На думку ряду авторів, мономер є протоплазматичною отрутою, надзвичайно активний при контакті з тканинами і здатний чинити подразнюючу і токсичну дію на весь організм.

Також встановлено, що зі стоматологічних пластмас постійно вимивається «залишковий» мономер, і швидкість його виходу зростає у кислому і лужному середовищах, які стимулюють гідролітичні деструктивні процеси, впливає на функціональний стан нейтрофілів порожнини рота і пригнічує їх активність. Також встановлено, що мономер знижує титр лізоциму в слині.

У процесі старіння акрилатів з них виділяються барвники, замутнювачі, пластифікатори, стабілізатори та інші компоненти, які разом із місцево-подразнюючою, можуть чинити загальну токсичну, алергічну і мутагенну дію.

З метою зменшення токсичності акрилатів був запропонований метод екстракції домішкових сполук з базисів знімних протезів за допомогою дії

двоокису вуглецю і фреону. З цією ж метою пропонувалося піддавати протези дії ультразвуку.

Ще одним недоліком знімних протезів є поломки базису. З метою запобігання частих поломок пластинкових протезів дослідники пропонували вварювати в протези металеві прокладки, сітки, дріт. Однак, через різницю термічного розширення пластмаси та металу в армованому металевими елементами базисі виникають ділянки підвищеної напруги, що призводить до поломок протеза або його розтріскування.

Існує метод армування акрилової пластмаси скловолокном, при якому відзначають значне зниження частоти поломок таких протезів. Також пропонують армувати базиси протезів капроном, лавсаном. При цьому автори відзначали значне підвищення межі міцності при статичному вигині і питомої ударної в'язкості.

Якість виготовлених знімних протезів, безумовно, впливає на стан слизової оболонки порожнини рота. Недотримання всіх правил техніки виготовлення знімних пластинкових протезів з наявністю шорсткості, пор в протезі, сприяє проникненню мікроорганізмів порожнини рота в базис акрилового протеза, що в свою чергу стимулює утворення нальоту на поверхні протеза, в якому містяться вуглеводи, білки, клітини епітелію, залишки їжі, які створюють сприятливе середовище для розвитку грибів, особливо роду *Candida albicans*. Мікроорганізми нальоту, утилізуючи вуглеводи їжі, створюють критичне значення рН в ретенційних пунктах. Продукти метаболізму *Candida albicans* (молочна кислота, тощо) можуть викликати в ділянці протезного ложа біль і печію. За даними літератури, серед пацієнтів зі стоматологічною патологією – 69% осіб мають паразитарну форму *Candida albicans*.

Крім *Candida albicans* в нальоті на знімних зубних протезах виділяються й інші мікроорганізми, такі як *Streptococcus mitis*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus faecalis*, *Streptococcus hemolytic*, *Fusospirochetes* та ін. Дослідження адгезії облігатно-анаеробних і облігатно-факультативних

бактерій (*Streptococcus sanguis*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium nucleatum*, *Corynebacterium xerosis*) до базисних матеріалів, проведені *in vitro* показали, що ступінь адгезії мікроорганізмів залежить від базисного матеріалу, з якого виготовлено протез, і способу його полімеризації.

Аналіз стану порожнини рота у пацієнтів, які користуються знімними протезами з акрилатів, показав, що у них нерідко виникають запальні зміни у слизовій оболонці порожнини рота, внаслідок підвищеного виділення мономеру та його впливу на тканини. Наявність біологічної активності полімерів і висока індивідуальна чутливість людини до хімічних впливів служать підставою для самого суворого контролю безпеки застосування полімерів в медицині.

Численні дослідження з вивчення полімерних матеріалів свідчать про значні труднощі на шляху створення високоміцних, біосумісних, високотехнологічних матеріалів для ортопедичної стоматології.

Багаторічний клінічний досвід, накопичений в нашій країні та за кордоном, показує, що якість ортопедичного лікування при повній і частковій відсутності зубів багато в чому залежить від якості матеріалу, який використовується для виготовлення базисів знімних протезів.

ВИЗНАЧЕННЯ ДУМКИ ЛІКАРІВ ЩОДО ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА МОЖЛИВИХ ШЛЯХАХ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Голованова І. А., Корнета О. М.,

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

Вступ. Питання надання медичної допомоги військовослужбовцям у сучасних умовах є не просто важливим — воно становить один із фундаментальних аспектів забезпечення національної безпеки та стійкості держави в умовах війни. Від рівня організації медичної служби, професіоналізму медичного персоналу та ефективності системи медичного забезпечення залежить не лише фізичне виживання військовослужбовців, а й

збереження морального духу армії, її боєздатності та готовності до подальших дій. У сучасних реаліях, коли військові дії супроводжуються значною кількістю поранень, травм, контузій, психологічних розладів і хронічних станів, своєчасна, якісна та комплексна медична допомога стає питанням життя і смерті.

Крім фізичного аспекту, не менш важливою є психологічна підтримка військових. Посттравматичні стресові розлади, емоційне вигорання, втрата побратимів — це виклики, які потребують не лише медичної, а й психологічної допомоги. Тому сучасна система медичного забезпечення має включати фахівців із психотерапії, реабілітології, нейропсихології, які допомагають бійцям подолати наслідки війни не лише тілом, а й духом.

Система медичної допомоги військовослужбовцям має бути гнучкою, мобільною й готовою до дій у будь-яких обставинах. Її організація передбачає чітку взаємодію між військовими структурами, медичними установами, волонтерськими організаціями та громадянським суспільством. Тільки об'єднані зусилля дозволяють створити ефективну систему порятунку життя.

Отже, проблема надання медичної допомоги військовослужбовцям у воєнний час має не лише медичний, але й соціальний, моральний, гуманітарний та стратегічний вимір. Турбота про здоров'я захисників — це не лише вияв вдячності, а й запорука майбутнього країни, її обороноздатності та національної стійкості. Сильна армія неможлива без здорових, впевнених у своїй безпеці воїнів, а тому медичне забезпечення військовослужбовців має залишатися одним із головних пріоритетів державної політики під час війни та у післявоєнний період.

Мета роботи. Метою нашої роботи було встановлення основних проблем, що простежуються при організації надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Матеріали та методи. Для досягнення встановленої мети проводилось якісне дослідження шляхом опитування лікарів із використанням спеціально

підготованого опитувальника. В дослідженні взяли участь 26 лікарів, серед яких 18 хірургів (69,2%), 7 терапевтів (26,9%) і травматолог (3,8%). Переважна більшість фахівців мала стаж роботи більше 10 років – 18 осіб (69,2%) (Табл.1).

Змінна	Кількість лікарів, які дали відповідь на питання, абс(%)
<i>Фах спеціаліста</i>	
Терапія	7 (26,9)
Хірургія	18 (69,2)
Травматологія	1 (3,8)
<i>Стаж роботи</i>	
До 1 року	-
1–5 років	5 (19,2)
6–10 років	3 (11,5)
Більше 10 років	18 (69,2)

Результати опитування аналізували шляхом аналізу відкритих відповідей і групування отриманих варіантів відповідно до сфер організації надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Результати та обговорення.

На першому етапі лікарям було запропоновано дати розгорнуту відповідь на питання «Які основні проблеми Ви бачите в організації медичної допомоги військовослужбовцям?». Отримані відповіді було проаналізовано і згруповано за такими категоріями: проблеми надання медичної допомоги, куди було протезування та реабілітація військовослужбовців; організаційні проблеми, а саме питання координуваності та наступності медичної допомоги; недоліки ресурсного забезпечення, що включали кадри охорони здоров'я, фінансування та забезпечення медичними препаратами; доступність медичної допомоги, а також проблеми прихильності до медичної допомоги.

Аналізуючи проблеми безпосередньо надання медичної допомоги виділяються недоліки протезування, яке або здійснюється або не в повному обсязі, або не повністю фінансується. Стосовно надання реабілітаційної допомоги лікарі визначають недостатність відведеного на реабілітацію часу. Стосовно суто організаційних проблем, тут слід звернути увагу на наявність незлагодженості між ланками медичної допомоги, а також деякі неточності стосовно місця проведення реабілітації. Стосовно ресурсного забезпечення системи надання медичної допомоги військовослужбовцям то тут спостерігається недоукомплектованість медичних підрозділів медичними кадрами, низький рівень оплати роботи середнього та молодшого медичного персоналу, не узгодженість пакетів надання медичної допомоги із НСЗУ, недостатні кількості лікарських засобів або медичного обладнання.

Узагальнені результати відповідей лікарів представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Думка лікарів щодо основних проблем в організації медичної допомоги військовослужбовцям

Назва загальної проблеми		Цитати з відповідей лікарів
Питання: Які основні проблеми Ви бачите в організації медичної допомоги військовослужбовцям?		
Проблем немає		«Не бачу» «Складно сказати» «Проблем не бачу» «Проблем немає»
Надання медичної допомоги	Протезування	«Протезування не в повному обсязі, відсутнє повне матеріальне державне забезпечення» «Не завжди відбувається за рахунок держави» «Відсутня психологічна підтримка»

	Реабілітація	«Часу на реабілітацію теж не вистачає, бо його одразу забирають в частини»
Організація медичної допомоги	Координованість	«Незлагодженість системи медичної допомоги»
	Наступність	«Іноді відбувається неправильне скерування на етапі реабілітації їдуть за місцем проживання хоча повинні зразу в госпіталь, що іноді приводить до конфлікту»
Ресурсне забезпечення медичної допомоги	Кадри	«Неукомплектованість медичних підрозділів особовим складом» «Нестача кадрового потенціалу»
	Фінанси	«Низькій рівень оплати середньому і молодшому персоналу, які безпосередньо займаються доглядом за військовослужбовцями» «Недостатнє фінансування» «Не вистачає коштів на покриття медичної допомоги» «Медична допомога не прописана в пакеті НСЗУ»
	МТБ, медичні препарати	«Недостатня кількість медичних препаратів, обладнання»
Доступність		«Великі черги до фахівців» «Доступність в організації і комунікації на догоспітальному

	етапі» «Складність в отриманні допомоги (недостатня кількість військових шпиталів, та неможливість звернутись до цивільної медицини без направлення з госпіталю)»
Прихильність до лікування	«Незацікавленість більшості військовослужбовців в одужанні»

Після блоку, присвяченого проблемам, що наявні в наданні медичної допомоги військовослужбовцям, респондентам було запропоновано визначити основні можливі шляхи або напрямки їх усунення. Ті самі лікарі, які працюють безпосередньо з постраждалими військовослужбовцями, поділилися своїм баченням оптимізації медичної допомоги (Табл.3).

Таблиця 3

Думка лікарів щодо вирішення основних проблем в організації медичної допомоги військовослужбовцям

Назва загальної проблеми		Цитати з відповідей лікарів
<i>Питання: Які Ви бачите можливі шляхи вирішення проблем із наданням медичної допомоги військовослужбовцям?</i>		
Надання медичної допомоги	Протезування	«Якісне протезування в повному обсязі, матеріальне державне забезпечення» «За рахунок держави» «Психологічна підтримка»
	Реабілітація	«Збільшення термінів реабілітації»
Організація медичної допомоги	Координованість	«Правильно скеровувати на всіх етапах лікування»
	Наступність	

Ресурсне забезпечення медичної допомоги	Кадри	«Збільшити кількість кваліфікованого персоналу» «Збільшити кількість кадрів для потрібного профілю - неврологи, травматологи» «Знизити навантаження на персонал військового госпіталю, шляхом збільшення кількості працівників» «Підвищення кваліфікації медичного персоналу»
	Фінанси	«Виділити пакет військовий» «Належне фінансування» «Укомплектувати штат, підвищити грошове забезпечення медичних працівників» «Додаткові джерела фінансування» «Підвищення рівня оплати праці медичного персоналу» «Участь у проектах, грантах для покращення фінансування галузі ОЗ»
	МТБ, медичні препарати	«Повне забезпечення медикаментами та медичним обладнанням» «Надати сучасне обладнання, ремонт приміщення» «Створення належних умов для пацієнтів і медичного персоналу.»
Доступність		«Розробити чіткі алгоритми надання

	медичної допомоги зі зрозумілою й необтяжливою для військовослужбовців маршрутизацією»
Прихильність до лікування	-
Якість медичної допомоги	«Упорядкування і реальне застосування критеріїв якості надання медичної допомоги»

Як видно з результатів опитування, основними шляхами вирішення проблем надання медичної допомоги мають бути проведення більш якісного протезування за державний рахунок, збільшення часових термінів для проведення більш повної реабілітації, покращення організації медичної допомоги шляхом більш чіткого узгодження етапності надання медичної допомоги, вирішення кадрового питання, покращення оплати праці, покращення забезпечення медичними засобами, підвищення якості надання медичної допомоги (Табл.3).

Висновки.

Отже, як видно із проведеного якісного дослідження, система надання медичної допомоги військовослужбовцям має ряд проблем, що впливають на якість надання медичної допомоги. Основні проблеми, що притаманні системі стосуються як сфери надання медичних послуг (протезування, реабілітація), так і сфери організації надання медичної допомоги (координгованість, наступність) та ресурсного забезпечення (кадри, фінанси, медичні препарати). Спрямовання зусиль на вирішення даних проблем необхідне для підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям.

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРУ, УСКЛАДНЕНОГО ТРАВМОЮ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА.

¹Барило О. С., ¹Фурман Р. Л., ¹Поліщук С. С., ²Кузько О. В., ²Свистунов Д. М.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Вінниця.

² КНП Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця.

Актуальність. Під час атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру досить часто виникає пошкодження нижньоальвеолярного нерва. При такому пошкодженні виникає потреба в використанні фізіотерапевтичного лікування та реабілітації. Одним із найбільш дієвих методів фізіотерапії, в даному випадку, є магнітолазерна терапія. Магнітолазерна терапія - поєднаний вплив на організм, з лікувально-профілактичними цілями, магнітним полем і низькоінтенсивним лазерним випромінюванням. Як магнітному полю, так і лазерному випромінюванню притаманні трофікорегенераторний, протизапальний, знеболюючий, протинабряковий, імуномодуючий та інші ефекти. Рекомендується використовувати магнітолазерну терапію при відсутності гнійно-запальних ускладнень атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру, з 3-4 дня після травми.

Мета. Метою нашого дослідження являється комплексна оцінка основних показників больового синдрому у пацієнтів після операції атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої застосуванням магнітолазерної терапії.

Матеріали та методи. Проведено лікування 60 хворих після операції атипового хірургічного видалення 3 нижнього моляру з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва, поділених на 2 групи по 30 чоловік. В групу порівняння увійшли 30 пацієнтів. У цих пацієнтів застосовували антибіотик широкого спектру дії, нестероїдний протизапальний препарат. В групу

порівняння ввійшли 30 пацієнтів, яким в післяопераційному періоді додатково, окрім використання антибіотика широкого спектру дії, нестероїдного протизапального препарату, було застосовано фізіотерапевтичне лікування з використання апарату магнітолазерної терапії апаратом Узор-А-2К з 3-4 дня лікування. Оцінювання больового синдрому та симптомів невропатії проводилось з використанням шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9) та больової шкали LANSS.

Результати та обговорення. Данні обстеження згідно шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9) показали чітку різницю в динаміці покращення стану пацієнтів в основній групі та групі порівняння. На першу добу показники не відрізнялись, а навіть були дещо більшими в основній групі ($p > 0,05$). На 7 добу різниця становила 1,31 рази ($p > 0,05$) в бік покращення показників в основній групі по відношенню до групи порівняння. На 14 добу така різниця становила 4,13 рази ($p < 0,05$).

Згідно опитувальника LANSS, ми виявляли ознаки аллодинії, загальне порушення чутливості в зоні іннервації, а також інтенсивність та характер болю. Виявлено зниження показників шкали в обох групах, що свідчить про зменшення больового синдрому ($p > 0,05$). Це закономірно, тому що при відсутності ускладнень запального характеру, після закінчення гострого періоду (1-3 доба) настає регенерація в зоні оперативного втручання. Показники були значно кращі в основній групі. Хоч на першу добу відмінностей не спостерігалось, на 7-добу, показники даних опитувальника LANSS були кращими в основній групі в 1,85 раз ($p < 0,05$), а на 14-у добу відмінність становила 1,98 рази ($p < 0,05$). Якщо проаналізувати дані цього опитувальника, то виявляється, що різке падіння в основній групі на початку лікування відмічається за рахунок параметрів, що показують ноціцептивні больові відчуття. Надалі показники майже не змінюються, і зберігаються за рахунок ознак дизестезивних проявів.

Висновки. Дана фізіотерапевтична процедура значно зменшує інтенсивність ноціцептивного болю, призводить до значного регресу проявів

всіх видів невропатій, пов'язаних з пошкодженням нижньоальвеолярного нерва.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ: ЕТАПИ ТА МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

Боревич К. В., Мизгіна Тамара,

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Вогнепальні поранення верхніх кінцівок є одними з найбільш поширених бойових ушкоджень, що становлять 20-40 % від усіх вогнепальних травм. Такі ураження часто відзначаються складністю, поліструктурним характером і високим ризиком інвалідизації. Вони можуть бути кульовими, осколковими чи мінно-вибуховими, а за глибиною поділяються на поверхневі, глибокі та поліструктурні. Особливу небезпеку становлять пошкодження нервових структур, які суттєво обмежують відновлення функцій руки. Ураження плечової ділянки призводять до порушення рухів, втрати сили, контрактур, спастичності та сенсорних розладів, що значно знижує якість життя пацієнта.

Фізична терапія та ерготерапія є ключовими напрямками у відновленні функціонального стану після вогнепальних поранень плеча. Реабілітація здійснюється поетапно з урахуванням клінічного стану та фази загоєння.

У гострому періоді (0-14 діб) основними завданнями є зменшення болю, набряку та профілактика контрактур. Використовуються позиціонування кінцівки, пасивні рухи (при відсутності протипоказів), ізометричні скорочення м'язів передпліччя й кисті, дихальна гімнастика. Прикладами вправ є стискання та розтискання кисті, пасивні рухи в ліктьовому суглобі, дихальні вправи з паузою на вдиху та повільним видихом.

У підгострому періоді (2-6 тижнів) акцент робиться на поступове відновлення активних рухів, зменшення м'язової атрофії та розвиток

сенсомоторних функцій. Застосовуються активно-пасивні та активні вправи, легкий масаж, методики PNF, сенсомоторна стимуляція, вправи на дрібну моторику. Ерготерапія спрямована на формування навичок самообслуговування. Пацієнти виконують вправи з прищіпками, гудзиками, монетами, тренуються підіймати руку по стіні, малювати пальцем у повітрі, перекидати м'ячик. За можливості вводиться водна гімнастика, що полегшує рухи.

У відновному періоді (після 6-8 тижнів) завданням стає відновлення сили, витривалості та функціональних навичок, необхідних для побуту й праці. Використовуються активні вправи з опором (гантелі, еластичні стрічки), тренажери (Kinetec, Diego, Levitas), спеціалізована ерготерапія (навчання письму, виконання побутових завдань). До комплексу входять вправи з еспандером, піднімання легких гантелей, інтерактивні вправи на Diego, тренування дрібної моторики, а також функціональні завдання: застібання гудзиків, зав'язування шнурків, носіння предметів.

Ерготерапія забезпечує відновлення побутової незалежності. Пацієнтів навчають адаптивним способам самообслуговування, використанню здорової кінцівки для компенсації, а також поступово залучають до звичних щоденних завдань. Це дозволяє не лише повернути фізичну функцію, а й адаптувати людину до повсякденного та соціального життя.

Таким чином, комплексна поетапна фізична терапія в поєднанні з ерготерапією при вогнепальних пораненнях плеча сприяє відновленню рухливості, сили, точності й побутової незалежності пацієнта. Залучення мультидисциплінарної команди та використання сучасних технологій підвищують ефективність відновлення й знижують ризик інвалідизації.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Бурдіна В. Р.,

Херсонський державний університет, Медичний факультет

Ключові слова: аутизм, діти, фізична реабілітація, моторний розвиток, рухові навички, сенсомоторна інтеграція, витривалість, координація рухів, ігрова методика, адаптивна фізична культура, психофізичні якості, соціалізація, якість життя.

Вступ

Зростання числа дітей із аутизмом визначає необхідність розробки комплексних програм супроводу, у яких важливе місце займає фізична реабілітація. Порушення моторного розвитку, характерні для цієї групи, мають значний вплив на адаптацію, навчання та соціальну взаємодію.

У дітей з аутизмом часто спостерігаються:

- зниження координації рухів;
- недостатня регуляція м'язового тону;
- проблеми у плануванні рухових процесів;
- обмеження рухової активності.

Ці фактори знижують рівень самостійності та можуть посилювати соціальну ізоляцію від однолітків дитини.

Завдання фізичної реабілітації:

- розвиток основних рухових навичок (ходьба, рівновага, спритність, сила);
- формування сенсомоторної інтеграції;
- підвищення рівня фізичної витривалості;
- підтримка психоемоційного стану через рух;
- сприяння соціалізації у вигляді групових фізичних вправ.

Методи та підходи: адаптивна фізична культура з урахуванням індивідуальних можливостей; використання ігрових форм (елементи рухливих ігор, спортивних вправ); дихальна та релаксаційна гімнастика для зниження тривожності; включення елементів ерготерапії та сенсорної

стимуляції; поетапне навчання рухам із візуальною та тактильною підтримкою.

Ефективна реабілітація потребує взаємодії фахівців: лікаря-реабілітолога, педагога з адаптивної фізичної культури, психолога, логопеда та сім'ї. Узгодженість процесів підвищує стійкість позитивних результатів.

Було проведено дослідження, де були задіяні експериментальна та контрольна групи. В експериментальній групі проводилися заняття з ігровим підходом. У контрольній групі був традиційний підхід у реабілітації. У кожній групі було по 10 дітей.

Були застосовані різноманітні методи: педагогічний метод, тестування (фізичних якостей, психолого-педагогічна діагностика), анкетування, статистичний аналіз.

До експерименту була застосована спеціальна розроблена методика з ігровими вправами, дихальної та релаксаційною гімнастикою, вправи з предметами (м'ячі та обручі) та обладнанням, що спрямоване на корекцію моторних та психофізичних навичок.

Експериментальна група демонструвала більш помітний прогрес у:

- швидкості реакції, спритності та координації (наприклад, при човниковому бігу);
- витривалості (тест 6-хвилинного бігу);
- швидкісно-силових здібностях (стрибок у довжину з місця);
- гнучкості, порівняно з контрольною групою.

Оцінка групової згуртованості показала більш високий рівень включеності та участі в колективі у дітей експериментальної групи після занять. Також позитивну динаміку продемонстрували показники з комунікативних, сенсорних та адаптаційних навичок з питань.

Ігрова форма фізичних занять була спрямована на суттєве покращення психофізичних якостей у дітей заотизмом. Ця методика отримала схвалення від фахівців та вже впроваджена у практику, а також були представлені рекомендації для педагогів та інструкторів.

Результати досліджувалися комплексно, А також була включена комп'ютерна статична обробка для забезпечення високої надійності результатів.

Висновки

Фізична реабілітація є невід'ємною частиною комплексної допомоги дітям з аутизмом. Систематична та індивідуалізована робота сприяє розвитку моторики, поліпшення емоційного стану та підвищення якості життя дитини та її сім'ї. Ігрова методика фізкультурно-оздоровчих занять показала свою ефективність: діти з експериментальної групи покращили свої фізичні здібності, виявили велику включеність до колективу, підвищили адаптаційні навички. Методика заслуговує на застосування під час роботи з дітьми з аутизмом.

РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ІНВАЛІДНОСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА: ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ, ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ, ПЕРСПЕКТИВИ

Вербовик Д. А., Мизгіна Тамара,

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Медична реабілітація - один із основних напрямків сучасної охорони здоров'я, націлений не лише на відновлення функцій, а й на запобігання виникненню інвалідності вже в процесі лікування. Інвалідність, як соціально-медичний феномен, супроводжується обмеженням життєдіяльності, втратою працездатності та серйозним погіршенням якості життя пацієнтів. Тому раннє впровадження реабілітаційних заходів має важливе значення як для самого пацієнта, так і для суспільства загалом.

Реабілітація в сучасному розумінні розглядається як комплекс заходів, спрямованих на досягнення максимально можливої фізичної, психічної та соціальної повноцінності пацієнта з урахуванням його функціонального статусу. Вона передбачає терміновість та безпосередність, комплексність, індивідуалізацію програм та міждисциплінарний підхід. Особливу увагу

заслуговує принцип раннього старту реабілітації, який дозволяє мінімізувати ускладнення хвороби, запобігти стійким порушенням функцій та знизити ризик переходу тимчасової непрацездатності у стійку інвалідність.

Основними завданнями реабілітації є відновлення рухової активності, профілактика атрофій м'язів та контрактур, зменшення больового синдрому, збереження психоемоційного балансу, розвиток здібності до самообслуговування та професійної діяльності. Досягнення цих цілей можливе завдяки використанню в комплексі фізичних методів (терапевтичні вправи, масаж, апаратна терапія), ерготерапії, психологічної допомоги, соціальної підтримки та використання допоміжних технологій.

Важливим аспектом є психологічна і соціальна складова реабілітаційного процесу. Хвороба та обмеження функцій часто приводять до депресії, зниження мотивації, втрати соціальних контактів. Психологічна підтримка, робота з сім'єю та навчання пацієнта методам самодопомоги дозволяють зберігати активність та сприяють кращим результатам лікування. Соціальна адаптація, зокрема професійна орієнтація, перепідготовка чи адаптація робочого місця, забезпечує зниження економічних наслідків інвалідизації як для особи, так і для суспільства.

Особливу увагу заслуговують сучасні технології в галузі реабілітації. Використання ортезів, протезів, технічних засобів мобільності та телереабілітаційних проектів підвищує доступність і ефективність відновлення. Перспективними напрямками є дистанційний моніторинг стану пацієнтів, розробка мобільних додатків для самостійних занять, інтеграція цифрових платформ для комунікації між пацієнтом та реабілітаційною командою.

Незважаючи на значний прогрес, існують певні проблеми у сфері організації реабілітаційної допомоги. Серед них - недостатня інтеграція реабілітаційних програм у систему лікувальних закладів, недостатність кваліфікованих кадрів, обмежена доступність послуг для пацієнтів із

сільських місцевостей, обмежене фінансування та відсутність уніфікованих стандартів надання допомоги. Ці фактори гальмують своєчасне і повноцінне впровадження заходів, спрямованих на запобігання інвалідності.

Подальший розвиток реабілітаційної медицини в Україні потребує удосконалення нормативно-правової бази, створення міждисциплінарних команд, розширення доступності послуг, впровадження сучасних технологій та проведення наукових досліджень щодо ефективності новітніх методів. Важливою умовою є активне залучення пацієнта і його оточення до процесу реабілітації, що підвищує відповідальність і формує партнерські відносини між пацієнтом і фахівцями.

Отже, реабілітація, спрямована на запобігання інвалідності в процесі лікування, має ключове значення для збереження працездатності, підвищення якості життя пацієнтів та зниження соціально-економічних втрат. Системне впровадження комплексних, персоналізованих програм реабілітації здатне стати важливим чинником збереження здоров'я нації та розвитку сучасної медицини.

УДК 616.89-008.48:616-036-02:616.45-001.1/3-036

ПРОФЕСІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ЯК СКЛADOVA КОНЦЕПЦІЇ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Герасименко Л.О., Ісаков Р.І.

Полтавський державний медичний університет

Охорона психічного здоров'я — це система заходів, спрямованих на підтримку стану добробуту, коли людина може реалізувати свій потенціал, долати стреси, продуктивно працювати та робити внесок у суспільство, а також на забезпечення доступу до допомоги та покращення якості життя людей з психічними розладами. Такий підхід включає як індивідуальні зусилля з самопіклування (достатній сон, фізична активність, гармонійне харчування, підтримка соціальних зв'язків), так і державні ініціативи з

розвитку системи медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів та захисту прав пацієнтів. У відповідності до визначення ВООЗ, психічне здоров'я це стан добробуту, за якого: людина може реалізувати свій потенціал, здатна впоратися з життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати, а також робить внесок у життя своєї спільноти. На сьогоднішній день сформульовано також і ознаки ментально здорової людини. Таким чином, це людина яка: розуміє свої емоційні стани та може ними керувати, здатна будувати здорові стосунки з іншими, відкрита до навчання та розвитку, має позитивне ставлення до себе, може приймати незалежні рішення, вміє пристосовуватися до нових умов життя та долати виклики і отримує задоволення від життя.

Питання психічного здоров'я є серед пріоритетних завдань нашої країни. У Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року серед основних проблем зазначає обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері охорони психічного здоров'я.

Важливою складовою охорони психічного здоров'я є і професійне благополуччя, адже створення захищеного робочого простору в закладах охорони здоров'я, а для забезпечення професійного благополуччя важливим є створення комплексних умов для дотримання життєвого балансу медичних працівників. Сучасна концепція професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я — це елемент якості життя людини, який включає професійну ідентичність, затребуваність та інтегрованість у професійне та соціальне співтовариство. Працівники охорони здоров'я у стані професійного благополуччя отримують підтвердження значущості результатів своєї діяльності, підтримують професійні стосунки з отримувачами послуг та колегами, формують власну мотивацію для подальшого професійного розвитку. Завдяки високому рівню професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я будуть досягнуті кращі результати професійної

діяльності як на індивідуальному, так і на колективному рівнях, забезпечені належна якість медичних послуг та відповідно задоволеність отримувачів.

Таким чином, можна стверджувати, що професійне благополуччя є важливою складовою психічного здоров'я людини, оскільки забезпечує дохід, розпорядок дня, позитивні стосунки та почуття при досягненні результатів професійної діяльності, тоді як стресове робоче середовище може бути предиктором професійного вигорання та впливати на зниження продуктивності праці. Створення здорової робочої атмосфери та підтримка психічного здоров'я співробітників дозволяє залишатися їх продуктивними та професійно успішними.

**ВИКОРИСТАННЯ ФІЗІОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ОСІБ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ ТА СПОРТОМ,
В РОБОТІ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛІКАРСЬКО-
ФІЗКУЛЬТУРНИЙ ДИСПАНСЕР ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

Гергель М. А.

КП «Полтавский обласний лікарсько-фізкультурний диспансер
Полтавської обласної ради»

Спортивні травми, захворювання, оперативні втручання призводять до порушення функціонування опорно-рухового апарату, життєдіяльності осіб, які займаються фізичною культурою та спортом, що потребує реабілітації.

Фізична реабілітація – це комплекс заходів, що використовує фізичні фактори, такі як вправи, масаж, фізіотерапію, для відновлення втрачених функцій, покращення рухливості, сили та працездатності людини після захворювань, травм, поранень, оперативного втручання. Завдання фізичної реабілітації - повернути пацієнта до активного життя, допомогти відновити навички самообслуговування та покращити загальний психоемоційний стан, покращити «якість життя».

Фізіотерапія - це використання фізичних факторів (природних та штучно створених) для лікування і профілактики захворювань. Фізіотерапія – це використання апаратних методів для зменшення болю та запалення.

Переваги фізіотерапії:

- безпечність (має мінімум побічних ефектів);
- фізіологічність (впливає на організм природнім шляхом);
- підвищення ефективності лікування (посилює дію медикаментів і прискорює одужання);
- зменшує навантаження на організм (дозволяє скоротити термін прийому лікарських засобів);
- зміцнення імунітету (покращує загальний стан організму).

Включає в себе такі методи:

Електротерапія – використання електричного струму для знеболення, зменшення запалення, стимуляції м'язів (електрофорез, ампліпульс, діадинамотерапія, міостимуляція).

Магнітотерапія вплив магнітного поля для покращення кровообігу, зменшення набряку та запалення.

Ультразвукова терапія – вплив ультразвукових хвиль для покращення кровообігу, зменшення болю, розм'якшення рубців.

Лазеротерапія – вплив лазерного випромінювання для знеболення, зменшення запалення, стимуляції регенерації тканин.

Ударно-хвильова терапія вплив акустичними хвилями для руйнування рубцевої тканини, зняття м'язових спазмів, зменшення болю.

Теплолікування – використання тепла (парафін, озекеріт) для розслаблення м'язів, зменшення болю.

Кріотерапія – використання холоду для зменшення болю, набряку, запалення(у гострий період).

Диспансер надає реабілітаційну допомогу дітям та дорослим , які займаються фізичною культурою і спортом, із захворюваннями опорно-рухової системи, наслідками травм, оперативних втручань.

Пацієнтів оглядає лікар зі спортивної медицини, ортопед-травматолог, невролог.

В диспансері застосовують такі методи фізіотерапії: електрофорез, ампліпульс, магнітотерапія, ультразвукова терапія.

ЦИФРОВІ ДВІЙНИКИ У СФЕРІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТА ПЕРСОНАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЦИНИ

Горошко В. І.

Національний університет водного господарства та природокористування

Цифрові двійники (ЦД) визначаються як віртуальні моделі реальних біологічних систем, які інтегрують клінічні, лабораторні та апаратні дані для моделювання фізіологічних процесів, прогнозування прогресування захворювання та визначення ефективності терапевтичних інтервенцій. У реабілітаційній медицині технологія ЦД стала ключовою галуззю розвитку персоналізованої медицини, що дозволяє розробляти персоналізовані програми лікування, зменшувати ускладнення та покращувати якість життя пацієнтів.

У дослідженні було проаналізовано наукові статті, опубліковані в PubMed, Scopus та базі даних Lancet Digital Health, щодо клінічного застосування ЦД у реабілітаційній практиці. Зокрема, оцінена ефективність ЦД у пацієнтів з інсультом, серцево-судинними захворюваннями, нейротравмою та ампутацією.

Результати дослідження. Сучасні ЦД створюються шляхом збору багатошарових даних пацієнтів, включаючи електронні медичні записи, генетичні та молекулярні аналізи, результати функціональних тестів, дані носимих датчиків та тести візуалізації, такі як МРТ та КТ. Зібрані дані обробляються за допомогою алгоритмів штучного інтелекту та машинного навчання для формування віртуальної моделі, яка відображає фізіологічні, анатомічні та поведінкові характеристики пацієнта. ЦД дозволяють прогнозувати результати терапевтичних інтервенцій та надавати

реабілітаційні програми, адаптовані до індивідуальних потреб пацієнта. Так, Стенфордський університет розробив ЦД для пацієнтів, які перенесли інсульт, який дозволяє моделювати відновлення рухових функцій та вибирати ефективні стратегії реабілітації, підвищуючи точність та швидкість відновлення. У галузі онкології британські дослідники створили ЦД для пацієнтів, щоб тестувати ліки у віртуальному середовищі, прогножуючи ефективність ліків та зменшуючи витрати на клінічні випробування. У галузі кардіології розробляються цифрові двійники пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями для моделювання перебігу захворювання та наслідків різних терапевтичних інтервенцій, що забезпечує персоналізоване лікування та покращує результати. Статистичні дані підтверджують ефективність цифрових двійників у клінічній практиці.

Використання цифрових моделей у реабілітації після інсульту скоротило час відновлення на 20% порівняно з традиційними методами. Клінічні випробування з використанням цифрових двійників знизили витрати на розробку ліків на 30%. Для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями персоналізоване лікування на основі даних цифрових двійників зменшило кількість госпіталізацій на 15% та покращило якість життя на 25%. Створення та експлуатація цифрових двійників використовує найновіші технології, включаючи Інтернет речей (IoT) для збору даних з носимих пристроїв, штучний інтелект (ШІ) та машинне навчання для аналізу великих обсягів даних, хмарні обчислення для обробки та зберігання інформації, а також блокчейн для забезпечення безпеки та конфіденційності медичних даних. Хоча цифрові двійники мають великий потенціал, вони також створюють технічні, етичні та регуляторні проблеми, такі як інтеграція даних з різних джерел, забезпечення конфіденційності та безпеки особистої інформації, визначення обсягу використання даних пацієнтів та встановлення стандартів для клінічного впровадження.

Ці результати підтверджують, що цифрові двійники мають великий потенціал для трансформації реабілітаційної медицини. Вони дозволяють

створювати персоналізовані програми реабілітації та інтегрувати об'єктивні дані з носимих датчиків, біомеханічного аналізу та систем моніторингу. Поєднання цифрових двійників з віртуальною реальністю (VR), доповненою реальністю (AR), роботизованими симуляторами та технологіями нейромодуляції відкриває особливі перспективи, роблячи процес реабілітації більш інтерактивним, безпечним та мотивуючим для пацієнтів. Водночас ми також повинні враховувати проблеми, пов'язані з інтеграцією різнорідних медичних даних, забезпеченням їх конфіденційності та встановленням етичних та правових рамок для їх застосування.

Висновок. Цифрові двійники – це інноваційні інструменти, які можуть підвищити ефективність реабілітаційних інтервенцій, скоротити час відновлення та забезпечити точніший моніторинг стану пацієнтів. Подальший розвиток цієї технології вимагає міждисциплінарної співпраці між лікарями, інженерами, експертами з даних та біоетиками, а також розробки єдиних стандартів для клінічного впровадження.

Перспективи розвитку цифрових двійників включають їх інтеграцію з іншими технологіями, особливо віртуальною та доповненою реальністю, робототехнікою та біоінженерією; їх ширше застосування в різних медичних галузях, таких як онкологія, кардіологія та неврологія; а також удосконалені прогностичні алгоритми, що підвищують точність моделей.

ПЕРШИЙ КРОК У ЛІКУВАННІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ: ПСИХОТЕРАПІЯ ЧИ ФАРМАКОТЕРАПІЯ?

Гринь К.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

У період військового часу спостерігається різке зростання стрес-асоційованих розладів через постійне відчуття небезпеки та невизначеності. Війна підсилює ризик розвитку тривожних, депресивних станів, реакцій на тяжкий стрес, розладів адаптації як у військових, так і в цивільного населення. Хронічний психоемоційний тиск під час бойових дій сприяє

поглибленню психічних проблем та зниженню загальної стійкості до стресу. Дискутабельними постають терапевтичні питання розладів, пов'язаних зі стресом, першочерговість призначення психотерапевтичних інтервенцій чи фармакотерапії.

Психотерапевтична допомога при стрес-асоційованих розладах є пріоритетним та основним методом лікування. Застосування фармакотерапії у дорослих пацієнтів доцільне лише у випадках відмови від психотерапевтичних методів, при тяжкому та нестабільному психічному стані з тенденцією до поглиблення депресивної чи тривожно-депресивної симптоматики, наявності ауто- чи гетероагресивної поведінки, станів психомоторного збудження, розвитку затяжного перебігу психопатологічних розладів з вираженим депресивним компонентом, а також при посиленні мотиваційно-вольових та афективно зумовлених когнітивних порушень. Призначення медикаментозного лікування обґрунтовується у випадках, коли психотерапевтичні втручання не забезпечили належного терапевтичного ефекту.

Світова медична спільнота активно займається дослідженням стрес-індукованих розладів, розробкою клінічних настанов, терапевтичних рекомендацій. Окремі клінічні настанови, присвячені лікуванню стрес-асоційованих розладів, орієнтовані насамперед на терапію посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зокрема, у 2023 році Міністерство оборони США спільно з Департаментом у справах ветеранів (VA/DoD) представили клінічне практичне керівництво з лікування ПТСР, у якому провідна роль відводиться психотерапевтичним підходам. У документі чітко регламентовано використання доказово обґрунтованих психотерапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії та експозиційних технік, які визнані методами першої лінії. Крім того, зазначається обмежена роль фармакотерапії, яка розглядається переважно як додатковий інструмент при тяжкому перебігу або резистентності до психотерапії. Важливим аспектом цих рекомендацій є акцент на

міждисциплінарному підході, що забезпечує комплексну підтримку пацієнтів.

Фармакотерапія стрес-асоційованих розладів, зокрема розладів адаптації, не розглядається як терапія першої лінії, а використовується у поєднанні з психотерапевтичними втручаннями з метою редукції клінічної симптоматики, відновлення емоційного стану до дохворобливого рівня та нормалізації повсякденного функціонування. Ключовим чинником ефективності лікування виступає наявність усвідомленої мотивації пацієнта до терапевтичної взаємодії.

Сучасні наукові дослідження та клінічні рекомендації вказують на доцільність призначення фармакотерапії при розладах адаптації з орієнтацією на монотерапію та обов'язковим урахуванням синдромальної структури психопатологічних проявів. Додатково варто підкреслити необхідність індивідуалізації фармакологічних схем з урахуванням тяжкості клінічних проявів, рівня функціонального дефіциту та можливих медикаментозних взаємодій. Такий підхід сприяє підвищенню ефективності лікування та мінімізації ризику розвитку побічних ефектів.

У процесі проведення лікувальних та реабілітаційних заходів пріоритетним є врахування індивідуальних і особистісних потреб пацієнтів. Різноманіття сучасних психотерапевтичних підходів забезпечує можливість їх гнучкої інтеграції в терапевтичний та реабілітаційний процес із метою досягнення максимальної клінічної ефективності та оптимізації відновлення функціонування.

МІЖНАРОДНА ТА ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Дубич К.В., Данилюк К.В.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Реабілітація військовослужбовців є складним, багатогранним і ресурсно містким процесом, який потребує зусиль всіх, хто задіяний в ньому: держава, військовослужбовці, їх сім'ї, органи місцевого самоврядування, громадські організації, волонтери, політичні партії суспільство тощо.

Досліджуючи процеси медичної та психологічної реабілітації слід зазначити, що вони зосереджені в основному на медичних закладах та реабілітаційних центрах, яких в Україні катастрофічно не вистачає в зв'язку з потребами суспільства.

Незакінчені реформи в сфері охорони здоров'я та широкомасштабна війна (2022) в зв'язку з агресією Росії принесли великі складнощі і так в непростий реабілітаційний процес військовослужбовців. Це стало великим викликом для сфери охорони здоров'я яка в умовах соціально економічної та політичної кризи змушена виділяти кошти на відновлення здоров'я всіх постраждалих у війні і особливо військовослужбовців.

Процеси реабілітації військовослужбовців носять довготривалий характер в зв'язку з використанням Росією забороненої Женевською конвенцією зброї, яка наносить важкі каліцтва організму людини, а це тягне за собою великі фінансові та матеріально ресурсні затрати, які необхідно компенсувати з державного бюджету, який за роки війни затверджується з колосальним дефіцитом.

На фоні фінансових та матеріально ресурсних проблем, коли ворогом знищено більше 30% нашого економічного потенціалу, нам необхідно задіювати весь суспільний та міжнародний потенціал для забезпечення всім

необхідним реабілітації військовослужбовців, які постраждали захищаючи незалежність на суверенітет нашої держави.

В зв'язку з проведеною реформою в сфері охорони здоров'я все фінансування її йде через Національну службу здоров'я України. Провідні інститути України імені Шалімова, Амосова, Страженка та ін. взяли на себе місію проведення реабілітації та надання медичної допомоги військовослужбовцям, які пов'язані з судинно-сердечною діяльністю та іншими захворюваннями та травмами. Всі інститути НАМНУ дуже активно залучені до надання медичної та реабілітаційної допомоги військовим.

Важливу роль в медичній реабілітації відіграє Інститут медицини праці ім. Ю.І. Кундієва НАМН України, який серйозно займається реабілітацією та впроваджує міжнародні інноваційні технології. В реабілітаційному центрі якого є те обладнання, яке функціонує в реабілітаційних центрах НАТО, європейських країнах та в Ізраїлі.

В провідних науково-дослідних інститутах України запроваджені проєкти з телемедицини із залученням консультацій різних провідних клінік Європи, США, Японії та ін. Особливо ефективною є робота по медичній реабілітації з німецькою Клінікою Шаріте, фахівці якої консультують українських лікарів по кожному клінічному випадку пацієнтів, щоб процес реабілітації від самого початку був правильно спланований та ефективним. Тому, повернення рухливості кінцівок після поранення, своєчасне та якісне протезування, підготовка кінцівок до протезування, а також робота з наслідками отриманих контузій — це все основа роботи Центрів реабілітації цього інституту. В багатьох науково-дослідних медичних інститутах України використовується обладнання зі штучним інтелектом, яке показує ефективність результатів його застосування.

Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України став базою для впровадження інноваційного телемедичного продукту з реабілітації у співпраці з розробником Paul Verschure. Реабілітаційна ігрова система (RGS) — науково обґрунтоване інноваційне рішення на основі

використання сучасних комунікаційних пристроїв, розробки науково-дослідницької групи Synthetic, Perceptive, Emotive and Cognitive Systems Університету Помпеу Фабра та Каталонського інституту передових досліджень (Барселона).

Серед пацієнтів, які пройшли курс за допомогою RGS, спостерігається як рухове відновлення кінцівок (досягання, точність рухів, координація), так і когнітивна та ефективна реабілітація (відновлення рухових функцій, пам'ять, уважність). Вся реабілітація, яка проводиться для військовослужбовців є безоплатною за допомогою міжнародних донорських проєктів та інвестиціям в цей напрям різних фондів і бізнесових структур.

Здійснюється активна співпраця з лікарями Ізраїлю та США, які мають колосальний досвід реабілітації військовослужбовців. Відбувається постійний обмін досвідом між лікарями фізичної і реабілітаційної медицини та психотерапевтами. Набутий досвід передається українським лікарям, які входять в мультидисциплінарні команди з проведення реабілітації як в умовах стаціонарного закладу, так і на виїзді.

До реабілітаційного процесу військовослужбовців з затяжною динамікою реабілітації, які перебувають в домашніх умовах залучаються громадські організації, благодійні фонди, члени територіальних громад та волонтери, які допомагають сім'ям в процесі реабілітації і під керівництвом фахівців виконують ті функції які їм дозволяються.

Аналізуючи міжнародну та вітчизняну практику проведення реабілітації військовослужбовців можна констатувати, що держава попри війну, дефіцит бюджету, руйнування медичної інфраструктури, та інші складнощі намагається організовувати та забезпечувати процес реабілітації військовослужбовців з залученням всіх можливих ресурсів.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНУВАНЬ З ОБМЕЖЕНИМ КРОВОТОКОМ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ В ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Жаботинська Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Основною метою реабілітації пацієнтів після ендопротезування колінного суглоба (ЕП КС) є відновлення м'язової сили і витривалості, відчуття балансу, відновлення фізіологічної рухомості в КС, усунення неправильних стереотипів руху, болю, що сприятиме правильній та безпечній функціональності ендопротеза. В літературі широко обговорюється можливість застосування в реабілітаційному процесі тренування з обмеженим кровотоком (Blood-Flow Restriction Training — BFRT). Основною метою застосування BFRT є збільшення сили м'язів стегна та функціональних результатів у пацієнтів після оперативних втручань на КС [3, 4].

Метою дослідження було аналіз ефективності додавання BFRT до фізичної терапії хворих після ЕП КС в довготривалому реабілітаційному періоді.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 13 пацієнтів віком від 61 до 71 року після проведеного ЕП КС, які знаходились в довготривалому реабілітаційному періоді. До та після завершення програми фізичної терапії проводилась оцінка функціонального стану пацієнтів (зокрема, функціональні тести: візуальна аналогова шкала болю, 30-секундний тест на швидку ходьбу, тесту на підйом по сходах, тест «Встань та іди» з відліком часу, гоніометрія, мануальний м'язовий тест Ловетта), також проводились додаткові лабораторні методи обстеження. Для проведення дослідження пацієнти були розділені на дві групи: 1 групу пацієнти, які отримували стандартну програму фізичної терапії після перенесеного ЕП КС; в 2 групу увійшли пацієнти, яким було додано BFRT, яке проводилось за

протоколом, який використовується для профілактики атрофії м'язів (<https://www.aaos.org/aaosnow/2023/jun/clinical/clinical02/>). Загальна тривалість програми фізичної терапії в обох групах — 8 тижнів.

Отримані результати. До початку дослідження обидві групи пацієнтів були співставні за віком, гендерними характеристиками, термінами після операції по ЕП КС, показаннями для оперативного втручання та скаргами.

Після завершення курсу фізичної терапії були визначено вірогідно ($p \leq 0,05$) більше зниження інтенсивності болю у пацієнтів 2 групи. Швидкість ходи збільшилась в обох групах, але вірогідно ($p \leq 0,05$) тільки в 2 групі. Швидкість підняття та спуску по сходах вірогідно ($p \leq 0,05$) збільшилась в обох групах. Крім того, у пацієнтів 2 групи, збільшення спритності користування сходами було вірогідно ($p \leq 0,05$) вищим, ніж у пацієнтів 1 групи. Ризики падіння пацієнтів в обох групах вірогідно ($p \leq 0,05$) знизились в обох групах і відповідали низькому ризику падіння при фізичних навантаженнях. Але вірогідної різниці зниження ризику падіння у пацієнтів різних груп виявлено не було. Також вірогідно ($p \leq 0,05$) більше покращився діапазон активних і пасивних рухів м'язів-згиначів КС в 2 групі пацієнтів. Діапазон активних рухів м'язів-розгиначів КС вірогідно ($p \leq 0,05$) підвищився в обох групах. Вірогідної різниці між групами виявлено не було. Діапазон пасивних рухів м'язів-розгиначів після тренувань вірогідно ($p \leq 0,05$) збільшився в обох групах і досяг нормальних показників. Також було встановлено вірогідне ($p \leq 0,05$) більше підвищення сили м'язів-згиначів і м'язів-розгиначів у пацієнтів 2 групи в порівнянні з пацієнтами 1 групи.

Висновки. Отримані результати дослідження демонструють високу ефективність додавання BFRT до програм фізичної терапії пацієнтів після ЕП КС в збільшенні сили м'язів-згиначів та м'язів-розгиначів КС; покращення діапазону руху в КС; тренування ходьби після ЕП КС. На підставі отриманих даних можна зробити висновки про безпечність, можливість і необхідність включення BFRT до програм фізичної терапії пацієнтів після ЕП КС на довготривалому реабілітаційному періоді.

ДО ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СУМІСНОСТІ У ДІЯЛЬНОСТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

Жильцов А.О.,

МЦ «Наркологічна клініка Пальміра», психолог

Анотація. У тезах представлено науково-практичні позиції щодо психологічної сумісності спеціалістів у мультидисциплінарних реабілітаційних командах. Проаналізовано основні компоненти психологічної сумісності, фактори впливу, методи оцінки та стратегії підвищення ефективності командної роботи. Надано практичні рекомендації для керівників, спеціалістів та організацій щодо формування та підтримки ефективної командної роботи в реабілітаційній сфері.

Ключові слова: психологічна сумісність, мультидисциплінарна команда, реабілітація, командна робота, міжпрофесійна взаємодія.

Сучасна система охорони здоров'я характеризується зростанням складності медичних втручань та підвищенням вимог до якості надання послуг. Особливо це стосується сфери реабілітації, де ефективність лікування безпосередньо залежить від скоординованої роботи спеціалістів різних профілів. Мультидисциплінарні реабілітаційні команди об'єднують лікарів, медичних сестер, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців, кожен з яких має унікальні знання та навички у наданні кваліфікованої допомоги пацієнту за визначеним діагнозом.

Дослідження показують, що ефективність командної роботи значною мірою залежить від психологічної сумісності її учасників. Психологічна сумісність визначається як здатність членів групи (команди, колективу, бригади, відділення) до професійної гармонійної взаємодії, яка забезпечує досягнення спільних цілей з мінімальними внутрішніми конфліктами та максимальною ефективністю та результативністю. Сумісність, гармонізація, погодженість це поведінкові характеристики, які описують оптимальне сполучення особистісних властивостей учасників взаємодії, що

функціонують як єдине ціле у досягненні найкращого результату. Визначеним є поняття мультидисциплінарної команди (МДК) — це група фахівців з різних дисциплін, які спільно оцінюють та надають допомогу пацієнту, координуючи свої дії для досягнення найкращих результатів лікування та реабілітації, що в повній практичній значимості охоплює розуміння психологічної сумісності її учасників. Таке розуміння МДК і визначає психологічну сумісність як здатність членів групи до спільної діяльності, що базується на оптимальному поєднанні професійних та індивідуально-психологічних характеристик.

Діяльність реабілітаційної команди базується на моделі міжпрофесійної співпраці, яка є циклічним процесом. Ця модель забезпечує спільну, злагоджену роботу фахівців різних профілів (лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, логопеда тощо) для досягнення єдиної мети — максимального відновлення функцій пацієнта та покращення його якості життя. Психологічна сумісність у реабілітаційних командах — це не просто здатність ладнати, а критично важливий чинник, що безпосередньо впливає на якість надання послуг, ефективність лікування та, зрештою, на результати для пацієнта. Ця сумісність формується на основі взаємодії індивідуальних, групових та організаційних факторів.

Для оцінки психологічної сумісності в реабілітаційних командах використовуються різноманітні методи:

- психодіагностичні методи включають стандартизовані опитувальники та тести. Зокрема, широко використовується Team Effectiveness Questionnaire (І.А.Клименко, україномовна версія) та Jefferson Scale of Empathy (шкала емпатії);
- методи спостереження передбачають структуроване спостереження за взаємодією в команді з використанням спеціальних протоколів. Ефективним інструментом є

TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (командна робота, сумісні дії);

- методи зворотного зв'язку включають регулярні командні рефлексії, циклічну оцінку та супервізію. Ці методи дозволяють отримати багатовимірну картину командної динаміки за різними моделями у цільовому використанні.

Стійке формування психологічної сумісності в мультидисциплінарних реабілітаційних командах може здійснюватися через:

- цілеспрямоване комплектування команди, що включає ретельний відбір кандидатів, team-building активності та створення спільних цілей;
- розвиток професійних компетенцій, зокрема навичок комунікації, управління конфліктами та емоційного інтелекту; ефективними є програми міжпрофесійної освіти;
- організаційні заходи, що включають створення підтримуючої культури, забезпечення ресурсів та розробку ефективних систем комунікації; важливою є роль лідерства в формуванні позитивного психологічного клімату.

За кожною визначеною позицією є необхідність у розробці комплексу заходів щодо стійкості психологічної сумісності відповідно до складу команди, напрямів реабілітаційного впливу, медичних протоколів тощо.

Комплексний підхід до її формування та підтримки має включати:

- систематичну оцінку психологічної сумісності на етапі формування команди;
- цілеспрямований розвиток компетенцій міжособистісної взаємодії;
- створення підтримуючого організаційного середовища;
- регулярний моніторинг командної динаміки.

Подальші дослідження мають зосередитися на розробці специфічних інструментів оцінки психологічної сумісності для реабілітаційних команд та вивченні довгострокового впливу інтервенцій на клінічні результати.

АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК ЯК СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ПРОБЛЕМА ВНАСЛІДОК ЗАГАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Заярський М.І., Калашник Є.В., Кравченко З.Д.

Дніпровський державний медичний університет

Вступ. Ампутація кінцівки в сучасних умовах є значно більшою проблемою, ніж просто хірургічне втручання. Вона являє собою складну соціально-медичну проблему, що має глибокі наслідки як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому. Зі збільшенням поширеності хронічних захворювань та травматизму, кількість людей, які потребують ампутації, зростає, що робить це питання особливо актуальним у глобальному масштабі. У світі мільйони людей живуть з ампутованими кінцівками, і щороку відбувається значна кількість нових ампутацій. Ця проблема особливо гостро стоїть у країнах з низьким рівнем ресурсів та в Україні, зокрема, під час воєнних дій, обумовлених повномасштабною агресією росії.

Мета дослідження: проаналізувати актуальність вивчення ампутації як соціально значущої проблеми в умовах військових дій та мирного часу, визначення ролі лікаря загальної практики / сімейного лікаря у медико-соціальній реабілітації пацієнтів після ампутацій та оцінити сучасні підходи до відновлення функціональних можливостей пацієнтів, доступність та ефективність протезування.

Матеріали і методи дослідження. Для з'ясування стану вивчення проблеми і шляхів її розв'язання використовувався бібліосемантичний метод аналізу та узагальнення попередніх досліджень на основі наукових джерел літератури та електронних ресурсів щодо медико-соціальних аспектів ампутації, зокрема її вплив на пацієнтів та роль лікаря загальної практики/сімейного лікаря у наданні комплексної допомоги. Проведено

порівняльний аналіз - співставлення даних щодо реабілітації пацієнтів у мирний та військовий час.

Результати дослідження. Ампутація є однією з найважливіших медико-соціальних проблем, оскільки вона значно впливає не тільки на фізичний стан пацієнта, але й на його соціальну адаптацію та якість життя. Питання ампутації є надзвичайно актуальним в умовах України, де не тільки високий рівень захворюваності, що може призвести до ампутацій, але й ведення бойових дій, що збільшує кількість травм з непоправним руйнуванням кінцівок, що вимагають такого хірургічного втручання. Ампутація стає наслідком травм як для військових, так і цивільних осіб, які потрапляють у зону бойових дій і часто отримують травми через вибухи, поранення від осколків, куль та інших факторів. У таких умовах значно зростає потреба в наданні своєчасної медичної допомоги, правильної реабілітації та адаптації пацієнтів до нових умов життя після втрати кінцівки.

Епідеміологія частоти або поширеності хірургічних процедур ампутації та її наслідків (інвалідності, смертності) досліджувалася за відкритими даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України). Так, у світі більшість ампутацій пов'язана з діабетичними ускладненнями та судинними захворюваннями. Протягом останніх 5 років кількість нових випадків ампутації в Україні зросла на 10-15%, зокрема внаслідок ускладнень від діабету.

Загальна захворюваність включає кількість всіх пацієнтів, які перенесли ампутацію в певний період часу, включаючи як первинні випадки, так і рецидиви. За даними ВООЗ, понад 50 мільйонів людей у світі щороку страждають від захворювань, що призводять до ампутацій, зокрема через діабет, травми, інфекції та судинні захворювання. В Україні загальна кількість осіб, які пережили ампутацію, оцінюється в десятки тисяч.

Патологічна ураженість відображає частку людей, які страждають від хронічних захворювань, що можуть призвести до ампутації. За даними МОЗ України, понад 40% випадків ампутацій викликані ускладненнями діабету

(ангіопатія), близько 30% — судинними захворюваннями (атеросклероз і тромбофлебіт). Інші причини включають травми та інфекції.

За даними ВООЗ, на ампутацію припадає до 10% всіх випадків інвалідності у світі. В Україні ампутація є однією з основних причин інвалідності, особливо серед людей працездатного віку. За останні 3 роки ампутація виходить на третє місце за поширеністю надання інвалідності.

Смертність унаслідок ампутації не є прямою, однак високий рівень летальності спостерігається серед пацієнтів з важкими ускладненнями після ампутацій (інфекції, сепсис). Смертність після ампутацій в Україні коливається від 5% до 20%, залежно від стану пацієнта, виду ампутації, наявності супутніх захворювань та ефективності післяопераційного лікування.

Встановленими детермінантами ампутацій є: військові дії; соціально-економічні умови (бідність, обмежений доступ до медичних послуг, недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості); низький рівень профілактики та здорового способу життя; невисока доступність спеціалізованої медичної допомоги; антимікробна резистентність при і після лікування пацієнтів.

У військових умовах евакуація пораненого з поля бою включає надання першої медичної допомоги на місці (зупинка критичних кровотеч, відновлення прохідності дихальних шляхів), оцінку та планування маршруту транспортування в безпечне місце до укриття, а потім правильна оцінка стану пораненого і подальше надання медичної допомоги, стабілізацію стану перед перевезенням до лікувального закладу.

Пацієнти з ампутаціями потребують різноманітної медичної допомоги на всіх етапах лікування: перша допомога на рівні лікарів загальної практики - сімейних лікарів зі своєчасним виявленням факторів ризику діабету, серцево-судинних захворювань, направленням пацієнтів на подальше обстеження і лікування; спеціалізована допомога з хірургічним втручанням. Наступними етапами після ампутації і загоєння рани проводиться допротезна

реабілітація, протезування кінцівок і протезна реабілітація. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда має перевірити правильність підбору протеза та можливість ним користуватися. Пацієнти з важкими формами захворювань можуть потребувати паліативної допомоги для полегшення болю та інших симптомів. У процес відновлення людини з ампутацією, психологічної підтримки та адаптації до нових умов життя залучаються крім лікарів, фахівці з реабілітації, протезисти та соціальних працівників.

В ланцюзі надання медичної допомоги пацієнтам з ампутацією важливою ланкою є лікар загальної практики / сімейний лікар. У мирний час його основне завдання полягає у своєчасному виявленні захворювань, що можуть призвести до необхідності ампутації, таких як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, судинні патології, а також надання своєчасної допомоги при травмах. У час війни сімейний лікар також відіграє важливу роль у первинній медичній допомозі для поранених, стабілізації їх стану та підготовці до хірургічного втручання, а також у подальшій реабілітації та психоемоційному супроводі пацієнтів.

Міжнародні рекомендації ВООЗ, законодавче і нормативно-правове забезпечення, галузеві стандарти, клінічні настанови, клінічні протоколи надання медичної допомоги, пакети медичних гарантій в системі охорони здоров'я, застосування імпортованих протезно-ортопедичних виробів, налагодження вітчизняних новітніх технологій на підприємствах протезної галузі разом сприяють вирішенню медико-соціальної проблеми реабілітації осіб з інвалідністю внаслідок ампутації кінцівок.

Висновок. Військові ампутації є найбільш складними через тяжкі поранення, комбіновані травми та психологічні наслідки. Транспортні та виробничі ампутації часто потребують термінового хірургічного втручання, а їх реабілітація включає професійну адаптацію. Побутові ампутації переважно характерні для людей похилого віку, що ускладнює процес відновлення через наявність хронічних хвороб. Ендокринні захворювання викликають ампутації

поступово, що дозволяє проводити превентивні заходи, але потребують тривалого контролю. Роль лікаря загальної практики - сімейного лікаря є ключовою у всіх випадках і зростає, адже він має забезпечувати довготривале спостереження, контроль супутніх патологій, медичну, психологічну та соціальну підтримку пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.

Ільчишин М.П.¹, Баб'ячок А.І.¹, Федун І.Р.¹, Кендра І.В.¹, Кіндій І.Л.²

ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Львів, Україна

Львівський медичний фаховий коледж «Монада», Львів, Україна

Вступ. Стан тканин пародонта є важливим показником не лише стоматологічного, а й загального здоров'я людини. У військовослужбовців, які перебувають у специфічних умовах професійної діяльності, особливості режиму, харчування, психоемоційного навантаження та зовнішні фактори, які можуть значно впливати на перебіг пародонтологічних захворювань. Проблеми з тканинами пародонта знижують ефективність військової служби, впливають на бойову готовність та якість життя, а також можуть ускладнювати перебіг інших соматичних хвороб.

Метою і завданням даної роботи було провести узагальнення основних характеристик пародонтологічного статусу у військовослужбовців та визначення ключових факторів, що зумовлюють розвиток і прогресування патології пародонта у цих пацієнтів.

Об'єкти і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі військового госпіталю впродовж 2023–2024 років. Було обстежено 120 військовослужбовців віком від 20 до 45 років, які проходили службу в різних підрозділах Збройних Сил України. Критерії включення: наявність не менше ніж 20 зубів у порожнині рота; відсутність системних захворювань у фазі загострення; згода на участь у дослідженні.

Методи обстеження: 1. Клінічне обстеження з використанням пародонтологічних індексів:індекс РМА (Papillary-Marginal-Attached); індекс гігієни Green-Vermillion (OHI-S); індекс кровоточивості ясен (SBI, Muhlemann & Son); пародонтальний індекс CPITN. 2. Інструментальні методи: зондування глибин пародонтальних кишень; визначення рухомості зубів за класифікацією Мюллера. 3. Рентгенологічні дослідження: ортопантомограма (ОПТГ); прицільні знімки для оцінки ступеня резорбції альвеолярної кістки. 4. Анкетування учасників – збір даних про шкідливі звички (куріння), умови служби, рівень стресового навантаження, особливості харчування та гігієни.

Отримані результати обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного забезпечення SPSS 23.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене дослідження дозволило встановити низку характерних особливостей пародонтологічного статусу у військовослужбовців: 1. Поширеність захворювань пародонта. Ознаки гінгівіту виявлені у 87% військовослужбовців. Генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості діагностовано у 62% обстежених. Некротизуючий виразковий гінгівіт – у 14% випадків, переважно серед військових, які перебували в зоні бойових дій. 2. Гігієнічний стан порожнини рота. Середнє значення індексу ОHI-S становило $2,3 \pm 0,4$, що відповідає незадовільному рівню гігієни. Тільки у 12% військовослужбовців показник був у межах задовільного рівня. 3. Стан ясен та пародонтальних кишень. Середнє значення індексу РМА – $48,5\% \pm 6,2$, що вказує на поширене ураження ясен. Глибина пародонтальних кишень у середньому склала $4,1 \pm 1,2$ мм, причому у 28% обстежених виявлені кишень понад 5 мм. Кровоточивість при зондуванні виявлена у 74% учасників. 4. Рентгенологічні дані. Ознаки резорбції альвеолярної кістки виявлені у 58% військовослужбовців. У 16% випадків резорбція перевищувала 1/3 висоти міжальвеолярної перегородки. 5. Фактори ризику. Куріння – 72% обстежених регулярно палять. Нерегулярна гігієна порожнини рота – 63% зізналися, що

чистять зуби лише 1 раз на добу або рідше. Високий рівень стресового навантаження підтверджено у 81% пацієнтів.

Висновки. Отже, пародонтологічний статус у військовослужбовців має низку особливостей: висока поширеність запальних захворювань ясен, швидке прогресування пародонтиту, часті некротизуючі процеси, поєднання з абразіями та бруксизмом. Основними чинниками ризику виступають стрес, куріння, нерегулярне харчування та обмежена гігієна. Вчасна діагностика, регулярна профілактика та організація доступної пародонтологічної допомоги у військових шпиталях є критично важливими для підтримки стоматологічного здоров'я військовослужбовців, що безпосередньо впливає на їхню боєздатність і якість життя.

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ РЕГЕНЕРАЦІЇ ЛУНОК ВИДАЛЕНИХ ЗУБІВ ПІСЛЯ АУГМЕНТАЦІЇ.

Ільчишин М.П., Дац І.В., Вервега Б.М.

ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького», Львів, Україна

Вступ. Запорукою успішного результату проведення дентальної імплантації є достатній об'єм та якість структури кісткової тканини, якого можна досягти при проведенні аугментації лунки видаленого зуба. Оцінити параметри альвеолярного відростка/частини щелепи для планування операції дентальної імплантації після проведеної реконструкції найбільш інформативно дозволяє конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ). КПКТ є невід'ємним етапом діагностики на всіх етапах реабілітації пацієнтів із частковою відсутністю зубів. Це найкращий та інформативний метод променевого дослідження для аналізу новоствореної кісткової тканини, оскільки він дозволяє візуалізувати кісткову структуру при мінімальному променевому навантаженні в багатоплощинному режимі, оцінити його топографію, структуру, щільність та спланувати подальше імплантологічне

лікування. Саме планування з урахуванням даних КПКТ значно скорочує час операції та знижує ризик виникнення ускладнень, як під час, так і після дентальної імплантації, а також робить лікування більш прогнозованим.

Метою і завданням даної роботи було підвищення ефективності лікування пацієнтів із частковою вторинною відсутністю зубів шляхом аугментації лунок після видалення зубів з використанням препарату на основі гіалуронової кислоти у поєднанні з багатим тромбоцитами фібрином та остеопластичним матеріалом перед дентальною імплантацією під контролем КПКТ.

Об'єкти і методи дослідження. У дослідженні застосовували остеопластичний матеріал – «Bio-Oss (Geistlich) Гранули» (Geistlich Pharma AG, Швейцарія), препарат гіалуронової кислоти Hyadent BG і багатий на тромбоцити фібрин (PRF - Platelet Rich Fibrin) у вигляді мембрани (A-PRF) та рідкої фракції (I-PRF). У дослідженні взяли участь 33 пацієнти (19 жінок та 14 чоловіків) у віці від 21 до 65 років з діагнозом: хронічний періодонтит, травматичне пошкодження зуба - у яких після операції видалення зуба проводили аугментацію лунки чи вели лунку зуба «під згустком». У 1 групі дослідження 15 пацієнтам проводили видалення зубів та наступну аугментацію їх лунок з використанням препарату модифікованої гіалуронової кислоти - Hyadent BG, остеопластичного матеріалу «Bio-Oss», багатого на тромбоцити фібрину - i-PRF та A-PRF-мембрани. 18 пацієнтам групи порівняння проводили видалення зубів та ведення їхньої лунки за стандартною методикою «під згустком».

Пацієнтам проводили КПКТ на томографі Galileos (Sirona, Німеччина) на до- та післяопераційному етапах лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами КПКТ в 1 групі дослідження (застосування препарату гіалуронової кислоти, багатого тромбоцитами фібрину, кістковопластичного матеріалу) через 6 місяців після аугментації сформована кісткова тканина рівномірно простежувалася по всьому об'єму лунки, мала однорідну дрібнокоміркову структуру. Середня

щільність новоствореної кісткової тканини становила 976 ± 225 НУ. Ширина альвеолярного відростка щелепи після операції склала $9,10 \pm 1,61$ мм (83% від первинної). У 2 групі порівняння (ведення лунки зуба «під згустком») через 6 місяців кісткова тканина мала нерівномірно сформовану, крупнокомірчасту структуру. Щільність остеорегенерату становила 824 ± 325 НУ. Ширина після операції через 6 місяців становила $8,02 \pm 1,53$ мм (77% від первинної).

Висновки. КПКТ є ефективним методом оцінки застосування кістковопластичного матеріалу, препарату гіалуронової кислоти, багатого на тромбоцити фібрину для аугментації альвеолярного відростка/ частини щелепи перед дентальною імплантацією. Під час проведення операції видалення зуба

та відсутності запальних змін у періапикальних тканинах з метою збереження параметрів альвеолярного відростка рекомендується проводити операцію аугментації лунки під контролем конусно-променевої комп'ютерної томографії.

РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТА У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ІНВАЛІДНОСТІ

Кабак О. Ю., Мизгіна Тамара

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Реабілітаційний супровід відіграє ключову роль у сучасній системі охорони здоров'я, адже він спрямований не лише на відновлення функціональних можливостей, а й на забезпечення всебічної підтримки пацієнта на кожному етапі лікувально-реабілітаційного процесу. З огляду на сучасні реалії, у яких постійно зростає рівень хронічних хвороб і випадків травматизму, питання збереження працездатності, попередження інвалідності та покращення якості життя пацієнтів набуває особливого значення. Реабілітація стає не завершальним етапом лікування, а

безперервним процесом, що комплексно об'єднує медичні, психологічні, соціальні та професійні аспекти допомоги.

Якість людського життя значною мірою залежить від її фізичного стану, здатності виконувати повсякденні завдання, брати участь у соціальному житті, реалізовувати професійний потенціал і зберігати психоемоційну рівновагу. Хвороби або травми можуть серйозно обмежувати ці можливості, спонукаючи до соціальної ізоляції, залежності від зовнішньої допомоги та розвитку інвалідності.

Основна мета реабілітаційного супроводу полягає у нейтралізації таких наслідків через своєчасне втручання, адаптовані програми та співпрацю між фахівцями різних сфер. Серед головних принципів сучасного підходу до реабілітації – ранній початок і безперервність процесу.

Практика передових країн демонструє, що впровадження реабілітаційних заходів уже на стадії гострого лікування значно скорочує період відновлення, запобігає вторинним ускладненням і підвищує ефективність терапії. В Україні цей підхід поступово набуває стандартів завдяки новим нормативам і державним програмам, спрямованим на розвиток медичної реабілітації.

Важливим елементом супроводу є мультидисциплінарний підхід. Ефективність реабілітації залежить від скоординованої роботи лікарів різних напрямів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, соціальних працівників, логопедів та інших спеціалістів. Такий формат співпраці дозволяє створити індивідуальну програму для кожного пацієнта з урахуванням його медичних потреб, соціального середовища, професійної перспективи та психологічного стану. Внаслідок цього досягається не лише фізичне відновлення, але й повернення людини до максимально можливої самостійності.

Систематичність реабілітаційного супроводу є принциповою в запобіганні ризикам інвалідності. Завдяки комплексній роботі з пацієнтом можна уникнути ускладнень, таких як гіподинамія, м'язова атрофія,

контрактури, психологічні дисбаланси або соціальна ізоляція. Реабілітація також навчає людину освоїти нові навички компенсації та адаптації, що дозволяють ефективніше долати наслідки захворювань чи тілесних ушкоджень. Особливу важливість це питання має для людей працездатного віку, для яких інвалідність означає не лише втрату здоров'я, а й соціально-економічну нестабільність.

Реабілітаційний супровід включає не лише медичні аспекти, але й психологічну допомогу, яка є ключовим чинником досягнення високої якості життя. Пацієнти, що переживають хворобу, часто стикаються з депресією, тривожністю та втратою мотивації до відновлення. Завдання психолога і соціального працівника полягає у формуванні позитивного ставлення до лікувального процесу, посиленні віри у власні сили та мобілізації внутрішніх ресурсів пацієнта. Це є основою готовності людини активно долучатися до реабілітаційної програми, що, своєю чергою, впливає на темпи її прогресу.

Суттєву роль у реабілітації відіграє її соціальний вимір. Процес відновлення не обмежується лише медичними закладами чи амбулаторним лікуванням, він триває у сімейному колі, в трудовій спільноті, а також у громадському середовищі. Створення доступного суспільного простору, забезпечення соціальної підтримки та сприяння поверненню до професійної діяльності – це базові компоненти для успішного відновлення. Сьогодні реабілітація розглядається не лише крізь призму медичних підходів, але й як важливий елемент соціальної інтеграції та підтримання рівності можливостей для пацієнтів.

В умовах сучасних викликів, які постають перед Україною через війну і збільшення кількості поранених серед військових та цивільного населення, значення реабілітаційного супроводу значно зростає. Його роль виходить за межі суто медичного аспекту, перетворюючись на гуманітарну місію, яка допомагає зберігати людський потенціал, підтримувати соціальну стабільність та зміцнювати національну систему охорони здоров'я.

Отже, реабілітаційний супровід є багатограним процесом, який забезпечує не тільки фізичне відновлення пацієнта, але й його психологічну стійкість, соціальну інтеграцію та економічну активність. Він має вирішальне значення у зменшенні ризику інвалідності та підвищенні якості життя як окремих людей, так і суспільства загалом. Розвиток системи реабілітації в Україні має бути побудований на принципах доказової медицини, міждисциплінарного підходу, індивідуалізації та безперервності. Такий підхід сприятиме загальному зміцненню здоров'я населення та мінімізації соціальних втрат.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

О.М.Кетова, А.В.Остапов, Т.І. Мизгіна

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Реабілітація жінок після гістеректомії — це комплекс заходів, спрямованих на фізичне, емоційне та гормональне відновлення жінки після операції. Необхідно враховувати показання та методику проведення гістеректомії. Причини можуть бути різні: рак матки або шийки матки, міома великих розмірів, хронічні болі або сильні кровотечі, що не піддаються лікуванню, ендометріоз, пролапс матки. При розробці індивідуальної програми реабілітації враховують: тип операції (абдомінальна, лапароскопічна, вагінальна), наявність ускладнень, супутні захворювання, психоемоційний стан, рівень фізичної активності до операції.

Перший етап реабілітації - післяопераційний період (1–2 тижні). Основним завданням даного етапу є контроль болю, профілактика ускладнень, початок мобілізації. Післяопераційна жінка знаходиться під спостереження в стаціонарі (3–7 днів), з отриманням анальгетиків, нестероїдних протизапальних та за необхідності антибіотиків. В цей період для профілактики тромбозів використовують компресійну білизну та за потреби гепарини. Легка рухова активність показана через 24 год після операції, що включає в себе: дихальна гімнастика (3-4 рази/день),

перевертання у ліжку, підняття ніг, обертання ступнями, легка активізація (сісти на ліжку, ходьба кімнатою на 2-3 день).

Другий - ранній реабілітаційний період триває до 6 тижнів. Його метою є: відновлення фізичної активності, загоєння рубця, психоемоційна адаптація. В даний період рекомендовано: спокійний режим дня, прогулянки на свіжому повітрі, дієта, багата на білки, вітаміни, клітковину, вправи на дихання, легка гімнастика (за дозволом лікаря), психологічна підтримка (індивідуальна або групова). Доцільно у цей період проводити: вправи Кегеля, легкі вправи на прес без навантаження, розтяжки, вправи на гнучкість. Статеве життя дозволяється зазвичай через 6–8 тижнів.

Третій - пізній реабілітаційний період триває від 6 тижнів до 6 місяців. Основним завданням цього періоду є: адаптація до нового гормонального фону. Так, якщо функція яєчників збережена то відбувається повне повернення до звичного способу життя. Якщо проведена аднексектомія, то з'являють симптоми **менопаузи** (припливи, пітливість, емоційна нестабільність, сухість слизових) і призначається **гормонозамісна замісна терапія (ГЗТ)** при відсутності протипоказань. В даний період проводиться повноцінна лікувальна фізкультура: плавання, пілатес, йога (без різких рухів), робота з м'язами тазового дна (регулярно). Важливою є психоемоційна підтримка, тому що втрата матки може сприйматися пацієнткою як втрата репродуктивної функції, зниження жіночності, страх перед старінням або менопаузою та іншими емоційно-психологічними проблемами. **Тому обов'язковою є індивідуальна або сімейна психотерапія,** підтримка близьких і групи взаємодопомоги. Для обов'язкових рекомендацій відносять: огляд у гінеколога через 6 тижнів після операції і далі — кожні 6–12 міс. (особливо при онкологічних діагнозах), ультразвукове дослідження (при потребі), загальні аналізи, контроль гормонального профілю.

Реабілітація після тотальної гістеректомії має бути індивідуалізованою, комплексною та поступовою. Жінка може повернутися до повноцінного життя, включно зі статевими стосунками, фізичною активністю та

соціальною активністю — при дотриманні рекомендацій та підтримці медичної команди.

ТРАВМАТИЗМ РЕАБІЛІТОЛОГІВ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ

(за матеріалами зарубіжних та вітчизняних джерел)

Коршенко В. О.¹, Саргош О. Д.¹, Матвієнко Т. М.¹, Філатова В. Л.¹,

Крицька Н. В.²

Полтавського державного медичного університету

Дані про виробничий травматизм, зокрема щодо реабілітологів, є не такими поширеними, як статистика професійного вигорання. Проте, доступні дослідження та звіти підтверджують, що ця професія має високі ризики травматизму. Хоча точна статистика травматизму реабілітологів в Україні не є доступною, міжнародні дані та загальні тенденції вказують, що це одна з професій з високим ризиком травматизації. Основні причини - фізичне перевантаження, пов'язане з переміщенням пацієнтів, та недостатня підтримка в плані сучасного обладнання та навчання. Інформація щодо статистики травматизації спеціалістів-реабілітологів під час реабілітації в Україні та за кордоном не є загальнодоступною у вигляді деталізованих публічних звітів, як, наприклад, дані про ДТП. Однак, існують наукові дослідження, клінічні звіти та огляди, які надають уявлення про цю проблему. За даними Управління з безпеки та охорони здоров'я на робочому місці США (OSHA) та інших міжнародних організацій, медичні працівники, включаючи реабілітологів та ерготерапевтів, входять до групи підвищеного ризику травмування.

Травми, пов'язані з переміщенням пацієнтів. Це найпоширеніша причина травм серед реабілітологів. Фізичні терапевти та ерготерапевти часто допомагають пацієнтам вставати, сідати, переміщатися з ліжка на візок, що вимагає значних фізичних зусиль. За даними Управління з безпеки та охорони здоров'я на робочому місці США (OSHA), **понад 50% усіх травм медичних працівників, пов'язані з переміщенням пацієнтів.**

Скелетно-м'язові розлади. Це найчастіший вид травм. За оцінками, понад 60% фізичних терапевтів та ерготерапевтів протягом своєї кар'єри зазнають травм попереку, плечей, шиї та кистей рук.

Падіння та забиття. Робота в реабілітаційних центрах може бути пов'язана з ризиком падінь, особливо в місцях з мокрою підлогою, нерівними поверхнями або перешкодами.

Дослідження, проведене в Австралії, показало, що 28% фізичних терапевтів протягом року отримували травми на роботі, причому найчастіше це були травми спини та шиї, спричинені переміщенням пацієнтів.

В Україні ведеться загальна статистика виробничого травматизму, але деталізовані дані за окремими професіями (як-от реабілітологи чи ерготерапевти) рідко публікуються у відкритому доступі. Однак, можна зробити висновки, спираючись на загальні тенденції в медичній сфері.

Загальний медичний сектор. За даними Фонду соціального страхування України, працівники сфери охорони здоров'я часто входять до переліку найбільш травмованих.

Особливості роботи в Україні. Через недостатнє фінансування, застаріле обладнання для підйому пацієнтів, відсутність достатньої кількості персоналу та недотримання протоколів безпеки, ризики для українських реабілітологів можуть бути навіть вищими, ніж у розвинених країнах.

Основні виклики та ризики для реабілітологів в Україні:

- **перевантаження:** недостатня кількість персоналу призводить до того, що одному фахівцю доводиться працювати з великою кількістю пацієнтів, що підвищує ризик травм від фізичного навантаження;
- **відсутність спеціалізованого обладнання:** нестача сучасних підйомників, інвалідних візків, тренажерів з електроприводом змушує фахівців використовувати "ручний" метод переміщення пацієнтів, що є основною причиною травм;

- **недостатнє навчання:** не завжди фахівці проходять належні тренінги з ергономіки та безпечного переміщення пацієнтів;
- **прихована проблема:** випадки травматизму не завжди реєструються офіційно або не оприлюднюються, щоб уникнути юридичних наслідків для лікувальних закладів та медичного персоналу.

Фактори ризику в Україні: імовірність травматизації може бути вищою через: – **недостатнє фінансування:** відсутність сучасного обладнання (тренажерів з датчиками, систем страхування від падінь, спеціалізованих поручнів);

– **кадровий дефіцит:** перевантаження реабілітологів, що ускладнює постійний і належний нагляд за кожним пацієнтом;

– **недосконалість протоколів:** не завжди використовуються стандартизовані оцінки ризику падіння для кожного пацієнта.

Як в Україні, так і за кордоном, існують загальноприйняті стратегії для зниження ризику травматизації.

- **Оцінка ризику:** використання стандартизованих шкал (наприклад, шкала Морзе) для оцінки ризику падіння при госпіталізації;
- **Тренування:** навчання пацієнтів та їхніх родичів правилам безпеки, правильному використанню допоміжних засобів (милиці, ходунки);
- **Створення безпечного середовища:** використання протиковзних килимків, встановлення поручнів, забезпечення достатнього освітлення та прибирання перешкод;
- **Професіоналізм персоналу:** регулярне навчання реабілітологів технікам безпечного переміщення пацієнтів та надання першої допомоги.

На міжнародному рівні проблема травматизму, особливо падінь, є визнаною. Відсоток таких випадків може бути невеликим, але кожен випадок має серйозні наслідки для здоров'я пацієнта. В Україні, незважаючи на

відсутність офіційної статистики, можна припустити, що через брак ресурсів та персоналу проблема травматизації є актуальною.

Доступ до конкретної статистики щодо виробничого травматизму реабілітологів в Україні є вкрай обмеженим. У відкритому доступі практично немає офіційних звітів з такими деталізованими даними.

На жаль, найбільш ймовірною відповіддю є те, що така конкретна, деталізована статистика в Україні **не ведеться або не оприлюднюється** у відкритих джерелах. Для отримання подібних даних зазвичай потрібен офіційний запит до відповідних державних установ, що не завжди дає позитивний результат.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Краснова О. І., Ляхова Н.О., Подвін А.М., Краснов О.Г.

Статистичні дані свідчать, що стан здоров'я населення України є незадовільним, спостерігається висока смертність та високий рівень захворюваності населення.

Актуальною проблемою системи громадського здоров'я залишається захворюваність населення на туберкульоз. Найбільші показники захворюваності на туберкульоз спостерігаються у Дніпропетровській, Кіровоградській та Одеській областях; найнижчі – у Херсонській та Донецькій. Стабільно високим залишається показник смертності від туберкульозу.

Державна політика в охороні здоров'я направлена на контроль, діагностику, лікування та профілактику туберкульозу у населення. Лікування туберкульозу це довготривалий процес і однією з основних цілей при лікуванні туберкульозу є не тільки одужання хворого, а й повне відновлення організму. Важливим етапом в наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз є санітарно-курортне лікування, яке є спрямоване на відновлення та зміцнення здоров'я. Санаторно-курортна реабілітація хворих

на туберкульоз зменшує прогресування хвороби, попереджує рецидив захворювання та підвищує працездатність пацієнта.

Санаторне лікування хворих на туберкульоз здійснюється в протитуберкульозних санаторіях - закладах, які здійснюють профілактику та оздоровлення хворих на туберкульоз. Реформа протитуберкульозної служби, яка сьогодні здійснюється в системі охорони здоров'я України, вплинула на роботу закладів санаторного лікування. Недостатнє фінансування системи охорони здоров'я та проблеми утримання санаторіїв за рахунок державного бюджету призвели до закриття більшості санаторіїв для хворих на туберкульоз. Санаторії, які не мають фінансування згідно договору з Національною службою здоров'я України, можуть фінансуватися з обласного чи місцевого бюджету; передаватися у концесію або об'єднуватися з лікувальними закладами, якщо ці заклади можуть фінансувати послугу з санаторного лікування.

Протитуберкульозні санаторії, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, було переведено до сфери управління місцевої влади. Однак, через неможливість бюджетів місцевої влади фінансово утримати санаторії, вони постали перед ризиком закриття і ресурсне забезпечення цих закладів знов стало централізованим.

Протягом останніх років кількість санаторіїв значно зменшилася. Міністерству охорони здоров'я України підпорядковано 31 санаторій, з них 12 протитуберкульозних і 19 соматичного профілю. Протитуберкульозні санаторії для дорослих залишилися Житомирській (1), Івано-Франківській (1), Кіровоградській (1), Харківській (5) областях. Слід відмітити значне зниження протитуберкульозних санаторіїв для дітей, які залишилися тільки в Кіровоградській, Черкаській, Харківській областях.

Через різке скорочення протитуберкульозних санаторіїв, що перебували у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, відбулося скорочення лікарняних ліжок в протитуберкульозних санаторіях, найбільше скорочено лікарняних ліжок для дітей (-81,4%). В 2023 році, серед

19000 зареєстрованих нових випадків і рецидивів туберкульозу серед дорослого населення, в санаторіях лікування змогли пройти 1009 осіб, проти 8784 - в 2015 році (-88,5%). Санаторне лікування є важливою складовою в лікуванні хворих на туберкульоз. Недостатнє фінансування протитуберкульозних санаторіїв не дає їм можливості повною мірою виконувати свої функції. Механізм реформування протитуберкульозної служби має бути спрямований на ефективне використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів, при обов'язковій державній підтримці, інформованості населення та відповідальності всіх учасників процесу. Створення оптимальних умов для підвищення ефективності роботи протитуберкульозних санаторіїв сприятимуть досягненню завдань державної політики у сфері протидії туберкульозу.

ВИКЛИКИ РЕСПОНСИВНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПРОГНОЗОВАНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОТРЕБ ВETERANІВ

Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П., Кротова Л.О.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Збройна агресія проти України, що триває з 2014 року та набула повномасштабного характеру у 2022 році, істотно змінила демографічну та соціальну структуру суспільства. Значні контингенти військовослужбовців та ветеранів бойових дій потребують комплексних медико-соціальних послуг, зокрема реабілітаційних заходів. За цих умов респонсивність системи охорони здоров'я, тобто її здатність своєчасно й адекватно реагувати на запити пацієнтів, стає одним із визначальних критеріїв ефективності галузі.

Аналіз просторово-часових характеристик учасників бойових дій дозволяє прогнозувати масштаби реабілітаційних потреб та формувати адекватні управлінські рішення щодо розвитку кадрового, інфраструктурного й фінансового забезпечення медичної допомоги. Ввчення динаміки чисельності ветеранів та оцінка її впливу на прогнозовані реабілітаційні

потреби є необхідною умовою посилення респонсивності системи охорони здоров'я у воєнний та післявоєнний період.

Мета. Встановити особливості просторово-часових змін чисельності учасників бойових дій як основи для прогнозування реабілітаційних потреб та обґрунтувати пов'язані з цим виклики для респонсивності системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У роботі використано офіційні дані Державної служби статистики України та Міністерства у справах ветеранів щодо чисельності учасників бойових дій за 2013 – 2023 рр. у Дніпропетровській області та інших регіонах країни. Для аналізу відносних показників залучено інформацію про чисельність наявного населення станом на 2021 р.

Аналіз здійснювався із застосуванням описової статистики, розрахунку відносних показників, динамічного та порівняльного аналізу, а також регресійного моделювання для прогнозування чисельності ветеранів і оцінки пов'язаних із цим реабілітаційних потреб.

Результати дослідження. У Дніпропетровській області за десятирічний період з 2013 по 2023 роки чисельність учасників бойових дій зросла на 8,3 % і досягла 12 115 осіб. Динаміка мала хвилеподібний характер. На першому етапі (2013–2018 рр.) відзначалося поступове зниження кількості ветеранів від 11 189 до 10 076 осіб, що відповідало середньорічному темпу убутку на рівні 2,1 %. Надалі, починаючи з 2019 року, тенденція змінилася на протилежну: чисельність зростала, а після 2022 року цей процес значно прискорився. У 2019–2021 рр. приріст склав 16 %, а середньорічний темп у 2019–2023 рр. становив 4,7 %.

При аналізі кількість учасників бойових дій у Дніпропетровській області за 2013-2023 рр. встановлено наявність нелінійної поліноміальної залежності другого порядку ($R^2=0,879$). Згідно з прогнозними розрахунками за даною моделлю, при інших незмінних зовнішніх умовах, можна очікувати подальше зростання чисельності учасників бойових дій у Дніпропетровській області до 13 144 осіб у 2025 році, до 14 016 осіб у 2026 році.

Отримана при графічному аналізі U-подібна крива, на якій мінімум припадає на період 2018 - 2019 років, ілюструє хвилі зміни контингенту учасників бойових дій в області: від раннього етапу антитерористичної операції до формування нової хвилі осіб із бойовим досвідом, що зумовлює потребу в адаптації системи охорони здоров'я до відгуку на запити цього контингенту стосовно реабілітаційних послуг.

Оцінка показників кількості осіб з бойовим досвідом, які потенційно потребують реабілітаційних послуг на 10 тисяч населення у 2021 році (учасників бойових дій, на 10 тисяч населення, учасників війни а 10 тисяч населення, інвалідів війни на 10 тисяч населення) виявила суттєві територіальні відмінності. У 2021 році найвищі значення зареєстровано в Одеській, Хмельницькій областях та місті Києві, де кількість учасників бойових дій сягала від 41 до 52 осіб на 10 тисяч жителів. Це пояснюється високим рівнем урбанізації, наявністю великих адміністративних центрів і активним мобілізаційним процесом. Натомість у Луганській та Донецькій областях показники були вдвічі нижчими через втрату частини територій, евакуацію населення та недосконалість обліку.

Для Дніпропетровського регіону у 2021 році зафіксовано 37,2 учасника бойових дій на 10 тисяч населення, що на 13,0 % перевищувало середній показник по країні. Це свідчить про високу залученість населення області у бойові дії та формує значний рівень потреб у медико-реабілітаційних послугах.

Аналіз структури ветеранів за статусами показав, що найбільша щільність учасників війни зосереджена у західних регіонах (Тернопільська, Львівська, Хмельницька області), що відображає переважання там старших вікових груп ветеранів. У Дніпропетровській області цей показник був співставний із середнім по Україні. Водночас частка осіб з інвалідністю внаслідок війни у регіоні виявилася нижчою від середньоукраїнського рівня. Це може пояснюватися як особливостями вікової структури місцевих ветеранів, так і затримками у встановленні відповідного статусу. Найвищі

значення інвалідності серед ветеранів зафіксовані у Київській, Чернігівській, Житомирській та Полтавській областях.

Висновки. Просторово-часовий аналіз чисельності учасників бойових дій засвідчив нерівномірність формування контингентів у регіонах України та хвилеподібну динаміку зростання у Дніпропетровській області. Прогнозоване подальше збільшення кількості ветеранів зумовлює зростання навантаження на систему охорони здоров'я.

Такі тенденції формують безпосередні виклики для респонсивності, адже система має забезпечувати своєчасний і адекватний відгук на реабілітаційні потреби, які змінюються у часі та суттєво відрізняються між регіонами. Висока концентрація нових контингентів у великих урбанізованих областях, значна частка ветеранів старших поколінь у західних регіонах та підвищені показники інвалідності в центральних і північних областях потребують диференційованих підходів до планування допомоги.

Отримані результати обґрунтовують необхідність стратегічної адаптації кадрових, інфраструктурних і фінансових ресурсів для посилення респонсивності системи охорони здоров'я та забезпечення належної якості реабілітаційної допомоги ветеранам у воєнний і післявоєнний періоди.

ТЕХНІКА ЕМОЦІЙНОГО ЗВІЛЬНЕННЯ (EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES) ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Курдиш Л.Ф., Гаджула Н.Г., Перлова А.В., Повшенюк А.В., Мунтян О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Вінниця, Україна

Професійне вигорання є серйозною загрозою для здоров'я медичних працівників. Про актуальність проблеми свідчить постійне зростання кількості досліджень у цьому напрямку та пошук ефективних способів профілактики й корекції. Формування цього патологічного стану починається ще під час освоєння професії, адже відомо, що процес навчання в медичних

зкладах вищої освіти є одним з найважчих. Ситуацію суттєво поглибили пандемія COVID-19 та повномасштабна війна в Україні. Найчастіше вигорання спостерігається серед лікарів-стоматологів, що пов'язано зі значними фізичними й психологічними навантаженнями, особливостями ергономіки робочого місця, високими професійними вимогами, конкуренцією та збільшенням кількості пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Серед основних чинників професійного вигорання у стоматологів виділяють: організаційно-соціальні (нераціональна організація робочого процесу, надмірна відповідальність, конкурентні відносини між колегами, втрата часу на заповнення великої кількості медичної документації) та індивідуально-демографічні, пов'язані з індивідуальними особливостями особистості, які забезпечують ресурсність до стресових факторів (вік, стать, наявність когнітивних порушень та стан соматичного здоров'я).

Згідно з класифікацією В.В. Бойка, процес емоційного вигорання проходить три стадії:

1. Фаза напруження – характеризується незадоволеністю своєю особистістю, обраною професією та досягненнями; часто спостерігаються відчуття тривоги та пригніченості.
2. Фаза резистенції – формується внаслідок дистресу, проявляється “економією” емоційного реагування та спробою обмеження професійних обов'язків.
3. Фаза виснаження – заключна, проявляється астенизацією організму та розвитком психосоматичних порушень.

Методи профілактики та корекції професійного вигорання можна розділити на такі групи: заходи, що впливають на фізичний стан (раціональне фізичне навантаження та режим дня, збалансоване харчування та усунення нутрієнтних дефіцитів, через роботу з тілом та диханням для впливу на вегетативну нервову систему), а також заходи, що впливають на емоційний стан та зміну світогляду (збільшення часу на улюблене хобі, перебування на

природі, подорожі, перегляд улюблених гумористичних фільмів, спілкування з родиною та домашніми улюбленцями, робота з психологом). Однак, повністю реалізувати всі ці підходи надзвичайно складно, тому ми пропонуємо використати техніку емоційного звільнення (Emotional Freedom Techniques, EFT). Методика була розроблена в 1990-х роках Г. Крейгом на основі робіт Р. Каллахена, а подальший розвиток і клінічну перевірку отримала завдяки дослідженням Д. Чьорча та Д. Файнштейна. На сьогодні доведена ефективність EFT у терапії ПТСР, депресії, тривожних станів та емоційних травм.

Суть методу полягає у простукуванні певних біологічно активних точок тіла (рис. 1; S. Salicru, 2025), що активує механізми центральної та вегетативної нервової системи й сприяє зниженню рівня стресу та внутрішньої напруги. Методика є простою у виконанні, не вимагає багато часу, що робить її ефективним інструментом для самопомоги при професійному вигоранні лікарів-стоматологів.

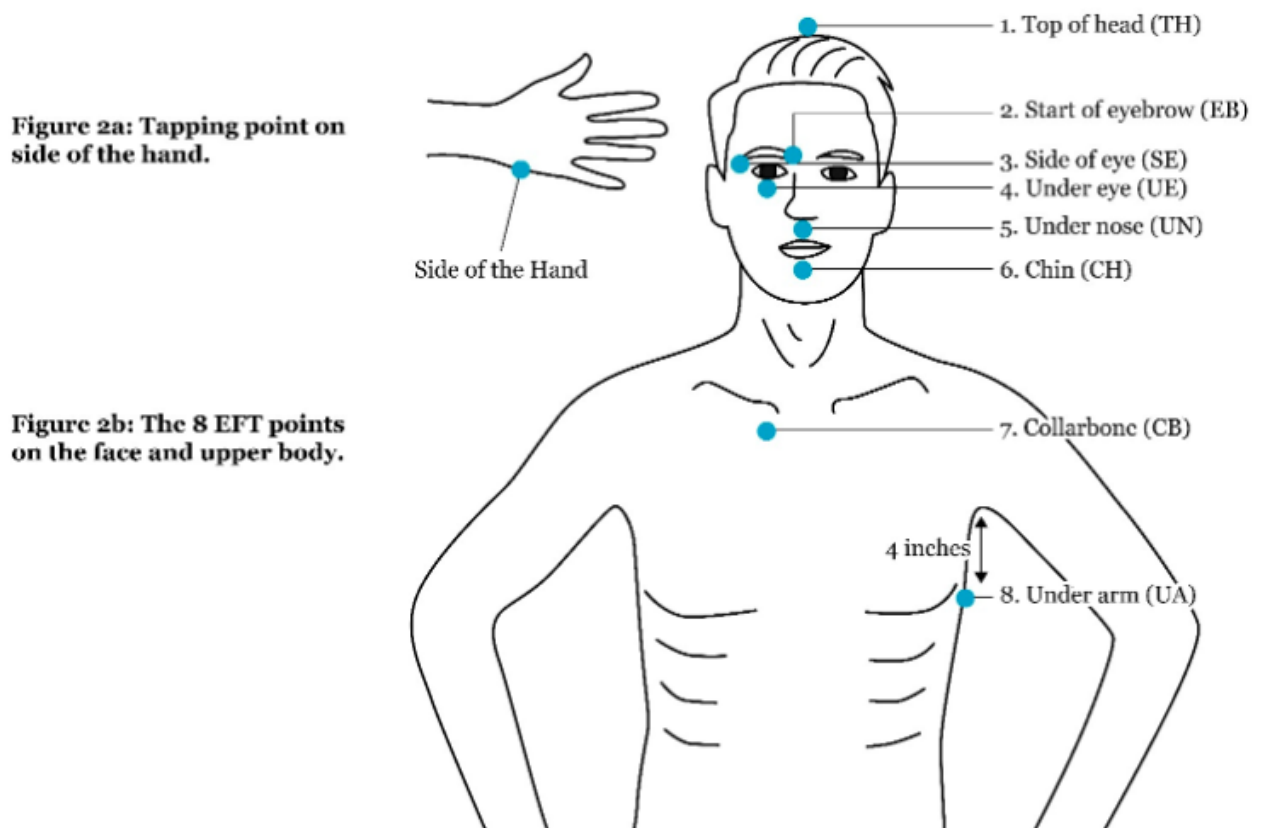


Рис. 1. Основні точки EFT tapping (за Sebastian Salicru, 2025)

Професійне вигорання є багатофакторною проблемою, що потребує комплексного підходу до профілактики та корекції. Використання техніки емоційного звільнення (EFT) є ефективним, доступним та науково обґрунтованим методом, який може значно підвищити рівень психологічної стійкості, знизити вплив стресових факторів та покращити якість життя медичних працівників.

ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ ЗА MODIFIED HARRIS HIP SCORE У ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ БІЛАТЕРАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Кучер В.Я.

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Вступ. Ефективність засобів фізичної терапії характеризуються високим рівнем доказовості щодо відновлення функціонування після ендопротезування кульшового суглобу та для корекції ознак геріатричної патології. Проте, незважаючи на швидке зростання кількості осіб старших вікових груп з двома ендопротезованими кульшовими суглобами, фактично відсутні роботи, які висвітлюють особливості фізичної терапії цього контингенту осіб. Дослідження цього питання визначає актуальність представленої роботи.

Мета: оцінити ефективність розробленої програми фізичної терапії для осіб похилого віку з білатерально ендопротезованими кульшовими суглобами за параметрами функціонального стану нижніх кінцівок та ходи у віддаленому періоді реабілітації.

Матеріал. Обстежено 112 осіб похилого віку ($69,6 \pm 1,2$ роки). Контрольну групу склали 42 осіб, які не мали в анамнезі перенесеного ендопротезування суглобів нижніх кінцівок. Групу порівняння (ГП) склали 37 осіб з перенесеним одностороннім тотальним ендопротезуванням кульшового суглоба. Експериментальну групу (ЕГ) склали 33 осіб з двома

ендопротезованими кульшовими суглобами, ефективність фізичної терапії яких представлена у нашому дослідженні. Для них була розроблена та впроваджена програма фізичної терапії тривалістю три місяці із застосуванням терапевтичних вправ (з використанням обважнювачів, Thera-Band, MFT Challenge Disc Digital); тренування ходи (самоконтроль, відпрацювання фаз ходи, долаття смуги перешкод), функціональне тренування симетричності рухів нижніх кінцівок (платформа PROCEDOS PLATFORM 9), Nordic walking; освітній компонент – навчання контролю свого стану, рухових обмежень, зменшення ризику падіння, усвідомлення необхідності регулярних реабілітаційних втручань; переформовані фізичні чинники – електроміостимуляція чотирьохголового м'яза стегна, м'язів сідниць, литкових м'язів. Ефективність оцінювали за результатами Modified Harris Hip Score.

Результати. У пацієнтів похилого віку з білатеральним ендопротезуванням кульшових суглобів визначено труднощі при виконанні активностей повсякденного життя за Modified Harris Hip Score). За всіма підшкалами можливості повноцінно виконувати функціональні завдання з точки зору обмежень, що накладає білатеральне ендопротезування, пацієнти з БЕП КС продемонстрували статистично значуще гірший результат ($p < 0,05$), ніж особи з одним ендопротезованим кульшовим суглобом (таблиця 1).

Таблиця 1

Динаміка показників mHHS у осіб похилого віку після БЕП КС під впливом програми фізичної терапії ($\pm$)

Підшкала, бали	ГП (n=37)		ЕГ (n=33)			
			перше обстеження		повторне обстеження	
	М	SD	М	SD	М	SD
Біль	40,12	2,09	25,40	2,41	38,46	1,55°
Кульгавість	9,22	0,35	6,06	0,29	8,31	0,23°

Опора	10,20	0,37	7,11	0,26	9,88	0,42°
Пройдена відстань	9,13	0,40	6,01	0,15	8,80	0,51°
Рух сходами	3,44	0,27	2,02	0,38	3,15	0,57°
Присідання	3,03	0,41	2,15	0,27	3,06	0,42°
Сидіння зі схрещеними ногами	4,26	0,54	2,96	0,15	3,85	0,41°
Громадський транспорт	0,85	0,08	0,55	0,12	0,79	0,09°
Амплітуда рухів	2,90	0,15	2,12	0,16	2,73	0,22°
Відсутність деформації	3,43	0,25	3,10	0,15	3,20	0,30°

Примітки: ° – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами обстеження до та після фізичної терапії;

• – $p < 0,05$ – статистично значуща різниця між відповідними параметрами ГП та ЕГ.

При повторному обстеженні виявлено покращення функціонального стану пацієнтів за підшкалами mHNS: болю – на 51,4% ($p < 0,05$), кульгавості – 37,1% ($p < 0,05$), опори - 39% ($p < 0,05$), пройденої відстані – 46,4% ($p < 0,05$), рух сходами – 55,9% ($p < 0,05$), присідання – 42,3% ($p < 0,05$), сидіння з схрещеними ногами – 30,1% ($p < 0,05$), використання громадського транспорту – 43,6% ($p < 0,05$), амплітуди руху – 28,8% ($p < 0,05$), деформації – 3,2% ($p < 0,05$) (таблиця 1).

Висновки. Засоби фізичної терапії доцільно призначати для комплексної корекції структурно-функціональних дисфункцій оперованих кінцівок та покращення виконання активностей у пацієнтів похилого віку з білатеральним ендопротезуванням кульшових суглобів.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Люлька О. М.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Успішність оперативних втручань на органах черевної порожнини залежить не тільки від кваліфікованої хірургічної техніки їх виконання, але й від своєчасних і правильно проведених реабілітаційних заходів у післяопераційному періоді, направлених, в першу чергу, на попередження виникнення післяопераційних ускладнень та відновлення або покращення функціонального стану пацієнтів. Критерієм успішно виконаної операції повинно бути не тільки блискучість проведення оперативного втручання хірургом, а й максимально відновлений відповідний рівень якості життя пацієнтів у віддаленні строки після лікування.

Реабілітаційні заходи повинні розпочинатись одразу після оперативного втручання і не повинні бути шаблонними, однаковими для всіх хворих. Повинні враховуватись як індивідуальні особливості кожного пацієнта (вік, стать, наявність супутніх хвороб, які впливають на перебіг основного захворювання та загальний стан хворого), так і характер, об'єм та травматичність виконаної операції. Але, не дивлячись на індивідуальний підхід, необхідно дотримуватись основних загальних принципів післяопераційної реабілітації, найважливішими серед яких, на наш погляд, вважаємо наступні.

В першу чергу потрібно ретельно здійснювати моніторинг та медикаментозну підтримку вітальних функцій організму пацієнтів: стан серцево-судинної та дихальної систем, неврологічний статус, діурез. Для швидшої стабілізації загального стану пацієнта у ранньому післяопераційному періоді особливо важливе значення має проведення адекватного знеболення та корекція водно-електролітного балансу інфузійною терапією. За показаннями проводиться різноманітного обсягу

профілактика тромбо-емболічних ускладнень (еластична компресія нижніх кінцівок, відповідний руховий режим, антикоагулянтні препарати тощо).

Важливе значення має профілактика післяопераційного парезу кишківника, особливо після тривалих за часом оперативних втручань, що супроводжувались резекцією кишки або накладанням анастомозу. З метою правильної та поступової адаптації організму хворих до звичайного характеру харчування обов'язковим є дотримання пацієнтами дієти і режиму харчування з урахуванням їх захворювань та виконаних операцій.

Рання активація пацієнтів, дихальна гімнастика, носіння бандажу сприяють швидшому відновленню організму пацієнтів та запобігають виникненню різноманітних післяопераційних ускладнень.

Протягом всього післяопераційного періоду проводиться спостереження за процесом загоєння операційної рани: регулярно виконуються перев'язки, профілактика інфекційних ускладнень, своєчасне видалення дренажів та зняття швів, лабораторно-інструментальний контроль тощо.

Обов'язковою умовою успішної післяопераційної реабілітації є систематизоване та поетапне проведення у різноманітних формах і обсягах лікувальної фізкультури. Послідовне проведення фізичних вправ призводить до швидшої активації хворих та їх адаптації до побутових навантажень, сприяє відновленню постави та зміцненню м'язів передньої черевної стінки, що, в свою чергу, запобігає, в певній мірі, утворенню післяопераційних гриж та прискорює повне відновлення фізичної працездатності

Обов'язковою складовою комплексу лікувальної фізкультури є дихальна гімнастика, яка дозволяє покращити вентиляцію легень та насиченість крові киснем, покращує лімфо- та кровообіг органів, попереджає виникнення ускладнень з боку дихальної системи (застійна пневмонія, ателектази легень тощо). Це різноманітні варіанти дихання (через ніс та рот, через трубочку у воду тощо), діафрагмальне, з акцентом на подовжений видих та інші дихальні вправи.

Таким чином, реабілітаційні заходи після операцій на органах черевної порожнини повинні проводитись своєчасно, систематично та комплексно.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ ГРОМАД

Мельник В. М.

Національний університет охорони здоров'я України

Імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Досліджуючи сучасний стан реабілітації, як серед військовослужбовців, так і цивільного населення, що постраждало внаслідок військової агресії Росії слід зазначити, що вона є недостатньою.

Військові дії, які ведуться агресором на території суверенної України негативно впливають не тільки на військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у воєнних операціях, а й на населення яке проживає на цих територіях.

Деокуповані території нашої держави нагадують картини з фільмів жахів і не зважаючи ні на що, там проживають наші громадяни, які пройшли набір страждань які супроводжують окупацію: бомбардування, катування, загибель близьких та рідних, втрату майна, гуманітарну катастрофу тощо. Перебуваючи в постійному стресі на межі виживання, все це негативно позначилось на їх фізичному та психічному здоров'ї.

Повернення до мирного життя відбувається на фоні посттравматичних синдромів, що вносять складнощі в соціальну адаптацію до нових умов проживання та погіршення стосунків з людьми з навколишнього середовища, саме на підставі вищезазначеного ми робимо висновок, що громадяни які пережили окупацію та проживали в прифронтових зонах потребують всіх видів реабілітації в відновленні фізичного та психічного здоров'я і налагодженні стосунків з людьми та навколишнім середовищем.

Проаналізувавши всі види реабілітації які сьогодні надаються в Україні і все, що необхідно для цього процесу ми звернули увагу на проблему

кадрового забезпечення послуг реабілітації та обладнання, яке необхідно для цього процесу. В стані війни та великій кількості поранених військовослужбовців, які потребують реабілітації щоб повернутись на захист держави, на проблеми населення громад, що пережили окупацію не завжди звертають увагу і це призводить до втрат трудового потенціалу та ускладнення фізичного стану, яке закінчується інвалідністю або летальними випадками.

Сьогодні сфера охорони здоров'я та система соціального захисту України допомагаючи реабілітуватися військовослужбовцям повинна надавати допомогу і населенню громад, що постраждали від військової агресії.

Досліджуючи питання забезпечення реабілітаційними послугами населення деокупованих та прифронтових громад ми вийшли на проблему відсутності розгалуженої системи реабілітаційних центрів в Україні, які б покривали потреби в них у населення, а наявність інших зосереджені на забезпеченні реабілітації військовослужбовцям та ветеранів війни.

Покращення ситуації з наданні реабілітаційних послуг населенню громад могло б покращитись зі створенням мультидисциплінарних виїзних бригад відповідно до потреб. Але і це зробити складно із-за кадрового дефіциту відповідних фахівців та інших проблем.

По-перше, на даний час в Україні наявний кадровий дефіцит фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини, психотерапевтів, які мають відповідні компетенції для роботи в виїзних мультидисциплінарних командах.

По-друге, недосконалість системи формування та розвитку професійних компетенцій серед фахівців мультидисциплінарних команд в забезпеченні якісних реабілітаційних послуг.

По-третє, дефіцит фахівців з психологічної реабілітації. Зокрема, в [Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року](#) відзначено про низький рівень кадрового

забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, залученим до надання допомоги у сфері психічного здоров'я та надання реабілітаційних послуг, недосконалість системи формування та підтримки професійних компетенцій серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій.

По-четверте, подекуди послуги з психологічної реабілітації надаються психологами, які мають вищу освіту за спеціальністю «психологія», але не у всіх є сертифікати працювати з ПТСР. На сьогодні діяльність психологів в Україні (на відміну від інших прогресивних країн) не ліцензується, а отже будь-який контроль за їх діяльністю по суті відсутній. До того ж, на таких психологів не поширюється обов'язок зберігати медичну таємницю, що створює додатковий ризик для осіб, яким надаються реабілітаційні послуги, та доказовість методик, які використовуються ними в процесі реабілітації.

По-п'яте, значною мірою ситуація із дефіцитом кадрів пов'язана з відсутністю достатньої кількості професійних стандартів для фахівців у сфері психічного здоров'я. Професійні стандарти містять конкретні вимоги до вмінь і навичок працівників і слугують основою для формування професійних компетенцій. Станом на сьогодні в системі психічного здоров'я професійні стандарти наявні лише щодо практичного психолога закладу освіти та практичного психолога в соціальній сфері. Якщо ж говорити, до прикладу, про професійний стандарт для психотерапевтів, його проєкт узагалі ще не затверджений, хоча психотерапевт входить в перелік фахівців мультидисциплінарних команд для роботи з ПТСР.

По-шосте проблеми транспортних комунікацій та забезпечення мультидисциплінарних команд автомобільним транспортом і всім необхідним обладнанням для надання реабілітаційних послуг за місцем проживання пацієнтів у зв'язку з відсутністю місць в стаціонарних закладах.

Отже, дослідивши сучасні проблеми кадрового забезпечення надання реабілітаційних послуг населенню на рівні громад можна зробити наступні висновки. Вирішення даної проблеми лежить в площині зміни підходів

державної політики до вирішення даної проблеми, а саме: внесення системності в роботу відповідних інституцій щодо надання реабілітаційних послуг населенню громад постраждалих внаслідок військової агресії; вирівняти ситуацію з державним замовленням щодо дефіцитних спеціальностей; розробити стандарти та ліцензувати діяльність психотерапевтів та психологів в роботі з ПТСР; через Національну службу здоров'я України забезпечити фінансування для роботи виїзних мультидисциплінарних команд до населення територіальних громад.

СУЧАСНІ ІНСТИТУЦІЇ З ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Михальчук В. М.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Сучасний стан розвитку українського суспільства припав на період військової агресії Росії, яка спричинила не тільки захват територій, руйнування економіки, але і трагічні наслідки для військовослужбовців які боронять суверенітет нашої держави так і українському суспільству вцілому.

Саме в такі екстремальні періоди розвитку чітко простежується роль органів державної влади, які повинні максимально знівельовувати негативні наслідки війни та організовувати підтримку населення і військовослужбовців, що становлять основу обороноздатності держави. Особливо це стосується розроблення регуляторних державних механізмів щодо забезпечення реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій.

Відповідно до обґрунтованих висновків науковців реабілітація військовослужбовців, це складна система медичних, психологічних, соціальних професійних методів та технологій, спрямованих на відновлення, профілактику та попередження розвитку патологічних

процесів, які можуть призвести до втрати працездатності, можливості повернутись до збройних сил, жити повноцінним життям та соціально-культурно і професійно розвиватися. Реабілітація військовослужбовців може мати медичну, психологічну, професійну та екстрену сутність. І всі ці напрями потребують відповідних фахівців і матеріально-ресурсного забезпечення, яке закладено в механізмах регуляторної політики держави. Центральними державними органами, які відповідають за всі види реабілітації і координують з іншими органами процеси з нею пов'язані це Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство охорони здоров'я та Міністерство соціальної політики. Кожне з цих міністерств має свою зону відповідальності та здійснює регуляторну політику в сфері реабілітації військовослужбовців. Питання забезпечення медичної реабілітації віднесено до компетенції міністерства охорони здоров'я, соціальна адаптація, інтеграція, соціальний захист та працевлаштування віднесено до міністерства соціальної політики, а дослідження проблем військовослужбовців та ветеранів, формування державної політики з їх підтримки, розроблення стратегії всебічного захисту та забезпечення пільгами, оцінювання ефективності реабілітаційних процесів та створення електронних комунікаційних платформ, займається міністерство у справах ветеранів України.

Саме вдосконаленням існуючої інформаційної електронної платформи е-Ветеран займається міністерство, щоб максимально наповнити всім необхідним контентом, який потрібен військовослужбовцям та ветеранам в процесі реабілітації. Питання вдосконалення системи реабілітації для військовослужбовців і ветеранів має стати частиною концепції державної політики, щодо заохочення військовослужбовців та ветеранів у проходженні реабілітації після повернення з війни, підвищення обізнаності останніх щодо місць, де вони можуть отримати весь спектр необхідних послуг.

На даний час в Україні існує кілька регуляторних нормативно-правових документів, що забезпечують різні види реабілітації, зокрема Постановою

Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2023 року № 1270) затверджено «Порядок та умови надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб» Цей документ визначив загальні питання, процедури та умови надання психологічної допомоги. Зокрема постанова передбачає створення системи координації між різними державними установами та громадськими організаціями, які займаються питаннями реабілітації. Вона також встановлює стандарти надання психологічної допомоги, що включають діагностику, лікування та профілактику психічних розладів. Крім того документ регулює питання фінансування та контролю за якістю надання послуг та ефективним використанням бюджетних коштів.

Аналіз діючої нормативної бази як регулятора щодо реабілітації військовослужбовців і ветеранів війни дає можливість стверджувати, що існуючі правові акти не повністю відповідають викликам, з якими зіштовхується Україна під час військової агресії. Зокрема існуюча нормативна база не охоплює специфічні потреби військовослужбовців, які зазнали важких фізичних та психологічних травм під час бойових дій. Відсутність детальних процедур для надання допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) та інших психічних травмах значно обмежує можливості ефективного лікування цих станів. Є необхідність в розробленні спеціалізованих програм для таких випадків, що включають як медикаментозне, психотерапевтичне лікування так і форми соціальної адаптації та інтеграції. На даний час, на жаль, в Україні немає достатньої кількості спеціалізованих реабілітаційних центрів, які могли б надавати комплексну допомогу, це включає як медичну, фізичну, психологічну так і соціальну реабілітацію. Сьогодні гостро стоїть питання про створення або модернізацію існуючих центрів, щоб забезпечити доступ до якісної реабілітації всім постраждалим військовослужбовцям.

Регуляторною державною політикою станом на сьогодні не забезпечено належної координації між різними державними установами та

громадськими організаціями, що займаються реабілітацією. Відсутність чітких механізмів інтеграції зусиль різних структур призводить до дублювання функцій та неефективного використання фінансових і матеріальних ресурсів. Необхідно розробити механізми координації функціонування реабілітаційної системи України, що включають в себе спільні інформаційні бази даних, регулярні наради та координацію зусиль.

Також існує проблема кадрового забезпечення системи реабілітації. Недостатня кількість кваліфікованих реабілітологів, психологів, фізіотерапевтів та інших фахівців, що можуть входити в мультидисциплінарні команди, значно ускладнює процес надання реабілітаційних послуг. Необхідно збільшити державне замовлення щодо кількості навчальних місць у медичних закладах для підготовки таких спеціалістів, а також запровадити програми підвищення кваліфікації для існуючого персоналу на базі досвіду тих країн які пережили війну або перебувають в ній і напрацювали великий досвід реабілітації військовослужбовців, зокрема Ізраїль.

Одним з найактуальніших питань є фінансування реабілітаційних програм. Багато реабілітаційних центрів не отримують достатньо коштів для забезпечення якісних послуг. Необхідно збільшити фінансування з державного бюджету та залучати міжнародну донорську допомогу для підтримки та розвитку реабілітаційних програм. Нормативні акти не враховують потребу в психологічній підтримці сімей військовослужбовців які зіштовхуються з великими труднощами під час адаптації військовослужбовців до мирного життя після повернення з війни.

Важливим є питання адаптувати діючі закони та постанови до сучасних реалій, але й забезпечити їх практичну реалізацію через належне фінансування, підготовку кадрів, координацію між різними структурами і впровадження сучасних технологій у систему реабілітації. Тільки ефективне державне регулювання та комплексний підхід дозволить створити ефективну систему реабілітації військовослужбовців та ветеранів війни в Україні.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЗІ «ЙОДАДІН » В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГНІЙНО- ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

Нємченко І.І., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б ,

Прихідько Р.А., Краснов О.Г.

Полтавський державний медичний університет м. Полтава Україна

Вступ. Хірургічна інфекція в сучасних умовах є однією із найбільш складних, трудних і актуальних проблем медицини, які набувають соціально-екологічного значення в масштабах держави. Збільшення числа гнійно-некротичних уражень, післяопераційних гнійних ускладнень, випадків генералізації інфекції та різноманітних токсикоз-алергічних реакцій значно ускладнює розвиток хірургії.

Результати лікування хворих гнійною хірургічною інфекцією залишаються незадовільними. На фоні зниження загальної реактивності організму частота гнійних ускладнень після оперативних втручань зростає, а летальність залишається на рівні 30-40%, тому проблема ефективної дії на гнійну інфекцію і до теперішнього часу залишається невирішеною. Це пов'язано в свою чергу із змінами структури мікрофлори яка виділяється із джерела запалення та обумовлюють появу стійких штамів мікробів до застосовуваних препаратів.

Широке застосування антибіотиків призвело до виникнення антибіотикорезистентних збудників інфекції. Тому у терапії нагнійних процесів м'яких тканин увага більше акцентується на використанні нових антисептичних засобів.

За останні роки арсенал таких препаратів значно розширився за рахунок впровадження в практику нових препаратів в тому числі антисептиків із групи йодофорів.

Мета роботи визначити клінічну ефективності антисептичного препарату із групи йодофорів – мазі “ Йодадін ” в лікуванні хворих з гнійно – запальними процесами м'яких тканин різного генезу та локалізації.

В основу цієї роботи покладено результати лікування 26 хворих з гнійно – запальними процесами м'яких тканин, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні 3-ї МКЛ м. Полтави.

Пацієнти госпіталізовані у строки від 3 до 6 діб від початку захворювання з вираженими місцевими ознаками гнійного запалення: локальний біль в ділянці запалення, набряк, гіперемія, напруження шкіри. У більшості з них виявлені ознаки загальної інтоксикації.

Початку лікування в усіх випадках передувало пристальне клініко – лабораторне обстеження хворих. Крім загально – клінічних аналізів проводили бактеріологічне дослідження (кількісне і якісне) з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів, цитологічне дослідження

Лікування хворих проводилось комплексно. Усі госпіталізовані хворі в екстреному порядку під адекватним знеболенням були прооперовані. Після оперативного втручання, яке зводилось до розкриття гнійного осередку, максимальному видаленню некротизованих тканин, розкриття карманів та заплівів проводилось лікування ран під пов'язкою.

Оперативні втручання закінчували промиванням осередку 3% розчином перекису водню, після чого рану ретельно дренивали марлевими турундами просоченими 10% мазью “Йодадін”. Застосування в комплексному лікуванні мазі “Йодадін” було обумовлене перш за все довготривалою та високою осмотичною активністю мазі, що забезпечує гарну санацію рани від гнійного вмісту протягом доби, а також широким спектром антибактеріальної дії на основні збудники хірургічної інфекції. Пов'язку міняли 2 рази на добу протягом 5–7 днів. Після появи грануляційної тканини застосовували м'язі з незначною осмотичною активністю. Два рази на тиждень проводився бактеріологічний контроль за кількістю мікроорганізмів у 1 грамі тканини.

Системну антибактеріальну терапію призначали усім хворим починаючи з дня надходження хворого в стаціонар і протягом наступних 7-10 днів з метою ліквідації гострого гнійно-некротичного процесу та

попередження генералізації інфекційного процесу в післяопераційному періоді. Препарати вводили внутрішньовенно з урахуванням даних бактеріологічного видового складу мікроорганізмів в рані і чутливості їх до антибактеріальних препаратів

Результати досліджень.

В умовах радикальної хірургічної обробки гнійного осередку, системної антибактеріальної терапії, місцевого застосування мазі “Йодадін” у більшості хворих в короткий термін відмічали значне покращення загального стану, температура тіла нормалізувалась, зникали ознаки загальної інтоксикації. За результатами проведеного бактеріологічного дослідження нами встановлено, що вірулентність забруднення ран у хворих з гнійними ранами складала $10^6 - 10^9$ мікроорганізмів в 1 грамі тканини. При значних гнійно-некротичних ураженнях м'яких тканин в більшості випадків нами відмічена асоціація аеробної і анаеробної мікрофлори, а в деяких випадках виявляли від 3 до 6 видів аеробних, факультативно-анаеробних і облигатно-анаеробних неспороутворюючих бактерій

Таким чином більшість тяжких інфекційних процесів м'яких тканин за своїми клінічними проявами носять полімікробний характер, а висока мікробна забрудненість тканин гнійного осередку, яка перевищувала 10^5 бактерій в 1г тканини, завжди корельована з вираженістю запального процесу оточуючих тканин та запальною реакцією організму.

При використанні в місцевому лікуванні ран під пов'язкою мазі “Йодадін” спостерігали чіткий регрес запального процесу на що вказувало зменшення гіперемії шкіри, перифокального набряку та запальної інфільтрації тканин протягом 5-7 діб, зменшення кількості гнійного виділяемого, зникнення або зменшення інтенсивності больових відчуттів в ділянці рани. А вже на 10-14 добу від початку лікування відмічали зменшення нашарування фібрину, на дні рани з'явилися яскраво-рожеві грануляції, також відмічено появу краєвої епітелізації що свідчить про перехід раньового процесу з гнійно - некротичної фази в другу –

грануляційну. Це також було підтверджено результатами цитогам раньових відбитків. За їх даними запальний тип переходив з дегенеративно-запального в запально-регенеративний або регенеративний, про що свідчать збільшення в мазках-відбитках лімфоцитів, макрофагів та поява фібробластів. Про широкий спектр дії препарату “ Йодадін ” на патогенну мікрофлору свідчило і те що в більшості хворих виділення із ран стало серозним і прозорим вже на 6 – 8 добу від початку лікування, що також підтверджено результати мікробіологічних досліджень.

Так за результатами бактеріологічного дослідження кількість аеробних мікроорганізмів після використання даного препарату в 1г тканини рани зменшилось з 5×10^8 до $10^2 - 10^3$, мікробних тіл, тобто нижче критичного рівня, або ріст колоній мікроорганізмів був зовсім відсутній. Практично у всіх хворих відбулася елімінація анаеробних мікроорганізмів. Врахування клінічних проявів та результатів бактеріологічних і цитологічних досліджень дало нам змогу припинити антибактеріальну терапію вже на 8 – 10 добу (виключивши випадки поширених гнійних процесів), що позитивно позначилось на клінічному ефекті лікування.

Висновок:

Таким чином, використання в комплексному лікуванні хворих з гнійно-некротичними ураженнями м'яких тканин мазі «Йодадін», яка має високу бактеріологічну ефективність що підтверджено результатами бактеріологічного та цитологічного контролю, дає можливість скоротити терміни системної антибактеріальної терапії до 10 – 15 діб, тим самим значно зменшити витрати на закупівлю дорогих антибіотиків, уникнути формування резистентності до використовуваних антибактеріальних препаратів, сприяє більш швидкому очищенню та загоєнню ран і тим самим скорочує термін перебування хворих в стаціонарі,

КОРЕКЦІЯ ПАРАМЕТРІВ ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ З ПРИВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ МЕТАСТАЗІВ

Микитюк А.І.

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Вступ. Колоректальний рак (КРР) посідає одне з провідних місць серед поширених онкологічних захворювань у світі. У понад 50 % пацієнтів із КРР діагностуються метастази в печінку, а хірургічна резекція печінки залишається «золотим стандартом» для їх лікування, що покращує показники довготривалої виживаності. Однак у осіб похилого віку після таких втручань зростає ризик розвитку мальнутриції, яка взаємодіє із саркопенією — геріатричним синдромом, що характеризується прогресивною втратою м'язової маси, сили та функції та негативно впливає на післяопераційний перебіг та прогноз загалом.

Дослідження ефективності поєднання програми фізичної терапії з нутритивними втручаннями у зазначеній пацієнтській групі — похилого віку із саркопенією, після резекції печінки через КРР-метастази — залишається недостатньо вивченим. Вирішення цієї проблеми має значення для адаптації сучасних рекомендацій щодо мультидисциплінарного ведення онкопацієнтів, що включає нутриціологів, фахівців в галузі реабілітації, хірургів і онкологів; та для зниження ризиків ускладнень, прискорення відновлення та покращення виживаності й якості життя у цій складній категорії хворих.

Мета дослідження. Оцінити ефективність розробленої програми фізичної терапії у пацієнтів похилого віку після резекції печінки з приводу метастазів колоректального раку за динамікою показників харчового статусу (мальнутриції).

Матеріали і методи. Обстежено 96 пацієнтів віком 60–75 років (47 чоловіків і 49 жінок, середній вік $69,2 \pm 0,8$ року). Контрольна група (КГ) складалася з 33 осіб без онкологічних захворювань. Групу порівняння (ГП) склала 31 людина, які відновлювались у післяопераційному періоді згідно

рекомендацій зазначених клінічних протоколів – модифікація харчування (стіл по Певзнеру №5), рухові післяопераційні обмеження внаслідок наявності рубця черевної порожнини, інформація щодо особливостей подальшого спостереження та лікування. Основну групу (ОГ) склали 32 осіб, які у післяопераційному періоді проходили розроблену комплексну програму фізичної терапії тривалістю шість місяців із застосуванням терапевтичних вправ різної направленості (аеробних, силових, для покращення рівноваги), диференційованих згідно раннього та пізнього післяопераційних періодів, періоду хіміотерапії та віддаленого післяопераційного періоду, освітнього компоненту (зокрема щодо модифікації харчування, профілактики ризику падіння) з врахуванням індивідуальних цілей реабілітації. Первинне обстеження проводили перед операцією, повторне – через 6 місяців. Використовували опитувальники Mini Nutritional Assessment і Simplified Nutrition Assessment Questionnaire.

Результати. У пацієнтів з КРР-метастазами визначались розлади харчування, що були основою змін рухового статусу та функціональних можливостей. Відповідно їх корекція в рамках розробленої програми фізичної терапії сприяла покращенню загального стану здоров'я пацієнтів.

У контрольній групі показники SNAQ та MNA відповідали нормальному харчовому статусу. У групі порівняння після 6 місяців відзначалося покращення за шкалою SNAQ (27,3%, $p<0,05$) та підвищення результатів скринінгової частини MNA (16,9%, $p<0,05$), тоді як основна частина MNA знизилася (7,5%), що свідчить про збереження ризику мальнутриції. Загальний бал MNA зріс лише на 5,4%.

В основній групі, де застосовувалася програма фізичної терапії, динаміка була більш сприятливою: показники SNAQ збільшилися на 33,8% ($p<0,05$), скринінг MNA — на 21,6% ($p<0,05$), основна частина - на 8,5% ($p<0,05$; на відміну від ГП, де спостерігалось падіння), а загальний бал MNA — на 15,8% ($p<0,05$). Міжгрупові відмінності також підтверджують перевагу ОГ: якщо на початку дослідження групи практично не відрізнялися, то через

6 місяців результати ОГ перевищували ГП ($p < 0,05$) за основними показниками.

Висновки. Комплексна програма фізичної терапії у пацієнтів похилого віку після резекції печінки з приводу метастазів колоректального раку забезпечує достовірні переваги у відновленні харчового статусу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ АКТИВАЦІЇ У ЛІКУВАННІ БОЛЮ В ПОПЕРЕКУ У ПАЦІЄНТКИ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ

Миронюк Я.В.

Харківський національний університету імені В.Н. Каразіна.

Клінічний випадок

Пацієнтка Д. 26 років, сидяча робота, веде активний спосіб життя (5 тренувань в спортзалі на тиждень, 2 заняття гри в теніс на тиждень) первинно звернулась 29.04.2025 зі скаргами на болі в попереку, невизначеної етіології, що турбує протягом декількох тижнів. Проходила курс медикаментозного лікування, відмічала незначне покращення стану, після завершення курсу симптоматика повернулась. Болі оцінює на 5 балів за візуально-аналоговою шкалою(ВАШ). зі слів пацієнтки також проходить лікування сприводу тривожного розладу, з 2023 року приймала есциталопрам 20 мг на добу, за два місяці до первинного звернення сприводу болю в нижній частині спини припинила прийом. На момент огляду результати проходження особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності і скринінгу генералізованого тривожного розладу (ГТР7) 15 балів, що відповідає важкому тривожному розладу.

Лікувальна тактика:

Був призначений курс лікування з використання техніки нейром'язової активації(Neurac) на системі redcord сприводу болю в нижній частині спини. Початок курсу 11.05.2025, закінчення 21.06.2025, загальна кількість занять №10, періодичність відвідування 2-3 рази на тиждень з мінімальним

проміжком через день. 21.06.2025 оцінка болю за ВАШ 2 бали, за індексом інвалідності Освестрі 10%. На контрольному огляді 01.10.2025 0 балів за ВАШ, 2% за індексом інвалідності Освестрі, ГТР7 2 бали, за шкалою депресії, тривожності та стресу - Depression Anxiety Stress Scale 21(Dass 21) 6 балів по рівню стресу, 2 бали за рівнем депресії, що відповідає нормальному ступеню.

- Виявлено взаємозв'язок між інтенсивністю болю в попереку та рівнем тривожності/стресу.
- Припинення фармакотерапії тривожного розладу могло виступити тригером для загострення больового синдрому.
- Використання методики Neurac сприяло не лише зменшенню болю та покращенню функціонального стану, але й могло бути фактором позитивного впливу на психоемоційний стан пацієнтки.
- Це підтверджує мультифакторність болю в нижній частині спини та необхідність інтегративного підходу в ортопедії, що враховує психоемоційні чинники.

Висновки

1. Біль у нижній частині спини у молодих пацієнтів може бути тісно пов'язаний із рівнем тривожності та стресу.
2. При оцінці та лікуванні БНС доцільно враховувати психоемоційний статус пацієнта.
3. Методика нейром'язової активації (Neurac) є ефективним інструментом у комплексному лікуванні, забезпечуючи стійке зниження болю.
4. Наявна перспектива застосування ортопедичних та психоемоційних аспектів для досягнення стійкого клінічного ефекту.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА РІВНЯ КОРТИЗОЛУ НА РОЗВИТОК КАРІЄСУ У ДІТЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ: ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ

Мосієнко А.С., Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Максименко А.І.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

Психоемоційний стрес у дитячому та підлітковому віці розглядається як значущий фактор ризику порушень психічного і соматичного здоров'я. Він асоціюється з підвищеною ймовірністю розвитку депресії, тривожних розладів, екстерналізованої поведінки та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Війна є потужним джерелом стресогенних впливів, які включають безпосередній та опосередкований вплив бойових дій, вимушене переміщення, втрату соціального оточення й освітнього середовища, а також хронічну невизначеність життєвих обставин.

В Україні військові дії спричинили масштабне внутрішнє переміщення населення, серед якого значну частку становлять діти. Вони зазнають не лише психологічних травм, але й мають обмежений доступ до медичної, зокрема стоматологічної допомоги. Комбінація хронічного стресу, змінених побутових умов, нерегулярного харчування та недостатньої гігієни порожнини рота створює сприятливий ґрунт для розвитку стоматологічних захворювань, насамперед карієсу.

Ключову роль у реалізації стресових реакцій відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова (ГГН) система. Під впливом стресорів активується секреція кортизолу — головного гормону стресу. Підвищені рівні кортизолу призводять до: зміни складу та зниження буферної ємності слини, погіршення мікрокристалізації та антибактеріальних властивостей ротової рідини, зниження її ремінералізуючої здатності та місцевого імунітету. У результаті створюються умови для демінералізації емалі, підвищення карієсогенного потенціалу зубної бляшки та швидкого прогресування каріозного процесу.

У міжнародних дослідженнях активно вивчається взаємозв'язок між стресом, кортизолом та соматичним здоров'ям дітей. Дослідження в популяціях, що постраждали від воєнних дій (Smeeth et.all, 2022; Mohammad et.all, 2021; Hamid et.all, 2020), підтверджують, що хронічний стрес і травматичні події асоціюються зі змінами регуляції ГГН-осі, підвищеним рівнем кортизолу у слині чи волоссі, а також з симптомами ПТСР. У дітей з ПТСР частіше реєструються стоматологічні скарги, включаючи кровоточивість ясен, утруднене жування, болісність зубів і зниження якості життя, пов'язаної зі стоматологічним здоров'ям.

Дані українських досліджеників (Kolenko та співавт., 2024), демонструють наявність кореляції між підвищеним рівнем кортизолу та погіршенням стану пародонта у пацієнтів у період тривалого воєнного стану. Аналогічні механізми можуть бути релевантними і для пояснення високої поширеності карієсу серед дітей внутрішньо переміщених осіб, оскільки хронічний психоемоційний стрес безпосередньо впливає на функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи та властивості ротової рідини. Наші власні спостереження Olha Sheshukova et.all, 2024, підтверджують, що у дітей-ВПО частота каріозних уражень є статистично вищою, ніж у контрольних групах. Існує ймовірність, що підвищений рівень стресу корелює з кількістю каріозних порожнин і супроводжується зниженням буферної здатності слини. Зокрема, у групі дітей-ВПО поширеність карієсу становила 77,8%, а інтенсивність уражень за індексом $dmft+DMFT = 3,31 \pm 0,2$, що було достовірно вище, ніж у контрольній групі (66% та $1,91 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Показники гомеостазу ротової рідини також свідчили про більш виражені порушення: рівень рН був на 13% нижчим, а швидкість слиновиділення – у 1,3 раза меншою порівняно з дітьми контрольної групи ($p < 0,05$).

Психоемоційний стрес у дітей-ВПО проявляється підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, порушенням сну та труднощами у виконанні гігієнічних процедур. У більшості з них виявлено нерегулярний

догляд за порожниною рота, дефіцит фторвмісних профілактичних засобів та низьку стоматологічну освіченість батьків. Обмежений доступ до планових стоматологічних оглядів поглиблює проблему.

Профілактика карієсу у дітей внутрішньо переміщених осіб повинна мати інтегрований характер, оскільки дана категорія населення перебуває під впливом численних стресогенних та соціально-економічних факторів, що підвищують ризик стоматологічних захворювань. Медико-біологічний аспект включає регулярні профілактичні огляди, застосування ремінералізуючих та фторвмісних засобів, а також організацію професійної гігієни порожнини рота, що сприяє збереженню твердих тканин зубів та підвищенню резистентності емалі. Психологічний компонент передбачає впровадження програм зниження тривожності, надання психотерапевтичної підтримки дітям та їхнім батькам, а також проведення групових занять, що допомагають формувати навички подолання стресу та зменшують його негативний вплив на соматичне й стоматологічне здоров'я. Соціальний аспект полягає у створенні мобільних стоматологічних бригад у місцях проживання внутрішньо переміщених осіб, а також у проведенні просвітницьких заходів серед постраждалих родин з метою формування мотивації до збереження гігієни та профілактики карієсу. Науково-практичний напрям охоплює визначення рівня кортизолу у слині як простого та неінвазивного біомаркера, що дозволяє своєчасно ідентифікувати дітей з високим ризиком розвитку стоматологічних ускладнень та забезпечити їм індивідуалізовані профілактичні програми.

Таким чином, діти внутрішньо переміщених осіб належать до групи високого ризику розвитку карієсу внаслідок поєднання психоемоційного стресу, що веде до підвищеного рівня кортизолу, зниження захисних властивостей слини та соціально-економічних факторів. Комплексна інтегрована профілактика, яка поєднує медичні, психологічні, соціальні та науково-практичні підходи, є необхідною умовою для збереження їх стоматологічного здоров'я в умовах війни та післявоєнної відбудови.

Визначення рівня кортизолу у слині може слугувати перспективним біомаркером для прогнозування карієсогенної ситуації та своєчасного виявлення дітей із підвищеною вразливістю. Реалізація програм медичної та психосоціальної реабілітації сприятиме зниженню негативного впливу стресових чинників, формуванню ефективних профілактичних стратегій і забезпеченню кращої якості життя дітей-ВПО.

НУТРИТИВНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ, ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА СУЧАСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ У БОЛЕМ У НИЖНІЙ ДІЛЯНЦІ СПИНИ.

Овдій М.О., Яременко Л.М., Дмитренко А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Актуальність. Хронічний біль у нижній ділянці спини є провідною причиною інвалідності серед населення працездатного віку у світі та становить одну з найактуальніших проблем сучасної медицини та охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), опорно-рухові захворювання уражають понад 1,71 мільярда людей, а біль у попереку посідає перше місце серед причин зниження функціональної спроможності та якості життя в більш ніж 160 країнах світу. Ця патологія має значний медико-соціальний вплив, оскільки супроводжується зростанням економічних витрат на лікування, втратами працездатності та високим ризиком хронізації больового синдрому. ВООЗ розглядає нераціональне харчування разом із тютюнопалінням, гіподинамією та надмірним споживанням алкоголю, як один із чотирьох головних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань. Недостатність макро- та мікронутрієнтів негативно впливає на функціонування кістково-м'язової системи, тоді як надлишкове споживання висококалорійних продуктів сприяє набору маси тіла та підвищенню рівня прозапальних медіаторів. Відомо, що харчування впливає на перебіг хронічного болю через ряд механізмів. Насамперед, енергетичний дисбаланс і ожиріння створюють додаткове

механічне навантаження на поперековий відділ хребта та підтримують стан системного запалення. У рекомендаціях ВООЗ (2023) щодо реабілітаційного менеджменту болю у попереку вперше наголошено на доцільності включення до мультидисциплінарної команди спеціалістів із нутриціології та дієтології. Проте обсяг та конкретні алгоритми нутритивних втручань залишаються недостатньо визначеними, що підвищує актуальність даного питання.

Мета. Оцінити харчовий статус та раціон харчування пацієнтів з хронічним боєм у нижній ділянці спини для обґрунтування подальшої інтеграції нутритивної підтримки в реабілітаційний процес.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 195 осіб віком 18–60 років із хронічним неспецифічним боєм у попереку, які проходили амбулаторну реабілітацію на базі Університетської клініки НМУ імені О.О. Богомольця. Досліджуваням проведена оцінка харчового статусу за індексом маси тіла (ІМТ), режиму харчування (кількість прийомів їжі, перекуси, час вечері), а також якісний склад раціону відповідно до рекомендацій ВООЗ та МОЗ України.

Результати. Середній вік обстежених становив $32,7 \pm 12,7$ року; серед них 68% жінок та 32% чоловіків. За результатами оцінки ІМТ встановлено, що нормальний харчовий статус мали лише 43% учасників. Недостатній харчовий статус виявлено у 5%, надмірну масу тіла — у 36%, ожиріння I ступеня — у 12%, а ожиріння II ступеня — у 4% пацієнтів. У 48% учасників відзначалась відсутність повноцінного сніданку, 53% переїдали ввечері, 35% вечеряли після 20:00. Лише 44% щоденно вживали фрукти, 50% — овочі, 28% — крупи та злакові, тоді як бобові споживали лише 12%. Щоденне вживання насіння та горіхів було характерне для 3% та 7% респондентів відповідно. 65% учасників споживали рибу не частіше одного разу на тиждень, 43% м'ясо менше 5 разів на тиждень, а молочні продукти щодня — лише 20%. Разом із цим, виявлено високу частоту вживання продуктів із прозапальним потенціалом: мучних виробів (54%), кондитерських виробів

(51%), обробленого м'яса (31%). 46% пацієнтів споживали ≤ 1 л рідини на добу.

Висновки. Оцінка харчового статусу, режиму та раціону харчування пацієнтів із хронічним болем у попереку продемонструвала високий відсоток осіб із надмірною масою тіла та ожирінням, а також недостатній рівень дотримання сучасних рекомендацій щодо здорового харчування і режиму прийомів їжі. Це підкреслює необхідність систематичної оцінки харчового статусу, своєчасного виявлення його порушень та впровадження цілеспрямованих нутритивних інтервенцій для формування здорового харчового стереотипу. Пацієнти з виявленими порушеннями потребують обов'язкового залучення до мультидисциплінарної команди лікаря-ендокринолога та лікаря-дієтолога з метою оптимізації результатів реабілітаційного процесу. Інтеграція нутритивної підтримки в систему реабілітації є важливим напрямом підвищення ефективності та довгострокової стійкості результатів лікування.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

*Орлова Ю.А., Громова А.М., Талаш В.В., Мітюніна Н.І., Мартиненко В.Б.,
Крутікова Е.І., Ляховська Т.Ю., Прилуцька Н.О., Бережна В.А.*

Полтавський державний медичний університет

Запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) мають велику поширеність серед жінок репродуктивного віку серед усього переліку гінекологічних захворювань (до 65 % випадків). Вагомим є той факт, що ЗЗОМТ можуть рецидувати (до 25% випадків), призводити до таких ускладнень як безпліддя, розвиток злукового процесу органів малого тазу, настання ектопічної вагітності (ризик виникнення підвищується в 7-10 разів). Слід відмітити, що ЗЗОМТ також пов'язані з виникненням хронічного тазового болю та порушеннями менструального циклу. Все це впливає на якість життя жінки в різних сферах її життєдіяльності та потребує коректного

лікування (згідно чинним стандартам надання медичної допомоги) та реабілітаційних заходів в залежності від стадії захворювання.

Заходи реабілітації при ЗЗОМТ направлені у більшості випадків на корекцію гемодинамічних порушень органів малого тазу при даних захворюваннях, на відновлення нормального стану та функцій ендометрію та яєчників, на усунення спазмів гладкої мускулатури, на покращення лімфодренажної системи, а також на підвищення імунітету жінки в цілому.

Реабілітація при ЗЗОМТ має бути комплексною та може мати такі складові:

- вітамінотерапія, нормалізація здорового способу життя, дієтотерапія;
- гормональна терапія;
- нормалізація мікрофлори жінки;
- фізіотерапевтичні процедури;
- фізична терапія;
- проходження санаторно-курортної реабілітації;
- за необхідності: психологічна та психотерапевтична реабілітація.

У якості вітамінотерапії показане призначення ретинолу ацетату (вітамін А), токоферолу ацетату (вітамін Е), аскорбінової кислоти (вітамін С) також можливе призначення мікроелементів. Слід зазначити, що використання вітамінотерапії спрямоване на отримання антиоксидантної дії, сприяє відновленню та підвищенню регенеративних можливостей пошкоджених тканин та нормалізацію фазності менструального циклу після перенесених ЗЗОМТ. Призначення вітамінів групи В сприяє покращенню функціонування нервової системи та стимулюванню обміну речовин.

Гормональна терапія використовується для відновлення нормальної функції яєчників та стану ендометрію. У якості гормональної терапії можливо призначення монофазних низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів, що містять естроген та прогестерон та будуть прийматись під наглядом лікаря.

Відновлення біоценозу піхви та кишечника (проводиться одночасно) є важливим етапом реабілітації жінок з ЗЗОМТ особливо після отриманої антибактеріальної терапії. Важливість цього обумовлена тим, що при відмові від відновлення біоценозу лікувальний ефект переважно нетривалий з подальшими загостреннями та рецидуванням. Можливе використання пробіотиків, пребіотиків та синбіотиків.

Фізіотерапевтичні методи використовуються в залежності від стадії та виду ЗЗОМТ. Серед переліку можливих методів: електрофорез, ультразвук, магнітотерапія, мікрохвилі.

Фізична реабілітація при гострому перебігу ЗЗОМТ протипоказана та можлива не раніше, ніж через 2 місяці після хвороби при відсутності ознак запалення (підвищення температури, здвиг лейкоцитарної формули, підвищення маркерів запалення). При хронічному перебігу та ремісії виконуються дихальні вправи (для підвищення насиченням киснем тканин), вправи Кегеля (для підвищення тонуусу та зміцнення м'язового дна), аеробіка, зміцнення м'язів черевної стінки та спини, плавання.

Санаторно-курортна реабілітація можлива не раніше ніж через 8 тижнів після перенесеного гострого процесу та за відсутності ознак запального процесу.

Наслідки ЗЗОМТ в тому числі хронічний тазовий біль, непліддя можуть не тільки негативно сказатись на фізичному стані жінки, а й впливати на її психологічний стан, навіть призводячи до депресії. Таким чином, використання комплексного індивідуалізованого підходу до лікування та реабілітації жінок при ЗЗОМТ є досить вагомим, бо працює на упередження важких наслідків хвороби.

СИМПТОМАТИКА СТРЕСУ У КУРСАНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Охріменко І. М.¹, Пронтенко К. В.²

¹Національна академія внутрішніх справ, м. Київ, Україна

²Житомирський військовий інститут імені С. П. Корольова, м. Житомир,
Україна

Вступ. На сьогоднішній день в Україні проблема стресу набула особливої актуальності, а вміння справлятися з ним перетворилося на загальну потребу. У нашому суспільстві існує багато різноманітних професій, у тому числі ті, де виконання професійних обов'язків відбувається в екстремальних умовах, які призводять до стресового стану людини. Особливо це стосується працівників правоохоронних органів, службова діяльність яких здійснюється в досить складних умовах: агресивне комунікативне середовище, дефіцит робочого часу, висока відповідальність за результати діяльності, виникнення різного роду екстремальних ситуацій тощо. Не виключенням є й курсанти закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання – майбутні правоохоронці, навчально-службова діяльність яких під час війни також супроводжується впливом низки негативних стрес-факторів. У даній категорії осіб стрес виникає через високі психоемоційні навантаження, ризики для життя, суворі вимоги до службової діяльності та недостатню психологічну підготовленість, що може призводити до емоційного вигорання, зниження мотивації та проблем зі здоров'ям й ін. Високий рівень хвилювання за майбутнє своїх рідних і близьких людей, постійна загроза життю й здоров'ю, часті сирени про ракетну небезпеку та повітряні тривоги, перебої з електроенергією, мобільним зв'язком, необхідність навчатися на віддалених локаціях, що поєднані з високим рівнем відповідальності за результати навчання, значним зростанням обсягів практичної підготовки на полігонах та навчальної практики у практичних підрозділах поліції – це далеко не повний перелік причин виникнення стресу в майбутніх правоохоронців. У той час, стрес здатен виявлятися різними симптомами, як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях.

Мета дослідження: визначити симптоматику стресу у курсантів під час навчально-службової діяльності в умовах воєнного стану.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося у 2024-2025 навчальному році. До дослідження було залучено 276 курсантів 1-го (n=76), 2-го (n=72), 3-го (n=65) та 4-го (n=63) за спеціальністю «Право» на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти. У курсантів 1-го та 2-го курсів оцінювання симптомів стресу здійснювалося перед практичними заняттями на тренувальних полігонах (тривалість – 2-4 тижні) та після повернення з них, у курсантів 3-го та 4-го курсів – перед та після навчальної практики у підрозділах поліції (тривалість – в середньому 4 тижні). *Методи дослідження:* бібліосемантичний, психодіагностичний, статистичний. Для дослідження особливостей прояву симптомів стресу у майбутніх правоохоронців в умовах воєнного стану нами було використано тест Ю. В. Щербатих, який за відповідями дозволив вивчити різні прояви стресу – інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

Результати дослідження. Під час дослідження інтелектуальних симптомів стресу виявлено, що ще перед початком практичних занять на тренувальних полігонах та навчальної практики в підрозділах поліції у багатьох курсантів спостерігалися симптоми, що підкреслюють наявність у них стресу навіть у звичному режимі організації навчання: переважання негативних думок (від 26,9% на 4-му курсі до 32,9% на 1-му), постійне, безплідне обертання думок навколо проблеми (від 30,1% на 4-му курсі до 35,5% на 1-му), труднощі прийняття рішень (від 23,8% на 4-му курсі до 34,2% на 1-му), погані сни (від 20,6% на 4-му курсі до 26,4% на 1-му), бажання перекласти відповідальність на іншого (від 30,2% на 4-му курсі до 30,3% на 1-му), імпульсивність, необґрунтовані рішення (від 25,3% на 4-му курсі до 26,3% на 2-му). Звідси бачимо, що найбільш виражене погіршення вказаної тенденції спостерігалось у курсантів молодших курсів.

Аналіз динаміки поведінкових симптомів стресу у курсантів усіх років навчання засвідчив, що вони також мають тенденцію до погіршення у

процесі навчально-службової діяльності, однак негативні зміни є менш вираженими, порівняно з інтелектуальними симптомами. Найбільш вираженими серед поведінкових симптомів стресу у курсантів є: низька продуктивність діяльності (від 17,5% на 4-му курсі до 26,3% на 1-му), хронічна нестача часу (від 14,2% на 4-му курсі до 19,7% на 1-му), зростання помилок при виконанні типових дій (від 9,5% на 4-му курсі до 14,5% на 1-му), збільшення конфліктних ситуацій (від 4,8% на 4-му курсі до 10,5% на 1-му) тощо.

Оцінювання емоційних симптомів стресу у майбутніх правоохоронців під час навчально-службової діяльності в умовах війни засвідчило наявність негативної динаміки прояву більшості емоційних симптомів у курсантів усіх років навчання після практичних занять на полігонах та навчальної практики в підрозділах поліції. Найбільш вираженими на початку дослідження та, особливо, після повернення курсантів з полігонів та практики виявилися такі емоційні симптоми стресу, як: занепокоєння, тривожність (від 19,1-21,1% до практичних занять на полігонах та навчальної практики до 22,2-27,6% після), похмурий настрій (від 15,9-19,7% до 25,4-30,3%), дратівливість, напади гніву (від 12,7-15,8% до 22,2-26,3%), почуття відчуженості, самотності (від 9,5-14,5% до 14,3-19,7%). Інші емоційні симптоми (підозрілість, депресія, байдужість, зниження самооцінки, невдоволення собою, зменшення почуття впевненості в собі та ін.) також мають тенденцію до погіршення упродовж навчально-службової діяльності курсантів, однак рівень їх прояву та величина зміни є недосить вираженими. Найгірший рівень прояву емоційних симптомів стресу і до початку практичних занять на полігонах і навчальної практики, і після них, виявлено знову ж таки у курсантів молодших курсів.

Дослідження фізіологічних симптомів стресу у курсантів свідчить, що, як і за попередніми симптомами, спостерігається тенденція до збільшення фізіологічних симптомів стресу після повернення курсантів усіх курсів з виконання завдань на полігонах та навчальної практики у підрозділах поліції. Найбільш вираженими фізіологічними симптомами стресу є:

підвищена стомлюваність (до виконання завдань – від 11,1% на 4-му курсі до 19,7% на 1-му курсі; після – від 15,9% на 4-му курсі до 31,6% на 1-му курсі); зниження імунітету, часті нездужання (до – від 9,5% на 4-му курсі до 14,5% на 1-му курсі; після – від 12,7% на 4-му курсі до 21,1% на 1-му курсі); відчуття м'язового напруження (до – від 7,9% на 4-му курсі до 13,2% на 1-му курсі; після – від 9,5% на 4-му курсі до 19,7% на 1-му курсі); порушення процесів травлення (до – від 6,3% на 4-му курсі до 11,8% на 1-му курсі; після – від 7,9% на 4-му курсі до 18,4% на 1-му курсі); збільшення або втрата ваги тіла (до – від 7,9% на 4-му курсі до 9,2% на 1-му курсі; після – від 11,1% на 4-му курсі до 13,2% на 1-му курсі). Найбільш виражений прояв фізіологічних симптомів стресу спостерігається в курсантів молодших курсів. Найменш вираженими фізіологічними симптомами у курсантів в умовах війни виявилися: порушення свободи дихання; тремтіння рук, судоми; поява алергії, інших шкірних висипів; зміни артеріального тиску; прискорений або неритмічний пульс тощо.

Слід також зазначити, що після виконання завдань навчально-службової діяльності у курсантів усіх років навчання виявлено статистично вірогідне погіршення рівня стресу ($p \leq 0,05$). Разом із тим, якщо у курсантів старших (4-го та 3-го) курсів різниця між рівнем стресу до та після практики у підрозділах поліції становить 2,1 та 2,0 бали, то у молодших (2-го та 1-го курсів) курсів до та після практичних занять на тренувальних полігонах – 2,7 та 3,3 бали відповідно. Рівень стресу у курсантів усіх років навчання після виконання завдань навчально-службової діяльності хоч і погіршився, але все ж перебуває у межах помірного рівня.

Висновки. Досліджено динаміку прояву інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізіологічних симптомів стресу у курсантів різних років навчання (як майбутніх правоохоронців) в умовах війни. Найбільш виражений прояв усіх симптомів стресу виявлено саме у курсантів 1-го та 2-го курсів. Це свідчить про нагальну потребу в формуванні стресостійкості курсантів (насамперед початкових курсів) під час

навчально-службової діяльності для забезпечення ефективності їх підготовки в умовах воєнного стану та подальшої професійної діяльності у практичних підрозділах поліції. Разом із тим, слід приділяти увагу й формуванню навичок застосування ними доступних засобів та прийомів у профілактиці та протидії стресовим явищам.

ДИНАМІКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ТОТАЛЬНОЇ АРТРОПЛАСТИКИ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ТА ОЖИРІННЯМ ЗА FORGOTTEN JOINT SCORE-12 ПІД ВПЛИВОМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Парцей О.С.

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

Вступ. Високий рівень ускладнень після тотальної артропластики (ТА) кульшового суглоба (КС) у пацієнтів з ожирінням може бути обумовлений труднощами доступу до суглоба за рахунок великої кількості жирової та м'язової тканин, що може зробити операцію більш складною та тривалою, особливо за рахунок виконання розрізу та встановлення протеза. Крім того, спостерігаються не тільки підвищена травматизація м'яких тканин, подовження часу операції, а й підвищене навантаження на протез, що може призвести до його передчасного зношування, розхитування та вивиху. Крововтрата під час тотального ТА КС є причиною виникнення наступної анемії у пацієнтів, що негативно впливає на післяопераційне клініко-функціональне відновлення.

У той же час реабілітація після ТА КС у пацієнтів з ожирінням є періодом, який має надзвичайно важливе значення для якості життя пацієнта у післяопераційному періоді. Незважаючи на диференційовано описані принципи та методики реабілітації у осіб з ожирінням та після артропластики КС, їх поєднання у осіб похилого віку не досліджено, що зумовило актуальність виконання представленої роботи.

Мета: оцінити ефективність розробленої програми фізичної терапії для пацієнтів похилого віку з наслідками тотальної артропластики кульшового суглоба та ожирінням у віддаленому періоді після ендопротезування за динамікою функціональної здатності кульшового суглоба за Forgotten Joint Score-12.

Матеріал. У ході дослідження було обстежено 99 осіб похилого віку.

Контрольну групу (КГ) склали 34 особи, у яких в анамнезі не визначалось виконаної операції тотальної артропластики суглобів нижніх кінцівок, з нормальною масою тіла.

Групу порівняння (ГП) склали 33 особи з перенесеною тотальною артропластикою кульшового суглоба та з нормальною масою тіла.

Основну групу (ОГ) склали 32 особи з перенесеною артропластикою та з ожирінням. Для них була розроблена та впроваджена програма фізичної терапії тривалістю три місяці із застосуванням терапевтичних вправ на підвісній системі «Redcord NEURAC», для покращення сили, гнучкості, тренування ходи, вправ для рівноваги на платформах BOSU, масаж оперованої нижньої кінцівки, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, освітній компонент (модифікація харчування). Ефективність оцінювали за результатами візуальної аналогової шкали болю, Forgotten Joint Score-12.

Результати. При розпитуванні пацієнтів встановлено, що при первинному обстеженні наявність суб'єктивних та об'єктивних ознак неповного відновлення функції КС не дозволяла повністю «забувати» про наявність суглоба під час виконання різних функціональних активностей, що визначено за результатами FJS-12. Параметри ГП становили $86,15 \pm 2,03$ бали (з 100 можливих балів), ОГ – $58,27 \pm 1,45$ балів ($p < 0,05$), тобто функціональний результат у осіб з нормальною масою тіла був кращим.

При повторному обстеженні за результатом FJS-12 визначено покращення стану осіб ОГ на 36,3% ($p < 0,05$ відносно вихідного результату) - пацієнти часто «забували» про існування суглобу, тобто не виникало суб'єктивних скарг при виконанні більшості різнопланових активностей.

Проведене нами дослідження продемонструвало негативний вплив наявності ожиріння на функціонування оперованої кінцівки у віддаленому періоді артропластики у пацієнтів похилого віку. Це обґрунтовує комплексний підхід з врахуванням геріатричних особливостей, зменшення вираженості саркопенії, що полегшує виконання рухових функцій та загальне самопочуття

Висновки. Засоби фізичної терапії доцільно призначати для корекції ознак дисфункцій оперованої кінцівки у пацієнтів похилого віку з ендопротезом кульшового суглоба та ожирінням.

СЕРВІСНИЙ СУПРОВІД ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Пастущенко І.П.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л.Шупика, Київ, Україна

Забезпечення реабілітаційними послугами військовослужбовців це процес складний, багатогранний і психоемоційний, особливо на початку, коли відсутня адаптація до нового місця перебування та умов проведення.

Слід зазначити, що в медичні заклади звертаються військовослужбовці уже з конкретними проблемами зі здоров'ям. І на цьому етапі дуже важливо забезпечити йому коректність пересування та комфортність перебування і ефективність реабілітаційного процесу.

Коли військовослужбовець звертається до закладу охорони здоров'я, то потребує не просто лікування, а реабілітації за багатьма чинниками. Він розраховує на зручність та доступність. Пацієнту важливо розуміти, куди, до кого, в який час звертатися, та не марнувати часу в чергах. Саме для цього існують клінічні й сервісні маршрути, що передбачають системний підхід до надання медичних реабілітаційних послуг. Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня ім. Ю. Семенюка» (далі — РОКЛ) уже використовує ці інструменти на практиці, за їх

допомогою змінює взаємодію пацієнта із закладом охорони здоров'я і перетворює хаотичність процесу на комфортний шлях від реабілітації до одужання.

Сервісний центр – це структурний підрозділ, який займається вибудовуванням та супроводом маршрутів, які необхідні для реабілітаційного обслуговування пацієнта різними фахівцями в межах медичного закладу або реабілітаційної установи.

Сервісний маршрут пацієнта — це шлях пацієнта, який охоплює всі етапи його взаємодії з закладом охорони здоров'я: від першого звернення (телефоном, онлайн або через реєстраційний термінал) до завершення отримання реабілітаційних послуг.

Взаємодія в межах сервісного маршруту включає п'ять етапів:

1. Запит пацієнта — телефоном, через термінал, онлайн через сайт закладу.
2. Реєстрація запиту в медичній інформаційній системі (МІС).
3. Створення клінічного маршруту відповідно до скарг та необхідних обстежень.
4. Сервісний супровід за допомогою SMS, навігації, інформування.
5. Збирання зворотного зв'язку.

Сервісні маршрути пацієнта— це живий організм. Вони постійно еволюціонують відповідно до запитів пацієнтів, внутрішніх змін у закладі та регуляторних вимог Національної служби здоров'я України. Наприклад, постійні оновлення в кодуванні діагностичних послуг вимагають від координатора знати, чи достатньо пацієнту направлення сімейного лікаря, щоб отримати певну послугу, чи ще потрібні консультації різних профільних спеціалістів.

Мета сервісних маршрутів — забезпечити комфорт, безпеку, швидкий доступ до потрібних послуг і створити позитивне враження перебування пацієнта в закладі. Їх впровадження дає змогу уникати непорозумінь і втрати зайвого часу та оптимізувати роботу персоналу.

Коли реєстратор формує клінічний маршрут реабілітаційного процесу, то враховує не лише електронні направлення, а й скарги пацієнта, наявні обстеження, вік, стать, фізичні особливості, а також особисті побажання щодо лікаря, дати та часу прийому, психоемоційний стан тощо. Тобто, щоб вибудувати клінічний маршрут, реєстратору необхідно врахувати сервісні аспекти реабілітаційного процесу.

Сервісні реабілітаційні маршрути відрізняються від клінічних тим, що зосереджуються не на лікувально-діагностичних маніпуляціях, а на організації взаємодії, орієнтації пацієнта та створенні позитивного враження від обслуговування. Водночас вони тісно пов'язані і мають спільне завдання — забезпечувати високу якість медичної реабілітаційної допомоги.

Стратегічне завдання сучасного закладу охорони здоров'я — пацієнторієнтований підхід. Для того щоб його забезпечити, РОКЛ розпочала управлінські зміни. Їх основою стало впровадження клінічних маршрутів, розвиток сервісного супроводу та цифрових сервісів. Із 2021 року тут діє сервісний центр — структурний підрозділ, що відповідає за якісну комунікацію з пацієнтами, підтримку інформаційного супроводу та навігацію в межах медичного закладу. У фокусі закладу — пацієнт, його комфорт, безпека та інформованість

Досвід РОКЛ свідчить: системна побудова клінічних та сервісних маршрутів — основа сучасного ефективного управління. Вона оптимізує внутрішні процеси, забезпечує прозору логістику пацієнтів, мінімізує конфліктні ситуації та підвищує ефективність роботи персоналу.

У контексті реформи сфери охорони здоров'я та автономізації закладів охорони здоров'я такі інструменти мусять стати стандартом організації медичного реабілітаційного процесу. Це шлях до якісного, доступного, комфортного та сучасного медичного обслуговування, яке повинно відповідати стандартам реабілітаційної допомоги та потребам пацієнта.

МЕДИКАМЕНТОЗНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРУ, УСКЛАДНЕНОГО ТРАВМОЮ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА.

¹Поліщук С. С., ¹Барило О. С., ¹Фурман Р. Л., ²Кузько О. В., ²Свистунов Д. М.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
м. Вінниця.

²КНП Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м.
Вінниця.

Вступ. В клінічній практиці досить часто спостерігається наявність післяопераційних ускладнень після проведення операцій в ділянці нижньої щелепи. Такими ускладненнями є неврит та невропатії нижньощелепового нерва. Вони часто виникають як ускладнення при проведенні операції хірургічного видалення 3 нижніх молярів. Ускладнення, які виникають після оперативних втручань в ділянці 3 нижніх молярів, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не лише як загальномедична, але і як соціально-економічна.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої задачі нами було проведено післяопераційне лікування 30 хворих з клінікою пошкодження нижньоальвеолярного нерву. Пацієнти, в яких під час обстеження було клінічні ознаки пошкодження нижньоальвеолярного нерву (анестезія зони іннервації, гіперестезії, парестезії) в післяопераційному періоді після видалення 3 нижніх молярів були поділені на 2 клінічні групи: основна група та група порівняння.

В групу порівняння увійшли 15 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось використання антибіотика широкого спектру дії терміном 10 діб (цефтріаксон) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально.

В основну групу увійшли 15 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось така ж терапія, як в групі порівняння та додатково вводився препарат Нуклео ЦМФ форте парентерально (в/м) в дозі 3 мл. один раз на добу 10 ін'єкцій.

Для порівняння було відібрано наступні показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантаженні, печіння, аллодинія (спотворений біль), поколювання, та данні об'єктивного обстеження – порушення тактильної чутливості, порушення температурної чутливості, порушення больової чутливості язика. Скарги оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність скарг, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Нами було проаналізовано симптоми пацієнтів, що віддзеркалюють клініку пошкодження нижньоальвеолярного нерву, протягом періоду лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. Хворим використовувався препарат Нуклео ЦМФ форте терміном 10 діб (починаючи з 3 доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші 3 дні припадає гострий період коли різко порушена гемодинаміка тканин та знижується ефективність препарату.

Результати. Після проведеного спостереження було виявлено позитивну динаміку в скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції нижньоальвеолярного нерву, як в порівняльній так і основній групі. Так, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась в 2 рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат Нуклео ЦМФ форте, знизився в 10,6 рази ($p < 0,05$). Показник болю при навантаженні суттєво не відрізнявся між групами і їх регрес становив 1,76 ($p > 0,05$) і 1,61 ($p > 0,05$) рази відповідно. Скарги, що напряду характеризують функцію нижньоальвеолярного нерву, мали наступні показники: в порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,67 рази ($p > 0,05$), аллодинія (спотворення болі) – в 2,32 рази ($p > 0,05$), відчуття поколювання – в 2 рази ($p > 0,05$), крампії (посмикування) – в 1,82 рази ($p > 0,05$). Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування *були відсутні* ($p < 0,05$).

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від нижньоальвеолярного нерву. Так видно, що в групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням Нуклео ЦМФ форте. Тут відбулось значне покращення в усіх показниках (відповідно на 65,07% ($p < 0,05$), 67,75% ($p < 0,05$), 60,41% ($p < 0,05$)).

Висновки. Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання. Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижньоальвеолярного нерву.

ЗАХОДИ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Полтава В. С., Ляхова Н. О., Подвін А. М., Краснова О. І., Хорош М. В.

Полтавський державний медичний університет

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), репродуктивне здоров'я — це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя. Він характеризує здатність до: зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей, зокрема попередження небажаної вагітності.

Ризики для репродуктивного здоров'я наступні:

- Спосіб життя. Хронічний стрес, низька фізична активність, невпорядковані статеві зв'язки, незбалансоване харчування, відсутність режиму навчання й відпочинку тощо.
- Вживання тютюну, алкоголю, наркотиків.

- Екологія. Забруднення навколишнього середовища, високий рівень радіації тощо.
- Соціальне середовище. Низький рівень життя, безробіття тощо.
- Спадковість.
- Недоступність або низька якість медичних послуг.
- Недоступність послуг з консультування та інформування.

Згідно з українськими та світовими даними, основні проблеми репродуктивного здоров'я – це материнська і дитяча смертність; інвалідність серед дітей; високий рівень абортів; невиношування вагітності; високий рівень ускладнень вагітності та пологів; поширеність жіночої та чоловічої безплідності; захворюваність населення на ЗПСШ.

Отже, розробка і впровадження програм щодо збереження репродуктивного здоров'я є вкрай важливим для населення як територіальних громад, так і країни в цілому.

Метою роботи було проаналізувати підґрунтя впровадження пілотного проєкту щодо збереження репродуктивного здоров'я, який впроваджується в Полтавський територіальній громаді. Матеріалами дослідження слугували періодичні видання та інтернет-ресурси. Використані наступні методи: бібліосемантичний та контент-аналіз.

Перша обласна програма відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки» була прийнята саме на Полтавщині. Також Полтавська область була однією з перших, яка почала виділяти кошти на скринінг РШМ.

З 2022 року в Україні егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я та за підтримки Фонду ООН у галузі народонаселення працює робоча група з сексуального та репродуктивного здоров'я. Ця група об'єднує людей як державних, так і неурядових організацій. Ідеологом цієї групи є Фонд ООН у галузі народонаселення, його фахівці. На сьогоднішній день в Полтавській області проводиться робота, яка пов'язана з двома основними пріоритетами – попередження онкологічних захворювань у жінок та інклюзивний підхід.

Триває робота щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення Міністерством охорони здоров'я України за підтримки ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», лідерської позиції Фонду ООН в галузі народонаселення були прийняті ряд наказів, які започаткували скринінг і ранню діагностику РШМ. З метою профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень у 2025 році в Україні набрав чинності Порядок скринінгу і ранньої діагностики РШМ та моніторингу стану здоров'я пацієнток з груп ризику. Відтепер в Україні запроваджується комплексна система профілактики цього захворювання, яка базується на сучасних наукових підходах і рекомендаціях ВООЗ. Ця програма дозволить своєчасно виявляти передракові стани серед жінок в Україні та зменшити захворюваність на РШМ. Відтепер скринінг на РШМ отримав свій «золотий стандарт». Він належить до переліку медичних послуг, які забезпечуються надавачами первинної медичної допомоги, і проводиться за чітко визначеним алгоритмом». На сьогодні проводиться інтеграція програм скринінгу РШМ у практику первинної медико-санітарної допомоги, покращується доступ жінок до послуг із сексуального та репродуктивного здоров'я, працюють кабінет безбар'єрного доступу та медичні мобільні бригади.

В Полтавській області у структурі захворюваності жіночого населення захворюваність на злоякісні новоутворення РШМ займає 5-те місце. Захворюваність жіночого населення на злоякісні новоутворення репродуктивних органів є не лише медичною, але й соціальною проблемою, оскільки суттєво впливає на демографічну ситуацію. В умовах значного навантаження на медичну галузь особливої актуальності набуває впровадження ефективних стратегій скринінгу та ранньої діагностики РШМ. Завданням пілотного проєкту є покращення якості ранньої діагностики і скринінгу РШМ, розширення моніторингових складових та планування подальшої роботи в цьому напрямку.

Повномасштабне вторгнення вносить свої корективи і в проблему збереження репродуктивного здоров'я, через високий рівень зовнішньої та внутрішньої міграції частка жінок репродуктивного віку в області зменшилась, проте відмічається зростання проблем в акушерстві та гінекології, інших суміжних спеціальностях. На сьогодні існує велика низка проблем у жінок 40+, зокрема, значний зріст онкозахворюваності та онкозанедбаності, РШМ, раку молочних залоз, захворювань, які пов'язані з жіночим соматичним станом. Лікарі-онкологи зазначають, що велика кількість жінок різного віку не завжди своєчасно звертають увагу на своє здоров'я. РШМ «помолодшав», з кожним роком все більше виявляється він у дівчат і молодих жінок. Перші випадки вперше в житті встановлюються в 25-29 років, найбільша кількість – в 45-49 років. На жаль, майже третина хворих на РШМ виявляється вже у занедбаній стадії. Несвоєчасне звернення за медичною допомогою призводить до зменшення відсотка діагностованих злоякісних новоутворень РШМ на ранніх стадіях онкологічного процесу в порівнянні з 2024 роком та відповідно до збільшення рівня занедбаності цієї патології із 25,0% у 2022 році до 38,5% за 2024 рік Це значний виклик для системи охорони здоров'я в умовах надзвичайно обмеженого фінансування.

Пілотний проєкт щодо збереження репродуктивного здоров'я, який впроваджується в Полтавський територіальній громаді, реалізується за ініціативи Фонду ООН у галузі народонаселення у співпраці з Благодійною організацією «Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї». Головними аспектами проєкту є дослідження якості та ефективності впровадження скринінгу раку шийки матки (РШМ) у Полтавській області, покращення доступу жінок і дівчат до медичних послуг та надання допомоги закладам охорони здоров'я області у покращенні роботи.

Заплановані подальші кроки реалізації пілотного проєкту на Полтавщині: створити робочу міжсекторальну групу з реалізації проєкту, провести обласну конференцію з обговорення актуальних питань ранньої

діагностики та скринінгу РШМ, розробити інформаційну кампанію та інші заходи.

Таким чином, впровадження Проєкту, спрямованого на ранню діагностику та скринінг раку шийки матки, доступність профілактичних послуг для жінок і розробку оптимального маршруту пацієнток, є цілком обґрунтованим і вкрай актуальним для збереження репродуктивного здоров'я населення в Полтавській територіальній громаді.

МОНОТИПІЯ ЯК АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНА ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ РІВНОВАГИ ВІЙСКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Поцулко О.А., Барась А.А.

Донецький національний медичний університет

м. Кропивницький, Україна

Специфіка служби військовослужбовців полягає в необхідності виконання професійних обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів, пов'язаних із бойовими діями, в зв'язку з чим вони можуть бути віднесені до групи ризику розвитку соціально-психологічної дезадаптації. Виконання складних бойових завдань у військовослужбовців, як правило, супроводжується зниженням психологічних резервів організму, призводить до порушень життєдіяльності, несприятливих особистісних змін, які в подальшому негативно позначаються на загальному стані здоров'я, працездатності, стосунках з оточуючими тощо.

Мета психологічної реабілітації покликана відновити психічне здоров'я і соціальну поведінку особистості в суспільстві. Залежно від глибини ПТСР та індивідуальних особливостей військовослужбовців – учасників бойових дій можна визначити завдання психологічної реабілітації: 1) повернення військовослужбовців до бойового строю; 2) підготовка до активної професійної діяльності та перехід на вищий рівень; 3) підготовка до життя в умовах мирного суспільства; 4) повернення бажання жити, не допускаючи

при цьому емоційно-психічних зривів; 5) формування мотивації до висхідної мобільності в нових умовах; 6) нормалізація психічного стану; 7) відновлення порушених або втрачених особою психічних функцій; 8) гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо); 9) надання допомоги для налагодження конструктивних відносин з референтними особами і групами.

Останнім часом спостерігається інтенсивне впровадження нових методів і технологій діагностики, лікування, корекції та профілактики стресових впливів у процес комплексної реабілітації військовослужбовців, які були учасниками бойових дій.

Розглянемо один із видів арт-терапевтичної технології – монотипію, спрямовану на розвиток креативності, особистісної гнучкості, тобто на свободу самовираження. Саме це, на наш погляд, зможе як найкраще допомогти в процесі психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. Монотипія – це унікальна техніка, що поєднує в собі якості естампа та живопису. Монотипія – вид друкованої графіки, винахід якого приписується італійському художнику і граверу Джованні Кастільоне (1607-1665 рр.). Техніка отримала розповсюдження з кінця XIX століття, її поширювали Уїльям Блейк, Едгар Дега. Можна говорити, що першими монотипістами, напевно, були ще стародавні люди, що залишали сліди відбитків своїх долонь на стінах печер.

Сама техніка полягає в нанесенні фарб на гладку поверхню друкарської форми зі скла (паперу, міді тощо) з подальшим друкуванням на верстаті; отриманий на папері відбиток завжди буває неповторним, унікальним. Папір поміщають на поверхню форми і щільно притискають його (або, якщо поверхня прозора, можна перевернути її на аркуш паперу). На папері утворюється відбиток з незвичайними візерунками, які не можуть бути повторені художником. Образ на відбитку носить випадковий характер.

У психології та педагогіці використовують техніку монотипії для розвитку уяви та креативності, тому що монотипія – це дивовижний жанр, який по суті займає серединну позицію між живописом і графікою, між мистецтвом і психологією. Монотипія – це спосіб свободи самовираження, це проекція внутрішнього світу. Тому щирість жанру безперечна. Це та тонка матерія, яка зараз майже загублена в образотворчому мистецтві. Це – одне торкання, дотик, натискання і в результаті ми маємо художній твір!

Для творів, що виконані в техніці монотипії, характерними є тонкість кольорових відношень, плавність та м'якість обрисів форм, що зовні зближує монотипії з аквареллю. В якості фарб для монотипії можуть використовуватися будь-які – акварель, гуаш, темпера, акрил, олія, офортні, типографські, які можна застосовувати як з розчинниками, так й в первинному вигляді. В якості поверхні, на яку наносяться фарби, можна використати: папір, картон, пластик, пластини з різних металів, скло, фанера, полотно, дерево, камінь – все залежить від того, яку фактуру автор бажає отримати. Фарба наноситься на поверхню різними інструментами: руками, долонями, пальцями, пензликами, шпателями, валиками з різними фактурами.

Види поверхонь, на які друкують відбиток – найчастіше, це – папір, але може бути й пластик, фанера, камінь, скло, метал, полотно, тканина. Як бачимо, монотипія вже на стадії підготовки надає широкі можливості для фантазування і творчості. Отриманий відбиток можна як залишити в первинному виді, так й домалювати до закінченого образу, який проявляється в фарбах. Контролювати процес створення монотипій можливо лише досить умовно. Все, що підвладно художнику – це вибір кольору, густоти розведення і типу фарби, а також час створення відбитка – можна зачекати, поки фарба трохи підсохне, притискати малюнок надовго, а можна відразу прибирати.

Техніка монотипії адекватна для використання з тими, хто боїться малювати (у нашому випадку це військовослужбовці – учасники бойових

дій), тому що нічого не вийде, тому що останній раз тримав пензлик ще в початковій школі. Завдяки монотипії виявляється, що в кожному «спить художник» і треба його лише розбудити!

Отже, монотипія як арт-терапевтична технологія, котра спрямована на створення ситуації успіху, формування позитивної самооцінки, мотивації досягнення, надання індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування, підвищення рівня саморегуляції, є специфічним видом психологічної реабілітації, що надається військовослужбовцям – учасникам бойових дій.

СТРАТЕГІЯ ЕНЕРГОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОГРАМАХ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ УСІХ КАТЕГОРІЙ

В.Ф. Почерняєва

Полтавський державний медичний університет. М.Полтава. Україна

Провідну роль у процесах вироблення енергії в клітинах відіграють мітохондрії (МХ). Протягом життя в мітохондріях утворюються активні форми кисню (АФК). Саме вони викликають ушкодження ДНК, сприяють онкогенним мутаціям.

АФК можуть реалізувати свій ушкоджувальний потенціал при запаленні, дефіциті компонентів системи антоксидатного захисту, дії цитостатиків та інших ксенобіотиків, іонізуючого та сонячного опромінення, потужного електромагнітного поля. Посилення утворення АФК спостерігається також при наростаючих процесах старіння. МХ є не тільки головним джерелом виробництва АФК, але й головною мішенню їхньої ушкоджувальної дії. АФК у МХ веде до розвитку патологічних процесів в організмі.

Саме мітохондріальна дисфункція відіграє вирішальну роль у реалізації ушкоджувальної дії токсикантів різної природи, особливо на ті органи і тканини, які характеризуються високим рівнем енергетичного обміну. Отже, мітохондріальні дисфункції виникають як наслідок

ушкодження структур МХ під впливом вільнорадикальних процесів (ослаблення системи антиоксидантного захисту або недостатчі компонентів для їх синтезу), порушення роботи дихальних комплексів, тривалого вживання цитостатиків, нестероїдних протизапальних лікарських засобів, глюкокортикоїдів, алкоголю. Унаслідок цього порушується енергетичний обмін і наростає гіпоксія. Отже, гіпоксія має характер універсального патологічного процесу. Незалежно від специфіки ушкоджувального фактора гіпоксія супроводжує практично всі форми патології.

Корекція енергетичного дисбалансу – важке і трудомістке завдання, в основі якого лежить розуміння роботи дихального ланцюга і циклу Кребса..

Стратегія енерготропної терапії передбачає такі завдання:

- Активувати доставку кисню
- Гальмувати активність гліколізу
- Нормалізувати роботу кисень-транспортних систем енергозбереження
- Активувати мітохондріальні системи енергозабезпечення
- Комплексно діяти на всі ланки енергетичного обміну задля запобігання тканинної гіпоксії

Така стратегія метаболічної енерготропної терапії спрямована на підвищення ефективності тканинного дихання і окислювального фосфорилування шляхом додаткового введення коферментів і вітамінів (тіамін, рибофлавін, піридоксин, ліпоєва кислота); препаратів, які посилюють антиоксидантний захист і запобігають вільно радикальному ушкодженню мембран мітохондрій (віта-мелатонін, аскорбінова кислота, токоферол, біофлавоноїди, бета-каротин, альфаліпоєва кислота).

Така стратегія дає можливість скоротити терміни фізичної реабілітації пацієнтів усіх категорій.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ НЕЙРО-М'ЯЗОВОЇ АКТИВАЦІЇ (NEURAC)

Олег Рукавіцин

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини

Аспірант кафедри «Фізичної терапії та реабілітаційної медицини»

II Медичного факультету ХНУ ім. В. Н. Каразіна

1. Вступ

Пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ) – одна з найчастіших травм колінного суглоба, особливо у спортсменів та людей з активним способом життя. Щороку у світі реєструється до 200 000 розривів, в Україні – 3–4 тисячі. Золотим стандартом лікування є артроскопічна реконструкція, однак відновлення функції колінного суглоба значною мірою залежить від правильно організованої реабілітації. Недостатня увага до нейро-м'язової адаптації підвищує ризик повторних травм і розвитку посттравматичного остеоартриту, тому важливим є пошук методів, що відновлюють не лише силу та об'єм рухів, а й нейро-м'язовий контроль.

2. Мета

Оптимізувати процес реабілітації пацієнтів після пластики ПХЗ за допомогою методу нейро-м'язової активації та визначення його впливу на швидкість відновлення, зменшення болю та покращення функціональної активності на прикладі клінічного випадку.

3. Опис клінічного випадку

Пацієнт: Жінка, 28 років, професійна спортсменка.

Скарги: На біль, набряк та обмеження рухів в лівому колінному суглобі, порушення функції опори та акту ходьби.

Діагноз: Травматичний розрив ПХЗ, передньо-медіальна нестабільність лівого колінного суглоба.

Операція: Артроскопічне відновлення цілісності ПХЗ лівого колінного суглоба.

Методи реабілітації: Реабілітацію було розпочато через 3 тижні після операції. На перших етапах застосовувалися методи для зменшення набряку, запалення та болю, а також різні мануальні техніки для збільшення об'єму рухів в суглобі. Після застосовувалися терапевтичні вправи, у тому числі метод нейро-м'язової активації (Neuras) на підвісній реабілітаційній системі Redcord для збільшення функціональної активності м'язів, стабільності суглобів та відновлення нейро-м'язового контролю.

4. Динаміка та оцінка ефективності

Для оцінки динаміки та ефективності реабілітації використовувалися різні ортопедичні, функціональні тести та опитувальники:

Початок реабілітації:

- Тест Лахмана - негативний.
- Time up and go test - 21 с.
- Гоніометрія: активне згинання - 50°; пасивне згинання - 70°; активне розгинання - 15°; пасивне розгинання - 10°.
- Динамометрія: квадріцепс - 120 Н; хамстринг - 100 Н; співвідношення квадріцепс/хамстринг - 120%; симетрія між кінцівками - 35%.
- Опитувальники:
 - 1) ВАШ - 2
 - 2) IKDC - 67
 - 3) Lysholm Knee Scoring Scale - 60
 - 4) EQ-5D-5L - 0,55

Кінець реабілітації (5 місяців після операції):

- Тест Лахмана - негативний.
- Time up and go test - 7 с.
- Hop test: One-leg hop for distance - 90%
- Hop test: Triple hop for distance - 90%
- Hop test: Crossover hop for distance - 85%
- Hop test: 6-m timed hop - 105%

- Гоніометрія: активне згинання - 140°; пасивне згинання - 160°; активне розгинання - -5°; пасивне розгинання - -5°.

- Динамометрія: квадріцепс - 300 Н; хамстринг - 200 Н; співвідношення квадріцепс/хамстринг - 150%; симетрія між кінцівками - 86%.

- Опитувальники:

- 5) ВАШ - 0

- 6) IKDC - 90

- 7) Lysholm Knee Scoring Scale - 92

- 8) EQ-5D-5L - 0,9

Через 12 місяців після операції:

- Тест Лахмана - негативний.

- Time up and go test - 5 с.

- Hop test: One-leg hop for distance - 98%

- Hop test: Triple hop for distance - 100%

- Hop test: Crossover hop for distance - 97%

- Hop test: 6-m timed hop - 100%

- Гоніометрія: активне згинання - 145°; пасивне згинання - 160°; активне розгинання - -5°; пасивне розгинання - -5°.

- Динамометрія: квадріцепс - 350 Н; хамстринг - 220 Н; співвідношення квадріцепс/хамстринг - 160%; симетрія між кінцівками - 98%.

- Опитувальники:

- 9) ВАШ - 0

- 10) IKDC - 100

- 11) Lysholm Knee Scoring Scale - 100

- 12) EQ-5D-5L - 1

5. Обговорення

Клінічний випадок відрізняється від стандартного перебігу після пластики ПХЗ тим, що завдяки інтеграції методу нейро-м'язової активації (Neuras) у протокол реабілітації пацієнтка повернулася до професійного спорту вже через 5 місяців, тоді як звичайний термін становить 6–9 місяців.

Застосування Neuras сприяло швидшому відновленню нейро-м'язового контролю, симетрії та координації, що знизило ризик повторної травми. Пацієнтка продемонструвала LSI > 90% і вищі за середні результати за опитувальниками (IKDC, Lysholm, EQ-5D-5L). Цей випадок підкреслює цінність інтеграції Neuras у реабілітацію після пластики ПХЗ, оскільки поєднання зі стандартними підходами може скоротити термін відновлення, зменшити біль і покращити функціональні результати.

Висновки:

Поєднання стандартної післяопераційної реабілітації з методом нейро-м'язової активації (Neuras) забезпечило швидше відновлення функції колінного суглоба та повернення спортсменки до професійної діяльності вже через 5 місяців після пластики ПХЗ. Такий підхід сприяє покращенню нейро-м'язового контролю, зменшенню ризику повторної травми та може бути рекомендований для інтеграції у клінічну практику як ефективне доповнення до традиційних протоколів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОГІГІЄНИЧНИХ АСПЕКТІВ

Саргош О.Д., Матвієнко Т.М., Філатова В.Л., Коршенко В.О., Тиха А.С.,
Станкевич С.Т.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Синдром емоційного вигорання (СЕВ) на сьогодні розглядається як одна з найбільш поширених форм дезадаптації особистості в умовах хронічного психоемоційного стресу. Цей феномен набуває особливої актуальності серед представників соціально значущих професій, пов'язаних із постійною міжособистісною взаємодією та високим рівнем відповідальності, зокрема серед лікарів, педагогів, соціальних працівників. Останніми роками спостерігається тенденція до зниження вікових меж появи симптомів емоційного вигорання, що особливо помітно серед студентів

вищих навчальних закладів, які навчаються за складними і напруженими освітніми програмами.

Здобувачі вищої медичної освіти, як майбутні фахівці системи охорони здоров'я, з ранніх етапів навчання стикаються з психоемоційним навантаженням, високими академічними вимогами, моральною відповідальністю та постійним стресом. Це формує сприятливе середовище для розвитку синдрому емоційного вигорання ще до початку професійної діяльності. Аналіз сучасних наукових джерел свідчить про те, що в умовах вигорання знижується рівень емпатії, порушується професійна етика, погіршується якість прийняття рішень, підвищується ризик медичних помилок. Саме тому вивчення рівня емоційного вигорання та факторів, що на нього впливають, зокрема таких індивідуальних характеристик, як тип темпераменту, є надзвичайно актуальним і необхідним у межах психогігієнічного супроводу медичної освіти.

Мета дослідження. Проаналізувати рівень емоційного вигорання здобувачів вищої медичної освіти випускних курсів і лікарів-інтернів Полтавського державного медичного університету (ПДМУ), а також визначити залежність рівня емоційного вигорання від типу темпераменту респондентів.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 147 респондентів, серед яких: студенти 5 та 6 курсів освітньо-професійної програми «Медицина»; лікарі-інтерни хірургічних і терапевтичних спеціальностей; здобувачі другої вищої освіти за програмою «Громадське здоров'я».

Для оцінки рівня емоційного вигорання застосовано опитувальник Масlach-Бернс (Maslach Burnout Inventory — MBI), адаптований для медичних працівників. Методика передбачає оцінку трьох компонентів емоційного вигорання: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція професійних досягнень. Тип темпераменту визначався за допомогою

методики Ганса Айзенка (EPI), яка дозволяє ідентифікувати чотири основні типи: холеричний, сангвінічний, флегматичний і меланхолічний.

Опитування проводилося анонімно за допомогою Google Forms упродовж 2023–2024 навчального року.

Результати дослідження. Отримані результати свідчать про високий рівень поширеності емоційного вигорання серед респондентів. Найвищі показники емоційного виснаження виявлено у студентів старших курсів: серед студентів 5-го курсу високий рівень емоційного вигорання зафіксовано у 64,59%; серед студентів 6-го курсу — у 53,19%.

У лікарів-інтернів хірургічного профілю переважає середній рівень емоційного вигорання (68,42%), аналогічна тенденція спостерігається і серед інтернів терапевтичного профілю (63,16%). Серед здобувачів другої вищої освіти («Громадське здоров'я») 64,28% респондентів також мають середній рівень емоційного вигорання.

Аналіз залежності між типом темпераменту та рівнем емоційного вигорання показав такі результати: серед респондентів із меланхолічним типом темпераменту 71,43% мають високий рівень емоційного вигорання; сангвініки частіше демонструють середній рівень вигорання (58,33%); холерики та флегматики виявили помірні коливання рівня емоційного вигорання, без вираженої переваги високих показників.

Таким чином, можна припустити, що тип темпераменту є важливим предиктором схильності до розвитку емоційного вигорання, особливо в умовах інтенсивного навчального навантаження.

Отримані дані корелюють з результатами інших досліджень у галузі медичної психології та психогігієни, згідно з якими студенти-медики вважаються вразливою групою до впливу хронічного стресу та психоемоційного виснаження. Високий рівень вигорання серед студентів може бути обумовлений поєднанням великого обсягу теоретичного матеріалу, клінічної практики, недостатньою кількістю сну, постійною

конкуренцією, а також емоційною нестабільністю, що супроводжує період професійного самовизначення.

Враховуючи виявлену залежність між типом темпераменту та рівнем емоційного вигорання, доцільним є індивідуалізований підхід до формування програм психопрофілактики та психогігієнічного супроводу студентів. Наприклад, особам із меланхолічним темпераментом необхідно приділяти більше уваги щодо розвитку навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості, а також психологічного супроводу.

Висновки.

1. Найвищий рівень емоційного вигорання виявлено у студентів 5–6 курсів медичних факультетів, що свідчить про необхідність цілеспрямованих профілактичних заходів у навчальному процесі.

2. Інтерни та здобувачі другої вищої освіти демонструють переважно середній рівень емоційного вигорання, що може свідчити про певну адаптацію до професійного навантаження.

3. Встановлено значущий зв'язок між типом темпераменту та рівнем емоційного вигорання: меланхоліки більш схильні до високого рівня емоційного виснаження, тоді як сангвініки мають вищу психоемоційну стабільність.

4. Результати дослідження можуть бути використані для розробки цільових програм профілактики емоційного вигорання серед студентів медичних вишів та інтернів, з урахування

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА СТРАТЕГІЧНІ ОРІЄНТИРИ

Бєлікова І.В., Кундій Ж.П., Донченко В.І., Радченко Н.Р.

Полтавський державний медичний університет (м.Полтава)

У контексті трансформації системи охорони здоров'я України та викликів, що пов'язані з російським вторгненням, реабілітація набуває особливого значення як ключовий компонент забезпечення права громадян

на повноцінне життя, незалежно від стану здоров'я чи функціональних обмежень. Зростання потреб у реабілітаційних послугах, спричинене війною, демографічними змінами та епідеміологічними викликами, актуалізує необхідність формування ефективної державної політики у сфері реабілітації. Ця політика має бути інтегрованою, міжсекторальною та орієнтованою на людину, з урахуванням принципів доказової медицини, соціальної справедливості та сталого розвитку.

Станом на 2025 рік, державна політика реабілітації в Україні базується на низці стратегічних документів, зокрема Національній стратегії створення безбар'єрного простору, Концепції розвитку реабілітаційної допомоги, а також оновлених положеннях Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності». У 2022–2025 роках було здійснено суттєве оновлення нормативної бази, що передбачає:

- Визначення реабілітації як комплексного процесу, який охоплює медичну, фізичну, психологічну, соціальну та професійну складові.
- Впровадження механізмів маршрутизації пацієнтів через електронну систему охорони здоров'я (eHealth).
- Розширення переліку реабілітаційних послуг, що фінансуються за програмою медичних гарантій.

Наприкінці 2022 року, з метою оптимізації доступу реабілітаційної допомоги, було розширено Програму медичних гарантій новими пакетами: «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах». Слід зазначити, що людина, яка потребує комплексного відновлення може обрати самостійно один із медичних закладів, законтракованих НСЗУ, за даними пакетами. Послуги з реабілітації є доступними та безоплатними, та повністю покриваються Національною службою здоров'я України в рамках Програми. Інституційно, реабілітація інтегрується в усі рівні медичної допомоги — від первинної ланки до спеціалізованих центрів. Особливу увагу приділено мультидисциплінарному підходу, що передбачає командну роботу лікарів,

фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, логопедів та соціальних працівників.

Водночас, ефективність використання коштів залежить від впровадження сучасних управлінських механізмів, зокрема:

- Стандартизації послуг та впровадження клінічних протоколів.
- Моніторингу якості та результативності реабілітаційних втручань.
- Розвитку системи професійного навчання та сертифікації фахівців.

Управління реабілітаційною допомогою здійснюється на основі принципів прозорості, підзвітності та орієнтації на потреби пацієнта. Важливим кроком стало створення реєстру реабілітаційних установ та впровадження індикаторів ефективності, що дозволяють оцінити вплив втручань на функціональний стан пацієнтів.

Попри позитивні зрушення, державна політика реабілітації стикається з низкою викликів:

- Кадровий дефіцит: нестача кваліфікованих фахівців, особливо в регіонах, обмежує доступ до якісних послуг.
- Територіальна нерівність: значна частина реабілітаційних ресурсів зосереджена в обласних центрах, що ускладнює доступ для сільського населення та ВПО.
- Недостатня інтеграція реабілітації в первинну ланку: сімейні лікарі часто не мають достатньої підготовки для скерування пацієнтів на реабілітацію.
- Потреба в розвитку телереабілітації: цифрові рішення залишаються недостатньо поширеними, хоча мають потенціал для розширення доступу.

Слід зазначити, що особливої уваги потребує аналіз якості реабілітаційних послуг, що визначається відповідністю між потребами пацієнта, стандартами медичної допомоги та реальними результатами лікування. Ключовими критеріями є ефективність, безпечність, доступність і безперервність реабілітаційного процесу. Важливу роль в цьому процесі має відігравати впровадження системи внутрішнього контролю якості та моніторингу результатів лікування.

Однією з важливих складових надання якісної реабілітаційної допомоги є підготовка кадрів. Підготовка кадрів для сфери реабілітації в Україні відповідає європейським освітнім стандартам і базується на компетентнісному підході. У 2024 році відбулися зміни у стандартах вищої освіти першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів 227 Терапія та реабілітація. Стандарт розробляли із залученням іноземних фахівців. Відбулися зміни, щодо викладання дисциплін. Актуалізовано вимоги до обов'язкових компетентностей, результатів навчання та викладацького складу. Профільні дисципліни мають викладати лише фахівці відповідних професій. Вперше в Україні на рівні стандарту визначено вимоги до освітньо-професійної програми для магістра з терапії мови і мовлення. Відповідно до стандартів, освітньо-професійні програми закладів вищої освіти повинні формувати у майбутніх фахівців здатність до критичного мислення, командної взаємодії, застосування доказової практики та використання сучасних методів оцінки стану пацієнта. Значну увагу слід приділяти практичній підготовці, стимуляційному навчанню та безперервному професійному розвитку спеціалістів.

У найближчі роки державна політика має зосередитися на таких стратегічних напрямках: Розширення мережі реабілітаційних центрів, зокрема мобільних команд та центрів денної реабілітації. Впровадження телереабілітаційних платформ, що дозволять надавати послуги дистанційно, особливо в умовах обмеженого доступу. Розвиток дитячої та психосоціальної реабілітації як окремих напрямів, з урахуванням травматичного досвіду війни. Підготовка та підвищення кваліфікації кадрів через створення академічних програм, симуляційних центрів та міжнародну співпрацю. Залучення громадських організацій, пацієнтських спільнот та волонтерських ініціатив до формування політики та контролю якості.

Висновки

Державна політика в організації реабілітації в Україні перебуває на етапі активної трансформації, що супроводжується нормативними,

інституційними та фінансовими змінами. Успішна реалізація цієї політики потребує системного підходу, міжсекторальної взаємодії та орієнтації на потреби людини. Реабілітація має стати не лише медичною послугою, а й інструментом соціальної інтеграції, гідності та відновлення життєвого потенціалу кожного громадянина.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ СЕРЕД ЕРГОТЕРАПЕВТІВ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІВ

(ЗА МАТЕРІАЛАМИ МІЖНАРОДНИХ ДЖЕРЕЛ)

¹Хайлов А. В., ²Коршенко В. О., ¹Журавльов А. М.

¹ДУ «Полтавський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України»

²Полтавський державний медичний університет

Професійне вигорання — це стан фізичного, емоційного та ментального виснаження, що виникає внаслідок тривалого стресу, пов'язаного з роботою та особливо актуально для професій, що вимагають інтенсивної взаємодії з людьми, емоційної залученості та високого рівня відповідальності, таких як ерготерапія та реабілітація. . Серед основних викликів, які можуть призвести до вигорання:

- **Емоційне навантаження:** робота з пацієнтами, які переживають біль, розчарування або втрату функцій, вимагає глибокого співпереживання. Постійне емоційне залучення може призвести до **втоми від співчуття**.
- **Високі вимоги до роботи:** довгі робочі години, велика кількість пацієнтів, необхідність вести документацію та координувати процес лікування з іншими фахівцями створюють значний тиск.
- **Відчуття безпорадності:** іноді прогрес пацієнта може бути повільним або непомітним, що може викликати розчарування та відчуття, що ваші зусилля марні.
- **Нестача підтримки:** відсутність належної підтримки від керівництва або колег може посилювати відчуття ізоляції та виснаження.

- **Ідеалізм та нереалістичні очікування:** багато фахівців починають роботу з високими ідеалами, але зіштовхуючись з реаліями системи охорони здоров'я, можуть втрачати мотивацію.

Сутність та поширеність проблеми

1. **Професійне вигорання (ПВ)** є поширеним явищем серед **реабілітологів**, оскільки їхня робота належить до професій типу «людина-людина» і пов'язана з високим емоційним навантаженням, **хронічним стресом** та тривалим контактом із пацієнтами, які переживають біль, втрату функцій та емоційний розпач.
2. **ПВ серед реабілітологів має трикомпонентну структуру** (за моделлю Масlach):
 - **Емоційне виснаження** (відчуття спустошеності, втоми).
 - **Деперсоналізація** (цинічне, негативне ставлення до пацієнтів та своїх обов'язків).
 - **Редукція професійних досягнень** (зниження відчуття компетентності та задоволення від роботи).
3. **Висока емоційна емпатія та співпереживання** — необхідні для якісної реабілітації, але водночас є **ключовим фактором ризику ПВ**, оскільки реабілітологи часто "сприймають" проблеми пацієнтів на особистому рівні.
4. **Незбіг очікувань та реальних результатів** — повільний прогрес або його відсутність у пацієнтів, які потребують тривалої та інтенсивної роботи, можуть спричиняти фрустрацію та **зниження професійної самооцінки** у фахівців.
5. **Надмірне робоче навантаження та брак ресурсів** — велика кількість пацієнтів, довгі робочі години, а також дефіцит належного обладнання, кваліфікованого допоміжного персоналу чи часу на відновлення значно підвищують ризик вигорання.
6. **Складність комунікації та конфлікти** — взаємодія зі «складними» пацієнтами та їхніми родичами, а також напружені відносини у

мультидисциплінарній команді чи з керівництвом посилюють робочий стрес.

7. **Відсутність балансу "робота/особисте життя"** та недостатня **автономія** у прийнятті рішень сприяють виснаженню.

8. Професійне вигорання негативно впливає на якість надання послуг, призводить до збільшення кількості помилок, зниження мотивації та погіршення стосунків із пацієнтами.

Світова статистика щодо професійного вигорання серед реабілітологів (фізичних терапевтів/фізіотерапевтів) свідчить про **значну поширеність** цієї проблеми, хоча показники можуть суттєво різнитися залежно від країни, методології дослідження та клінічних умов.

1. Широкий діапазон показників поширеності: 8%–70%

Систематичні огляди та мета-аналізи демонструють широкий діапазон:

- За результатами одного систематичного огляду та мета-аналізу (2024 р.), що охопив 5984 фізіотерапевти з 17 країн, **об'єднана поширеність повного вигорання** (за критеріями MBI) склала приблизно **8%** (з 95% довірчим інтервалом 4%–15%).
- Водночас, інші дослідження, особливо в США та Азії, повідомляють про значно вищі показники. Наприклад, деякі звіти зазначають, що поширеність вигорання серед фізичних терапевтів може варіюватися від **13% до 53%**.
- Окремі дослідження, які використовували самозвіт або інші критерії, виявляли, що вигорання відчуває до **70%** опитаних.

2. Поширеність за компонентами вигорання (MBI)

Професійне вигорання зазвичай вимірюється за трьома компонентами (Maslach Burnout Inventory, MBI). Показники за цими шкалами вищі, ніж показник **повного вигорання** (коли високі бали є одночасно за всіма трьома критеріями):

Компонент вигорання	Об'єднана поширеність (Мета-аналіз)

Емоційне виснаження (Emotional Exhaustion)	≈27%
Деперсоналізація (Depersonalization)	≈23%
Зниження особистих досягнень (Low Personal Accomplishment)	≈25%

Ці цифри підтверджують, що значна частина реабілітологів відчуває принаймні один або два компоненти виснаження, що робить їх **групою високого ризику**.

Статистичні дані про вигорання

- **Поширеність.** За даними різних досліджень, рівень вигорання серед реабілітологів (зокрема, фізичних терапевтів) є дуже високим. Залежно від країни та методології дослідження, **від 45% до 71%** фахівців повідомляють про симптоми вигорання. Наприклад, в одному дослідженні у США, 53% з 160 опитаних фізичних терапевтів заявили, що відчувають вигорання. В іншому дослідженні, що охопило понад 6 700 фахівців, майже **47%** фізичних терапевтів відчували більше вигорання після пандемії COVID-19.

Статистика виявляє певні закономірності у тому, що саме сприяє вигоранню:

- **Організаційні фактори** є основними. Понад 40% фахівців відзначають, що **високе робоче навантаження та недостатня підтримка керівництва** є ключовими причинами вигорання.
- **Емоційне виснаження** – це одна з найпоширеніших складових вигорання. Дослідження показують, що понад половина (50%) ерготерапевтів відчувають високий рівень емоційного виснаження.
- **Вік та досвід.** Деякі дослідження і виявляють, що молоді фахівці (до 10 років стажу) та ті, хто знаходиться у віковому діапазоні **31-35 років**, частіше схильні до вигорання, тоді як фахівці зі стажем понад 20 років можуть демонструвати меншу схильність.
- **Місце роботи.** Фахівці, які працюють у **стаціонарних відділеннях (лікарнях)**, частіше схильні до вигорання порівняно з тими, хто працює в

приватних клініках.

- **Гендерні відмінності.** Хоча не всі дослідження підтверджують це, деякі дані показують, що **жінки** більш схильні до вигорання, ніж чоловіки.

Наслідки вигорання для системи охорони здоров'я

Професійне вигорання призводить не лише до особистого дискомфорту, але й має системні наслідки: зниження якості медичної допомоги, збільшення кількості медичних помилок, часта зміна роботи, дефіцит кадрів. Щорічні витрати на вигорання медичних працівників у США оцінюються в \$4.6 мільярда. Це відбувається через:

- **Зниження якості допомоги:** Виснажені фахівці менш зосереджені, що може призвести до медичних помилок та зниження ефективності реабілітації.
- **Плинність кадрів:** Високий рівень вигорання є основною причиною, чому фахівці залишають професію. Дослідження показують, що до 20% лікарів та 40% медсестер залишили свою роботу після двох років пандемії, що також стосується і реабілітологів.

Основні висновки з міжнародних джерел:

- **Поширеність.** За даними різних досліджень, рівень вигорання серед фізичних терапевтів значно варіюється, але часто перевищує 50%. Наприклад, дослідження, проведене в Литві, показало, що 50.4% фізичних терапевтів відчувають помірне вигорання, тоді як у США цей показник може сягати 71%.

Дослідження серед ерготерапевтів також підтверджують високий рівень вигорання. За даними дослідження в Туреччині, **26%** ерготерапевтів відчували вигорання, а ще **38%** знаходилися в групі ризику. У Греції дослідження виявило, що приблизно **один з двох** ерготерапевтів (50%) має помірний або високий рівень вигорання.

- **Чинники ризику.** Основні причини вигорання, які виділяють іноземні дослідження, схожі у різних країнах:

- **організаційні фактори:** високе робоче навантаження, довгі робочі години, відсутність підтримки з боку керівництва, бюрократія.
- **емоційні фактори:** високий рівень емоційного виснаження, пов'язаного зі співчуттям до пацієнтів та роботою в стресових умовах. Дослідження в Польщі показало, що емоційне виснаження є одним із найвищих показників вигорання.
- **демографічні фактори:** деякі дослідження виявили, що жінки, фахівці віком 31-35 років, а також ті, хто працює в приватних або великих організаціях, схильні до вигорання більше.

Таким чином, реабілітологи у світі є професійною групою, яка піддається значному ризику вигорання, порівнянному з іншими медичними працівниками. Проблема вигорання є глобальною і визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка включила її до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Хміль О.В., Хміль Д.О., Карлінська О.Г., Цілуйко О.В.

КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради»

Здоров'я дитини є найважливішою цінністю як для держави, так і для суспільства. Саме тому надання професійної, своєчасної та якісної медичної допомоги дітям є пріоритетним і надважливим завданням закладів охорони здоров'я держави, особливо під час війни. Діти завжди потребують особливого підходу до діагностики, лікування й профілактики усіх хвороб, навіть стоматологічних. Але завжди слід враховувати загально-соматичний стан та вікові особливості організму дитини.

Зазвичай, емоції тісно пов'язані з фізичним станом особистості. Якщо раніше люди мали багато вроджених або генетичних захисних механізмів, які оберігали їх від низки захворювань, то нині вони позбавлені такого захисту й

мусять бути не лише фізично загартованими, а ще й психічно та ментально стійкими.

Важливим моментом під час діагностики або лікування пацієнта є комунікація між лікарем та пацієнтом. З дитиною, особливо маленькою, увесь медичний персонал і особливо лікар повинен вміти спілкуватися. Слід використовувати навіть ігрові форми спілкування, вміти застосовувати психологічні практики й підходи щоб зменшити вплив стресових факторів у маленького пацієнта задля покращення співпраці. Психологічний комфорт дитини, її спрямованість на успішне лікування та одужання певною мірою залежить від творчого підходу медичного колективу до виконання своїх професійних обов'язків.

Водночас психологічний аспект педіатричної практики у ставленні до маленького пацієнта включає певні й дуже вагомі особистісні якості, такі як чуйність, уважність, толерантність, терпимість, тактовність, вміння вислухати дитину й особливе піклування про неї. Втім головною психологічною рисою лікаря-педіатра вважають емпатію, тобто емоційну чуйність, бажання і здатність розуміти дитину, входити в її становище.

Ефективна комунікація з дітьми є запорукою успішної роботи дитячих лікарів усіх спеціальностей. Діти зазвичай довіряють дорослим лише за умови щирого й доброзичливого ставлення до них безпосередньо під час спілкування. Але для цього слід дотримуватись деяких правил гармонійного спілкування з малечею:

- спілкуватися на рівні конкретної дитини;
- вміти слухати дитину й розуміти її потреби;
- розмовляти коротко та максимально просто;
- чітко й правильно формулювати свої питання;
- при спілкуванні з дітьми висловлювати власні ідеї, думки та почуття;
- ваші пояснення мають бути вичерпними та повноцінними;
- чесно казати, що ви чогось не знаєте.

Таким чином, для педіатра надважливим є вміння чути і розмовляти з дитиною, використовуючи при цьому навіть особливі ігрові методики. Лише позитивний підхід до вирішення різноманітних проблем та вміння адекватно проявляти свої емоції й відчуття, дбайливо відноситися до всіх, хто нас оточує і є тим головним рецептом гарного самопочуття й стійкого емоційного здоров'я особистості під час воєнного стану. На наш погляд, емоційне здоров'я залежить не тільки від подій, що відбуваються в житті пацієнтів, а й від реакції на них.

УДК:616.31:355.7

ВОЄННА СТОМАТОЛОГІЯ: ВИКЛИКИ, ІННОВАЦІЇ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

Чернявський В.В.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. У статті розглянуто актуальні проблеми та інноваційні підходи у війсьній стоматології, що виникають в умовах бойових дій. Основна увага приділена організації надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям, особливостям лікування бойових травм щелепно-лицевої ділянки та впровадженню сучасних технологій. Визначено ключові виклики, зокрема обмежений доступ до ресурсів, потребу в мобільних стоматологічних комплексах та інтеграції телемедицини. Стаття підкреслює важливість підготовки фахівців у сфері воєнної стоматології для оперативного та ефективного надання допомоги в екстремальних умовах.

Методи дослідження. У роботі використано аналіз наукових джерел, емпіричні дослідження щодо функціонування мобільних стоматологічних комплексів, а також методи порівняльного аналізу моделей медичного забезпечення військових у різних країнах. Проведено опитування експертів у галузі воєнної медицини та стоматології. **Наукова новизна.** Стаття вперше систематизує сучасні підходи до організації воєнної стоматологічної допомоги, акцентуючи увагу на інтеграції телемедицини, розвитку мобільних

стоматологічних комплексів і вдосконаленні підготовки медичних фахівців для роботи в умовах бойових дій. **Висновки.** Інтеграція сучасних технологій, розвиток мобільних стоматологічних комплексів та підготовка кваліфікованих фахівців є ключовими чинниками ефективного надання стоматологічної допомоги в умовах бойових дій.

Ключові слова: Воєнна стоматологія, бойові травми, стоматологічна допомога, мобільні комплекси, телемедицина, інновації, щелепно-лицева хірургія, бойові дії.

MILITARY DENTISTRY: CHALLENGES, INNOVATIONS AND ASSISTANCE IN COMBAT CONDITIONS

Purpose of the study. The article discusses current problems and innovative approaches in military dentistry that arise in the conditions of hostilities. The main attention is paid to the organization of dental care for military personnel, the peculiarities of the treatment of combat injuries of the maxillofacial area and the introduction of modern technologies. Key challenges have been identified, including limited access to resources, the need for mobile dental complexes, and the integration of telemedicine. The article emphasizes the importance of training specialists in the field of military dentistry for the prompt and effective provision of care in extreme conditions. **Research methods.** The paper uses the analysis of scientific sources, empirical studies on the functioning of mobile dental complexes, as well as methods of comparative analysis of models of medical support for the military in different countries. A survey of experts in the field of military medicine and dentistry was conducted. **Scientific novelty.** For the first time, the article systematizes modern approaches to the organization of military dental care, focusing on the integration of telemedicine, the development of mobile dental complexes and the improvement of the training of medical specialists to work in combat conditions. **Conclusions.** The integration of modern technologies, the development of mobile dental complexes and the training of qualified specialists are key factors in the effective provision of dental care in combat conditions.

Key words: Military dentistry, combat injuries, dental care, mobile complexes, telemedicine, innovations, maxillofacial surgery, combat operations.

Постановка проблеми. Воєнна стоматологія є критично важливою складовою медичної допомоги під час бойових дій. Забезпечення стоматологічної допомоги військовослужбовцям залишається складним завданням через складні умови фронтової роботи, обмеженість ресурсів та ризики для медичного персоналу. Актуальність цієї проблеми обумовлена зростанням кількості поранених із травмами щелепно-лицевої ділянки, що потребують негайного втручання. Важливо визначити ефективні підходи до надання стоматологічної допомоги, впровадити інноваційні технології та оптимізувати організаційні аспекти для підвищення якості медичного обслуговування в умовах бойових дій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження у сфері воєнної стоматології охоплюють різні аспекти: організацію стоматологічної допомоги в бойових умовах, лікування травм щелепно-лицевої зони, використання мобільних стоматологічних комплексів, впровадження телемедичних технологій. Науковці зосереджуються на методах невідкладного лікування, сучасних матеріалах для реконструктивної хірургії та використанні цифрових технологій. Відомі публікації відзначають роль стоматологів у медичних бригадах, але питання системної інтеграції таких служб у структуру військової медицини залишаються недостатньо вивченими.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Серед недостатньо вивчених аспектів залишається організація ефективної евакуації поранених із травмами щелепно-лицевої ділянки, розвиток мобільних стоматологічних комплексів для надання допомоги на передовій, використання біомедичних технологій для відновлення кісткової та м'якої тканини. Також бракує наукових розробок щодо підготовки фахівців-стоматологів, здатних працювати в умовах бойових дій.

Мета статті: дослідження актуальних проблем воєнної стоматології, зокрема організації надання стоматологічної допомоги в умовах бойових дій. Основна увага приділяється аналізу викликів, пов'язаних із лікуванням бойових травм щелепно-лицевої ділянки, впровадженню інноваційних технологій та удосконаленню підготовки медичних фахівців. Стаття спрямована на виявлення перспективних рішень для підвищення ефективності стоматологічної допомоги в екстремальних умовах.

Методи дослідження

У роботі використано комплексний підхід, що включає:

- Аналіз літературних джерел з воєнної медицини та стоматології;
- Порівняльний аналіз існуючих моделей надання медичної допомоги у різних країнах;
- Емпіричні дослідження щодо функціонування мобільних стоматологічних підрозділів;
- Методи моделювання організаційних структур стоматологічних служб у бойових умовах;
- Інтерв'ю та опитування військових медиків та експертів у галузі стоматології.

Виклад основного матеріалу дослідження

В умовах сучасних збройних конфліктів проблема надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям стає надзвичайно актуальною через підвищений ризик отримання важких травм щелепно-лицевої ділянки. Бойові дії часто супроводжуються вогнепальними пораненнями, осколковими ушкодженнями та переломами кісток обличчя, які потребують негайного хірургічного втручання, реконструктивних операцій та тривалого відновлення [2, с. 45].

Крім гострих травм, військовослужбовці також страждають від хронічних стоматологічних захворювань, таких як карієс, пародонтит і стоматити, які можуть погіршувати стан здоров'я, знижувати боєздатність та ускладнювати виконання бойових завдань [3, с.33]. В умовах польових

операцій доступ до кваліфікованої медичної допомоги обмежений, що призводить до ускладнень, включаючи інфекційні процеси та загрозу загального сепсису [4, с. 18; 5, с. 72].

Отже, своєчасне надання стоматологічної допомоги є критично важливим для підтримки здоров'я та боєздатності військових підрозділів. Це вимагає створення ефективної системи медичного забезпечення, включаючи розгортання мобільних стоматологічних комплексів, впровадження телемедичних консультацій та підготовку спеціалізованих фахівців, здатних працювати в умовах бойових дій [6, с. 59].

Воєнна стоматологія стикається з рядом серйозних викликів, які впливають на якість і доступність медичної допомоги для військовослужбовців.

До найважливіших з них належать:

1. Складність доступу до медичної допомоги.

Під час активних бойових дій надання стоматологічної допомоги часто стає обмеженим через відсутність належного обладнання, медичних матеріалів і кваліфікованих фахівців [8, с. 34]. Пересування медичних бригад у зону конфлікту є ризикованим, а можливості створення стаціонарних пунктів медичної допомоги часто відсутні. Це створює критичну потребу в мобільних стоматологічних комплексах, здатних працювати у польових умовах.

2. Специфіка травм.

Бойові травми щелепно-лищевої ділянки вирізняються складністю та важкістю ушкоджень. Серед них — множинні переломи кісток обличчя, великі дефекти м'яких тканин, проникаючі поранення та ураження нервових структур. Лікування таких пацієнтів потребує термінового хірургічного втручання, складних реконструктивних операцій та тривалої реабілітації, що часто ускладнюється відсутністю необхідних ресурсів [2, с. 49].

3. Психологічні аспекти.

Військовослужбовці з важкими травмами обличчя стикаються з важкими психологічними наслідками, зокрема посттравматичним стресовим розладом

(ПТСР), депресією та проблемами соціальної адаптації. Такі пацієнти потребують комплексного підходу, що включає не лише медичну допомогу, а й підтримку психологів і психотерапевтів [8, с. 47]. Ефективне лікування вимагає інтеграції стоматологічних, хірургічних і психологічних послуг.

Подолання зазначених викликів є ключовим завданням сучасної воєнної стоматології, що вимагає впровадження інноваційних технологій, розробки спеціалізованих навчальних програм для медичних працівників та створення інтегрованих систем надання медичної допомоги в умовах бойових дій [6, с. 85; 9, с. 93].

Розвиток сучасної медицини відкриває нові можливості для надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Серед ключових інновацій, що активно впроваджуються у воєнній стоматології, слід виділити наступні напрямки:

1. Мобільні стоматологічні комплекси.

Створення мобільних стоматологічних кабінетів дозволяє оперативно надавати невідкладну допомогу безпосередньо у зоні бойових дій. Такі комплекси оснащені сучасним обладнанням для діагностики, лікування та навіть проведення хірургічних втручань. Вони забезпечують автономну роботу за рахунок вбудованих систем енергозабезпечення та водопостачання, що є критично важливим у польових умовах [2, с. 48].

2. 3D-технології та цифрові рішення.

Тривимірне моделювання значно спрощує процес виготовлення індивідуальних імплантів, протезів та реконструктивних елементів для відновлення пошкоджених частин обличчя [3, с. 65]. Завдяки 3D-принтерам можливо швидко створювати високоточні хірургічні шаблони та навіть проводити складні реконструктивні операції з мінімальною травматизацією пацієнтів.

3. Телемедицина.

Сучасні телемедичні технології дозволяють проводити дистанційні консультації з профільними фахівцями навіть у найвіддаленіших регіонах. Це

особливо важливо у складних клінічних випадках, коли потрібна експертна оцінка або підтримка під час проведення складних стоматологічних процедур. Телемедицина також сприяє підвищенню рівня медичної підготовки військових стоматологів через доступ до навчальних матеріалів і вебінарів [7, с. 102].

4. Інноваційні матеріали.

Використання біосумісних матеріалів значно підвищує ефективність лікування бойових травм щелепно-лищевої ділянки [8, с. 110]. Сучасні композити, кераміка та біополімери забезпечують високий рівень міцності, естетики та швидке приживлення імплантів. Вони також сприяють зменшенню ризику післяопераційних ускладнень та прискорюють процес відновлення пацієнтів.

Запровадження цих інновацій дозволяє забезпечити високий рівень медичної допомоги навіть у складних умовах війни, що позитивно впливає на виживаність і якість життя постраждалих військовослужбовців.

Надання допомоги в умовах бойових дій

Організація стоматологічної допомоги у воєнний час є складним і відповідальним процесом, що вимагає чіткої координації, ефективної логістики та постійної підготовки медичного персоналу. Умови бойових дій створюють численні виклики, тому важливо забезпечити безперебійне надання якісної стоматологічної допомоги [2, с. 58].

Перш за все, необхідне застосування чітко визначених протоколів невідкладної допомоги. Це дозволяє швидко оцінити стан пацієнта, надати першу медичну допомогу та прийняти рішення щодо подальшого лікування.

Критично важливим є створення польових шпиталів, обладнаних повноцінними стоматологічними відділеннями. Такі мобільні медичні установи повинні мати усе необхідне для діагностики, лікування та проведення хірургічних втручань, навіть у найскладніших умовах.

Крім того, медичні фахівці повинні бути готові працювати у стресових умовах, швидко приймаючи рішення та зберігаючи високу концентрацію

уваги. Постійне навчання, тренування на симуляційних курсах та удосконалення професійних навичок є обов'язковими елементами підготовки медичного персоналу [6, с. 89].

Забезпечення цих умов сприяє підвищенню ефективності стоматологічної допомоги військовослужбовцям та зменшенню ризику ускладнень у процесі лікування бойових трав.

Висновки

Воєнна стоматологія є невід'ємною частиною медичного забезпечення військових під час бойових дій. Виклики, що постають перед фахівцями, потребують інноваційних рішень та сучасного підходу. Завдяки впровадженню мобільних стоматологічних комплексів, 3D-технологій та телемедицини з'являється можливість ефективно надавати допомогу навіть у найскладніших умовах.

Перспективи досліджень

Подальші дослідження мають зосереджуватися на покращенні матеріально-технічного забезпечення, розробці нових методів лікування бойових травм та підготовці кадрів для роботи у воєнний час.

HIGH-INTENSITY GAIT TRAINING (HIT) ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ: ПРОТИПОКАЗАННЯ, БЕЗПЕКА ТА РОЗРАХУНОК ІНТЕНСИВНОСТІ

Яковська А. І.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

High-Intensity Gait Training (HIT) — сучасна реабілітаційна методика, що фокусується на інтенсивній ходьбі або кроковій практиці з підвищеним кардіореспіраторним навантаженням (цільовий пульс ≥ 70 % від HRmax або 60–84 % від резерву ЧСС). На відміну від традиційних підходів, HIT робить акцент на кількості кроків, швидкості та аеробному навантаженні, а не на відпрацюванні окремих рухових компонентів. Метод виник як адаптація принципів високої інтенсивності та інтервальних тренувань зі спортивної та кардіологічної медицини до нейрореабілітації. Дослідження показують, що

інтенсивне крокування стимулює нейропластичність у ранньому постінсультному періоді (7 днів – 6 місяців) і перевищує за ефективністю традиційні помірні тренування у відновленні ходьби, балансу та витривалості.

Нейропластичність активується через підвищене повторення кроків та роботу в аеробній зоні, які стимулюють синаптогенез, дендритну ремоделюючу та запускають моторно-сенсорні мережі. В свою чергу, збільшення мікроциркуляції, ангиогенезу та доставки кисню до м'язів та ЦНС збільшує кардіореспіраторну адаптацію. Зокрема, інтенсивні навантаження рекрутують моторні одиниці, покращують мітохондріальну біоенергетику та формують стійкі рухові схеми, що сприяє відновленню моторного контролю.

Ефективність НІТ після інсульту підтверджена низкою досліджень. Так, Моог та співавт. (2020) досліджували впровадження НІТ у стаціонарних умовах і показали, що використання високої інтенсивності ходьби сприяє суттєвому покращенню швидкості пересування, пройденої дистанції та балансу пацієнтів без збільшення частоти серйозних ускладнень. У подальшому Thompson та колеги (2024) у рандомізованому клінічному дослідженні довели, що така методика призводить до істотного підвищення рівня щоденної фізичної активності та продуктивності ходьби у хворих після інсульту. Узагальнюючи наявні дані, Ojeda-Manzano та співавт. (2025) провели систематичний огляд десяти досліджень із загальною вибіркою 677 пацієнтів і підтвердили, що НІТ достовірно покращує швидкість та витривалість ходьби у порівнянні з тренуваннями помірної інтенсивності.

Враховуючи, що найбільша ефективність методу виявлена у підгострому періоді після інсульту, є необхідність визначення протипоказань та застережень. Абсолютними протипоказаннями є гострий інфаркт міокарда (<2 діб), нестабільна стенокардія високого ризику; симптомні неконтрольовані аритмії, декомпенсована серцева недостатність; активний міокардит, перикардит, ендокардит; симптомний тяжкий аортальний стеноз, гостра аортальна дисекція; гостра тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз

глибоких вен. Відносними протипоказаннями є артеріальний тиск у спокої $\geq 180/110$ мм рт.ст.; тяжкі порушення провідності серця, клапанні вади, декомпенсований діабет або метаболічні розлади; ортостатична гіпотензія; активні інфекційні, психічні розлади, тяжкі респіраторні захворювання. Слід зауважити на функціональних обмеженнях, таких як неможливість пройти >50 м до інсульту, за шкалою функціональні категорії ходьби (Functional Ambulation Categories, FAC) <5 , нестабільний баланс (за шкалою Берга пацієнт набирає ≤ 2 бали у завданні «Сидіння без опори»), тяжкі деформації нижніх кінцівок, залежність від апаратів ШВЛ або корсетів.

Перед початком сеансу високої інтенсивності ходьби фахівець з реабілітації повинен переконатися у безпечних вихідних показниках пацієнта. Не слід розпочинати тренування, якщо систолічний артеріальний тиск (САТ) досягає або перевищує 180 мм рт.ст., діастолічний (ДАТ) — 110 мм рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) у спокої перевищує 120 уд/хв або є нижчою за 60 уд/хв, рівень сатурації кисню (SpO_2) становить менше ніж 92 %, а також у разі гіпоглікемії нижче 3,9 ммоль/л чи гіперглікемії понад 13,9 ммоль/л із наявністю кетонів $\geq 1,5$ ммоль/л.

Під час виконання НІТ необхідно негайно припинити заняття, якщо САТ зростає понад 250 мм рт.ст. або спостерігається його зниження щонайменше на 10 мм рт.ст. у поєднанні із симптомами ішемії (запаморочення, біль у грудях, блідість), якщо SpO_2 нижче 92 % чи з'являється виражена задишка або ціаноз, а також за виникнення болю у грудях, тяжких аритмій, переднепритомного стану або нових осередкових неврологічних симптомів.

ТАБЛИЦЯ 1. Порогові значення для безпеки НІТ

Параметр	Не починати	Припинити негайно
Систолічний АТ (мм рт.ст.)	≥ 180	>250 або падіння ≥ 10 із симптомами
Діастолічний АТ (мм рт.ст.)	≥ 110	>115

рт.ст.)		
ЧСС спокою (уд/хв)	>120 або <60	Різке порушення ритму, симптоми
SpO ₂ (%)	<92	<92 із задишкою/ціанозом
Глікемія (мг/дл)	<70 або >250 з кетонами $\geq 1,5$ ммоль/л	—

З міркувань безпеки тренування повинно проводитися під безпосереднім наглядом двох фахівців з реабілітації на одного пацієнта, із використанням страхувальної системи або підвісної гарнітури, наявністю автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) на відстані не більше 3–5 хвилин та персоналу, підготовленого до надання BLS/ACLS. Під час сесії обов’язковим є безперервний моніторинг частоти серцевих скорочень, АТ та SpO₂, а за потреби — контроль рівня глюкози.

Для безпечного дозування навантаження використовують сучасні формули прогнозу максимальної частоти серцевих скорочень (HR_{max}). Найточнішою вважають HUNT: $HR_{max} = 211 - 0,64 \times \text{вік}$, також застосовується Tanaka: $HR_{max} = 208 - 0,7 \times \text{вік}$. Для визначення цільової зони часто використовують метод Карвонена: (HRR): $HRR = HR_{max} - HR_{спокою}$; Ціль = $HR_{спокою} + (0,60 \dots 0,84 \times HRR)$. Для прикладу: 60 років, $HR_{спокою} = 70 \rightarrow HR_{max} \approx 173 \rightarrow HRR = 103 \rightarrow$ ціль 132–156/хв. Пацієнтам, які отримують β -блокатори, необхідно зменшити ціль на 10–15 уд/хв, орієнтуватись на шкалу Борга (RPE) 14–17. Рекомендовані значення для ефективного тренування НІТ: 60–84 % HRR або 70–85 % HR_{max}.

Підсумовуючи наявну інформацію, НІТ — це доказово ефективна методика прискорення відновлення ходьби та витривалості після інсульту, але потребує суворого відбору пацієнтів, ретельного моніторингу життєвих показників, чітких порогів зупинки тренування та коректного розрахунку інтенсивності. Дотримання цих правил забезпечує безпечне застосування високої інтенсивності в неврологічній реабілітації.

ПОЗИТИВНІ СТОРОНИ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУ: КЛЮЧ ДО ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БЕЗЗУБИХ ПАЦІЄНТІВ

Янішен І.В., Кричка Н.В., Куліш С.А.

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Проблема медичної реабілітації пацієнтів з повною відсутністю зубів є актуальною і залежить від ефективності відновлення функції жувального апарату пластмасовими протезами. Медична реабілітація пацієнтів з повною відсутністю зубів є дуже важливою для відновлення функції жувального апарату. За даними ряду авторів 20-24,9% пацієнтів не користуються, а в 37% випадків - змушені пристосовуватися щодо користування протезами з недостатньою фіксацією і стабілізацією. Основною причиною незадовільних результатів протезування є різка атрофія коміркових відростків беззубих щелеп. До сьогоднішнього дня немає функціональної оцінки ефективності якості протезів в напрямку їх фіксації і стабілізації на беззубих щелепах і це є однією з причин негативного стану.

Базисно-альвеолярний ефект виникає у пацієнтів з повною відсутністю зубів на клінічних етапах визначення центрального співвідношення щелеп, перевірки конструкцій протезів, при накладенні повних знімних протезів на протезні ложа, а також під час користування повними знімними протезами. Суть базисно-альвеолярного ефекту полягає у виникненні роз'єднання, втраті щільного контакту між базисом та протезним ложем під час функціональної оклюзії між валиками прикусних шаблонів в інших випадках – між штучними зубами повних знімних протезів. При цьому протез повністю відділяється від протезного ложа щелепи після змикання зубів в центральній або функціональній оклюзіях, хоча окремо кожний протез до змикання зубів добре фіксувався на протезному ложі. Виникнення базисно-альвеолярного ефекту порушує фіксацію і стабілізацію протезів значно погіршує реабілітацію порушених функцій відкушування, жування, ковтання, дикцію, а також відновлення естетичних норм посмішки та обличчя. Результати

досліджень анатомо-топографічних особливостей протезних лож у пацієнтів з повною відсутністю зубів, спостереження за фіксацією і стабілізацією повних знімних протезів показують, що найчастіше вади щодо їх фіксації і стабілізації визначаються у таких випадках: при незвичайних незадовільних для фіксації і стабілізації анатомо-топографічних умовах протезного ложа; при невідповідності орієнтації протетичних поверхонь протезів поверхням протезних лож у ділянці губ, під час центрального співвідношення; при відсутності конгруентності рельєфів внутрішніх поверхонь базисів повних знімних протезів протезним ложем.

Слід зазначити, що якщо перші дві вади відмічаються через індивідуальні особливості клінічних проявів різних типів беззубих щелеп, то остання через полімеризаційну усадку та виникнення напруг у базисах протезів, що призводить до їх короблення під час та після полімеризації. Наведені причини призводять до зрушення протезів з протезних лож беззубих щелеп під час функціональних рухів губ, щік і язика; при відкушуванні їжі, під час функціональних оклюзій штучних зубів. При цьому базиси протезів після змикання зубів в центральній або функціональній оклюзіях можуть повністю відділятися від протезних лож щелеп, хоча кожний окремих протез до змикання добре фіксувався .

Мета - вивчення причин зрушень з протезних лож знімних протезів, що приводить до порушень їх фіксації і стабілізації. Вивчали базисно-альвеолярний ефект шляхом вимірювання локалізації, величини та об'єму роз'єднання між внутрішніми поверхнями базисів та протезних лож. Дослідження здійснювали на клінічних етапах визначення центрального співвідношення щелеп, під час перевірки конструкцій протезів, при накладенні повних пластинкових протезів на протезні ложа, а також у пацієнтів, що скаржилися на незадовільну фіксацію та стабілізацію конструкцій.

Методи та матеріали дослідження. Спочатку отримували відбитки протезних лож у пацієнтів з повною відсутністю зубів за допомогою

індивідуальних відбиткових ложок-базисів на яких встановлено оклюзійні валики. Для цього застосовували прикусні шаблони із допомогою яких було визначено центральне співвідношення щелеп. У пацієнтів, які скаржилися на незадовільну фіксацію і стабілізацію повних знімних протезів, замість індивідуальних ложок застосовували їхні протези. За цих умов між протетичними поверхнями оклюзійних валиків спостерігався щільний контакт, був відсутнім феномен Христенсена. При використанні для визначення базисно-альвеолярного ефекту повні знімні протези, штучні зуби знаходилися у множинному контакті як в центральній, так і в функціональній оклюзіях. Висоту, локалізацію та об'єм роз'єднання поверхонь базисів протезів здійснювали через вимірювання товщини відбиткової маси відбитка, котрий отримували під жувальним тиском за допомогою силіконового матеріалу в центральній та функціональній оклюзіях. Крім того зміщення протезів під час функціональної оклюзії визначали пальпаторно та візуально, шляхом розміщення вказівного і великого пальців на краях базисів.

Результати дослідження. Визначення базисно-альвеолярного ефекту у пацієнтів з повною відсутністю зубів та його вплив на фіксацію і стабілізацію повних знімних протезів здійснювали у 53 пацієнтів. Із загальної кількості пацієнтів 11 мали нові протези, якими вони не користувалися через незадовільну фіксацію та стабілізацію. 25 - протези виготовляли за класичною технологією, з них 17 - виготовили по дві пари протезів за класичною і за запропонованою нами технологіями.

Результати спостережень показали, що товщини відбитків на базисах протезів, які виготовлялися у спосіб направленої полімеризаційної усадки, достовірно однакові по всій поверхні протезних лож, а при полімеризації у спосіб за загальноприйнятою технологією достовірно відрізняється. В одних ділянках вона майже відсутня, а в інших сягає 2,5-3,1 мм. Отримані дані свідчать про те, що внаслідок полімеризаційної усадки та деформації базисів протезів виникає невідповідність мікро- і макрорельєфів базисів протезів поверхням протезних лож. Із причин наведених нами вад під час

функціональної оклюзії повний знімний протез зміщується з протезних лож. Отже на нашу думку, недостатня стабілізація протезів на протезних ложах, травмування тканин протезних лож, які суттєво порушують адаптацію до протезів, викликаючи атрофію протезних лож пацієнтів з повною відсутністю зубів. закладені у самій класичній технології полімеризації базисної пластмаси повних знімних протезів. Уникати їх можна через створення умов для спрямованої полімеризаційної усадки та попередження деформацій базисів. Покращення фіксації повних знімних протезів можливо досягати шляхом створення на базисах точної копії мікро- і макрорельєсів протезних лож. Такі умови створювалися нами коли полімеризація базисних конструкційних матеріалів здійснювалася у полімеризаторі при спрямованому тиску повітря.

Висновок. Таким чином, доцільним у плані попередження базисно-альвеолярного ефекту при ортопедичному лікуванні пацієнтів повними знімними протезами, передбачати, що функціональний відбиток протезного ложа верхньої щелепи отримують після визначення центрального співвідношення щелеп. Відбиток протезного ложа нижньої – після конструювання зубного ряду на індивідуальній ложці-базисі після накладання на протезне ложе верхньої щелепи виготовленого протеза. Саме у такій послідовності і тільки при багаторазовому визначенні і усуненні базисно-альвеолярного ефекту виникає можливість досягання задовільної фіксації і стабілізації повних знімних протезів на беззубих щелепах.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФІЛАКТИКА

Лілія Яременко, Алла Жук

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Професійне вигорання посідає одне з провідних місць серед психоемоційних розладів у медичній спільноті. Щоденна взаємодія з пацієнтами, які відчують біль та страждання, висока відповідальність за їхнє життя, а

також нестабільна соціально-економічна ситуація в умовах воєнного конфлікту значно підвищують ризик емоційного виснаження. Згідно зі звітами Всесвітньої організації охорони здоров'я, 30–60 % медичних працівників у світі демонструють ознаки синдрому вигорання, а в кризових регіонах ці показники перевищують 70 %.

Етіопатогенетичні чинники вигорання: професійне вигорання є результатом взаємодії індивідуальних, організаційних та соціально-культурних детермінант.

Індивідуальні фактори включають в себе:

- високий рівень емпатії, що сприяє емоційному перенавантаженню;
- перфекціоністські тенденції та надмірні вимоги до особистого професійного розвитку;
- нездатність до адекватного відновлення психічних ресурсів;
- обмежені навички саморегуляції стресу.

До організаційних факторів відноситься:

- надмірне робоче навантаження та багатозмінний графік;
- кадровий дефіцит і нестача матеріально-технічних ресурсів;
- низький рівень управлінської підтримки та непрозорість кадрової політики;
- невідповідність винагороди рівню професійної відповідальності.

Соціально-культурні чинники характеризуються:

- стереотипом «лікар завжди має бути сильним» й ідеалізацією медичної професії;
- обмеженим суспільним визнанням трудових досягнень і недостатністю моральної підтримки;
- психотравматичним впливом воєнних дій та масових катастроф.

Клініко-соціальні наслідки вигорання, які все частіше впливають на якість життя самих медичних працівників та якість надання медичних послуг пацієнтам в умовах воєнного стану в Україні включають в себе:

Індивідуальний рівень характеризується:

- хронічною втомою, зниженням мотивації, емоційним дистресом;
- депресивними та тривожними розладами, соматизацією (головні болі, безсоння тощо);
- зловживанням психоактивних речовин;
- втратою сенсу професійної діяльності.

Професійний рівень включає:

- погіршення якості медичних послуг;
- зростання частоти медичних помилок;
- ускладнення комунікації з пацієнтами та колегами;
- підвищена плинність кадрів та зниження корпоративної лояльності.

Суспільний рівень це:

- підрив довіри до системи охорони здоров'я;
- економічні втрати через неефективне використання ресурсів;
- посилення соціальної напруги внаслідок незадоволеності населення.

Мульти-рівнева профілактика спрямована на попередження професійного вигорання, а напрямки спрямовані на зменшення наслідків серед медичних працівників та характеризуються:

Індивідуальними підходами:

- освоєнням методів стрес-менеджменту: релаксаційні техніки, майндфулнес, дихальні вправи;
- чітким розмежуванням робочих та особистих меж з оптимізацією відпочинку;
- регулярною психотерапевтичною підтримкою (групова або індивідуальна);
- розвитком навичок емоційної саморегуляції та професійного дистанціювання.

Організаційними заходами:

- раціональним плануванням режимів робочого часу й відпусток;
- забезпеченням умов для безперервної професійної освіти;
- створенням корпоративних програм психологічної підтримки;

- формуванням культури командної взаємодії та управлінської відкритості.

Суспільною політикою:

- запровадженням національних програм охорони психічного здоров'я медичних працівників;
- підвищенням престижу медичної професії через інформаційні кампанії;
- легалізацією та популяризацією звернень по психологічну допомогу.

Отже, професійне вигорання медичних працівників є багатовимірним феноменом, що сполучає особистісні, організаційні та соціальні компоненти. Його подолання вимагає інтегрованого підходу: поєднання самостійних зусиль фахівця, реформ у системі охорони здоров'я та державної підтримки. Інвестування в психоемоційну стійкість лікаря сприятиме підвищенню якості медичних послуг, зміцненню довіри суспільства та інтеграції України в європейський простір охорони здоров'я.

ЗБЕРІГАЮЧА МЕТОДИКА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПООДИНОКИМИ ЗУБАМИ

Янішен І.В., Куліш С.А., Кричка Н.В., Погоріла А.В.

Харківський національний медичний університет
кафедра ортопедичної стоматології

Одним із ключових завдань сучасної ортопедичної стоматології є відновлення функціональної ефективності жувального апарату за допомогою знімних конструкцій. Традиційно вважалося, що поодинокі зуби заважають фіксації знімних протезів тому їх необхідно видаляти. Проте збереження поодиноких зубів, які мають антагоніста забезпечує збереження міжальвеолярної висоти, а також прискорює адаптацію пацієнтів, особливо якщо знімні протези їм виготовляються уперше. Виходячи з цих міркувань, доцільно залишати поодинокі зуби нижньої щелепи, які не мають

антагоніста, навіть за умови їх підвищеної рухомості II–III ступеня, оскільки це сприятиме стабілізації знімних конструкцій на щелепах.

Мета дослідження — підвищення функціональної ефективності часткових знімних пластинкових протезів шляхом удосконалення методики їх виготовлення з використанням самотвердіючого еластичного базисного матеріалу.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження були включені пацієнти з поодинокими зубами на щелепах. Для них виготовлялися безкламерні часткові знімні протези модифікованої конструкції. Для фіксації застосовували шар самотвердіючого А-силіконового матеріалу «ПМ-С екстра». У випадках складних клінічних умов (виражена атрофія альвеолярних відростків, наявність кісткових виступів, тонка атрофована слизова оболонка протезного ложа) протези виготовляли з двошаровим базисом.

Клінічне обстеження проводили до протезування та через 3 і 6 місяців після нього. Оцінювали стан поодиноких зубів, слизової оболонки протезного ложа та показники жувальної ефективності. Для об'єктивної оцінки клінічної ефективності знімних протезів було проведено електроміографічні функціональні жувальні проби із використанням міографічного комплексу "М-Test".

Результати дослідження. Було виготовлено часткові знімні пластинкові протези 18 пацієнтам. У 10 випадках було виготовлено двошарові протези.

Базис протезу моделювали по межах повного знімного пластинкового протеза таким чином, щоб він охоплював коронку поодинокого зуба. Якщо поодинокий зуб — це різець, ікло або премолар, тобто зуби, які помітні при розмові або посмішці, то базис моделювали з оральної поверхні — на 2-3мм вище екватора, з вестибулярної — на 1-2 мм вище анатомічної шийки зуба. Якщо поодинокий зуб молар, то базис моделювали з оральної та вестибулярної поверхонь на 2-3 мм вище екватора. Базис навколо

поодинокого зуба робили трохи товстішим і ретельно підганяли на ділянці навколо поодинокого зуба так, щоб він досить щільно прилягав до коронки. З внутрішнього боку протезу, в місці потовщення базису навколо поодинокого зуба, зрізали шар пластмаси приблизно 1 мм на ділянці 4-5 мм, відступивши на 1-1,5 мм від краю отвору для коронки зуба. На це місце наноситься самотвердіючий еластичний матеріал, протез накладають на протезне ложе і просять пацієнта зімкнути щелепи. При виготовленні двошарових протезів еластичний матеріал наноситься на всю внутрішню поверхню протезу, включаючи ділянку навколо поодинокого зуба. Після затвердіння еластичного матеріалу зрізають його надлишки і проводять кінцеву обробку протеза

Усі пацієнти відзначали високу стабільність і комфорт під час користування конструкціями. При клінічному огляді спостерігалось надійне функціональне присмокування протезів. Підвищення рухомості поодиноких зубів за період спостереження не виявлено.

Жувальна ефективність становила:

у день здачі протезів — 66-69% (для двошарових — 71-73%),

через 3 місяці — 75-77% (для двошарових — 78-81%),

через 6 місяців — 82-86% (для двошарових — 87-91%).

Обговорення. Запропонована методика виготовлення протезів дозволяє ефективно використовувати поодинокі зуби як додатковий стабілізуючий фактор. Використання еластичного шару забезпечує більш рівномірний розподіл навантаження, знижує травмування слизової оболонки та сприяє адаптації пацієнтів до протезів. Двошарові конструкції демонструють кращі функціональні результати, що обґрунтовує їх застосування у випадках несприятливих клінічних умов.

Висновки.

1. Застосування безкламерних знімних протезів із самотвердіючим еластичним матеріалом забезпечує високу функціональну ефективність виготовлених знімних протезів навіть при наявності поодиноких зубів.

2. Двошарові протези мають додаткові переваги у складних клінічних ситуаціях, демонструючи кращу стабільність та жувальну ефективність у порівнянні з традиційними конструкціями.

ANXIETY IN MEDICAL STUDENTS: PREVALENCE, PREDICTORS AND PREVENTION STRATEGIES

Lyubov Vlasyk, Ashish Giri, Kadam Swarup Satish

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction Anxiety is an emotion characterized by an unpleasant state of internal turmoil and includes feelings of dread about anticipated events. Anxiety differs from fear in that fear is defined as an emotional response to a current threat, whereas worry is the anticipation of a future threat. Common signs of anxiety include: feeling nervous, restless, tense, panicky, or feeling weak and tired. Symptoms include tachycardia, rapid breathing, sweating, and trembling. Medicine is one of the most demanding university courses, and mental health disorders are more common among medical students than is generally recognized (Capdevila-Gaudens et al., 2021). High academic workload, proximity to suffering patients, limited social life, poor family life, lack of sleep, and inconsistent and distant romantic relationships, among others, create difficulties for medical students during their studies.

Materials and Methods The materials were scientific publications in PubMed database for the years 2016-2024. The bibliosemantic method was used to analyse prevalence, predictors and prevention of anxiety in medical students.

Results A meta-analysis (Quek et al., 2019) found that the global prevalence of anxiety among medical students (69 studies, N = 40,348) was 33.8% (95% CI: 29.2–38.7%). This is significantly higher than in the general population. Anxiety was found to be more prevalent among students from the Middle East and Asia, with no significant differences by gender or year of study. A significant association (Nikolic et al., 2023) of anxiety, stress, depression and sleep quality with

smartphone addiction (spending more than 4 hours per day) was found among healthcare professionals, namely: with smartphones (OR = 2.39; $p < 0.001$), anxiety symptoms (OR = 2.04; $p < 0.001$), poor sleep quality (OR = 1.65; $p = 0.005$), increased stress levels (OR = 1.75; $p = 0.003$) and depression (OR = 2.29; $p < 0.001$). Understanding these associations will help in developing effective interventions and strategies to address this growing public health problem.

A study conducted in Saudi Arabia (Al-Khani et al., 2019) found that poor sleep habits were associated with higher levels of depression, anxiety, and stress among medical students. In private medical colleges, where students are predominantly international, additional mental health problems, such as stress due to tuition fees, were observed. More depressive and anxiety symptoms were reported among students with high financial burden, high academic stress, and poor sleep quality (Shao et al., 2020). Students who lived alone or had poor relationships with their loved ones, classmates, or friends showed higher rates of depression and anxiety. Depressive and anxiety symptoms were closely correlated with family functioning, social support, and coping styles. At the same time, the stress of medical training encourages medical students to develop certain skills, resources, and strategies to cope with these situations. Positive coping focuses on constructive action, changing the stressful situation, and effectively regulating emotions. In contrast, negative coping is a passive style that focuses on negative appraisals and emotional expression, avoiding stressful situations, and social isolation. Studies have shown that medical students use both coping styles. Faculty members play an important role in reducing anxiety among medical students. They should take measures and interventions to reduce depression and anxiety among medical students, and provide educational counseling and psychological support to students to overcome these problems.

A study of the relationship between coping strategies and mental health outcomes among a group of individuals affected by the armed conflict in Georgia (Saxon et al., 2016) found that coping strategies such as humor, emotional support, and active coping were associated with better mental health outcomes, while

coping strategies such as avoidance, denial, and substance abuse were associated with worse mental health outcomes.

Conclusions Given the high demands of medical education, mental health support programs, stress management training, and early intervention are important to prevent academic burnout in students. Adaptive coping strategies can mitigate the negative impact of such events on mental health, whereas maladaptive strategies can exacerbate this impact.

To develop an effective strategy to identify and assist affected medical students, it is necessary to identify risk factors for anxiety in the sociocultural context. It is important that universities create an environment in which mental health issues are openly discussed and consulted about, and provide health services to students.

*І хай з тих днів згубили лік ми рокам, завжди, завжди, як сонячний салют,
для нас сіяє подвигом високим твій благородний, безкорисний труд.*

Володимир Сосюра

ПАМ'ЯТІ ВЧИТЕЛЯ

*Саргош О.Д., Матвієнко Т.М., Філатова В.Л., Коршенко В.О., Буря Л.В.,
Комишан І.В., Романюк М.В., Коваленко Т.І., Приліпка К.О., Рак Т.І.*

Полтавський державний медичний університет

Aliis inserviendo ipse consumor

На життєвому та професійному шляху людина поступово здобуває знання, набуває навичок, з досвідом приходить глибше розуміння, а з роками — мудрість. Та лише одиниці вміють жити й працювати, керуючись цією мудрістю. Саме такою людиною був Олександр Васильович Катрушов — професор, доктор медичних наук, багаторічний завідувач кафедри гігієни та екології, талановитий вчений, педагог і наставник, чий життєвий шлях завершився 5 листопада 2022 року.

Олександр Васильович був для колективу не просто керівником — він був джерелом тепла, підтримки, оптимізму й життєвої енергії. Його кабінет завжди був відкритим для колег, студентів, аспірантів і друзів — усіх, хто потребував допомоги, мудрої поради чи просто щирої розмови. Людяний, делікатний, уважний до кожного, він мав рідкісну здатність поєднувати глибокий професіоналізм із щирою турботою про людей.

Народився Олександр Васильович у 1953 році в білоруському місті Брест. У 1975 році з відзнакою закінчив стоматологічний факультет Полтавського медичного стоматологічного інституту. Починав лікарем-ординатором щелепно-лицьової хірургії, проходив службу в армії, а з 1977 року пов'язав своє життя з науково-педагогічною діяльністю в рідному інституті.

Захистив кандидатську дисертацію в 1983 році, а докторську — у 1995-му. У 1996 році йому було присвоєно вчене звання професора. Протягом життя він очолював Центральну науково-дослідну лабораторію, керував науковими проектами, був членом редколегій провідних фахових журналів України та Польщі.

З 1997 до 2022 року Олександр Васильович очолював кафедру гігієни та екології. Під його керівництвом захищено чимало кандидатських дисертацій. Його наукові дослідження знайшли віддзеркалення в більш ніж 300 друкованих роботах, близько 20 патентах України, інформаційних листах та нововведеннях, монографіях, навчальних посібниках та інших наукових та методичних працях. Він успішно керував аспірантурою, тривалий час був членом редакційних колегій фахових вітчизняних та іноземних періодичних видань медичного та біологічного спрямування. Олександр Васильович був активним членом наукового товариства гігієністів України. Його щиро турбувала доля профілактичної медицини в Україні, і він докладав зусиль до збереження та відновлення санітарно-епідеміологічної служби.

Як справді мудра людина, він рідко говорив про те, що йому болить, — натомість діяв, підтримував, наставляв, об'єднував.

Професор Катрушов залишив по собі не лише глибокий слід у науці та медицині, а й у серцях усіх, хто мав честь працювати, навчатися чи просто спілкуватися з ним. Його приклад — це школа шляхетності, чесної праці та безмежної відданості своїй справі.

Світла пам'ять про Олександра Васильовича Катрушова назавжди залишиться з нами.

Є.М. ГОФУНГ ЯК ПРАГМАТИЧНИЙ КОНСЕРВАТОР: ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ АВТОНОМІЇ ТА ВІДСТОЮВАННЯ ІНСТИТУТСЬКОЇ МОДЕЛІ В ОДОНТОЛОГІЧНІЙ РЕФОРМІ 1917 РОКУ

Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна м. Харків, Україна

Питання реформування зуболікарської освіти, яке обговорювалося на V делегатському з'їзді зуболікарського союзу у 1917 році, виявило значний академічно-практичний розкол серед професійної спільноти, де делегат Є.М. Гофунг від Харківського зуболікарського товариства виступив як яскравий представник прагматичного консерватизму та захисник ідентичності лікаря-практика. Його позиція та риторика дозволяють здійснити психологічний аналіз його когнітивного стилю та мотиваційних установок.

Вже на початку з'їзду Ефим Михайлович продемонстрував інституційну лояльність та пріоритет операційної ефективності, приєднавшись до заяви колишнього правління зуболікарського союзу щодо негайного заслуховування звітів, незважаючи на попереднє рішення з'їзду про їх відкладення. Така поведінка свідчить про його орієнтацію на встановлені процедури та нагальну потребу у вирішенні внутрішніх організаційних питань для забезпечення подальшої продуктивної роботи.

Гофунг, як і професор Р.І. Гельвіг (Київ) та доктор А.Л. Редаць (Одеса), усвідомлює необхідність покращення зуболікарської освіти, проте його когнітивний стиль характеризується скептицизмом щодо відірваного академічного ідеалізму. Він стверджує, що не всі представлені доповіді (серед яких і праця Р.І. Гельвіга) надають «реальні норми для якнайшвидшого здійснення цієї реформи». Це є центральною тезою його прагматичного реалізму: реформа має бути не просто ідеальною, а швидкою і реалістично досяжною. Цей підхід різко контрастує з «революційним» ідеалізмом Р.І. Гельвіга, який закликав «зробити одразу останній крок», тобто піти прямо в університет.

Основною мотиваційною установкою Е.М. Гофунга є захист професійної ідентичності одонтолога-практика від ризику маргіналізації загальномедичною спільнотою. Він висловлює значні побоювання щодо передачі питання реформи на розгляд «колегії професорів і лікарів, які, я стверджую, мають досить туманне уявлення про нашу науку». Цей аргумент розкриває напругу між корпоративною гордістю та зовнішнім академічним авторитетом. Гофунг підкреслює, що одонтологія, як наука, є високоспеціалізованою і складною, і університет не може надати слухачам навіть тих знань, які давали зуболікарські школи. Більше того, велика частина дентатрії, за його словами, складає «чисто механічний відділ і відділ тонкої механіки, який вимагає тривалих і наполегливих вправ у роботі на металах», а такий спеціальний відділ викладання навряд чи вдасться швидко створити в університетських стінах.

Гофунг використовує емпіричне підтвердження цінності практичного досвіду, вказуючи, що доктор А.Д. Редальє (Одеса) не досяг би свого статусу у спеціальності, якби «до вступу на медичний факультет він не був би зубним лікарем». Цей риторичний прийом є апеляцією до досвіду, що має на меті дезавувувати теоретичні аргументи радикалів і підкреслити, що справжній одонтолог формується в корпоративному середовищі, а не лише в академії. Навіть із «поганих шкіл виходять хороші зубні лікарі; і хто хоче, той навчається своїй справі». Ця фраза відображає віру в індивідуальну майстерність та самовідданість як визначальні фактори успіху, незалежно від інституційних недоліків.

Як наслідок, Ефим Михайлович рішуче підтримує створення одонтологічних інститутів за типом німецьких, які були б вилучені з приватних рук і які необхідно заснувати якнайскоріше. У цій моделі викладання спеціальних предметів має бути надано зубним лікарям (практикам) з науковим ступенем, які також можуть бути директорами інститутів. Це свідчить про його прагнення до професійної автономії та встановлення контролю над освітнім процесом всередині самої корпорації.

Цікавим психологічним дисонансом є його заклик до негайної реалізації прийнятих положень (затвердження яких, до речі, він бачить у типі інституту) «революційним шляхом». Хоча його освітня пропозиція є поміркованою, перехідний інститут замість радикального переходу до університету, він використовує революційний афектаційний стиль, що був поширений у 1917 році, для досягнення своєї корпоративної мети: захисту інститутської моделі як єдиної життєздатної для країни.

Таким чином, представник Харківського зуболікарського товариства Є.М. Гофунг може бути охарактеризований як прагматичний захисник професійної касты, який цінує досвід, економію сил та ресурсів (закриваючи приватні школи і концентруючи ресурси в державних інститутах) більше, ніж абстрактний академічний ідеал. Його психологічний профіль визначається насамперед прагненням до негайної, але контрольованої, реформи, яка забезпечить швидке формування кадрів і збереже самостійність одонтологічної науки від домінуючої загальної медицини.

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПРОФЕСОРА Р.І. ГЕЛЬВІГА:
КОГНІТИВНИЙ СТИЛЬ ТА МОТИВАЦІЙНІ ІМПЕРАТИВИ
АКАДЕМІЧНОГО РЕФОРМАТОРА (ЗА МАТЕРІАЛАМИ 5 З'ЇЗДУ
ЗУБОЛІКАРСЬКОГО СОЮЗУ 1917 РОКУ)**

Рябокоть Є.М., Рябокоть Р.Є.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна м. Харків, Україна

Аналіз доповіді та виступів професора Р.І. Гельвіга, представника Київської зуболікарської школи та Київського університету, на V делегатському з'їзді зуболікарського союзу (1917 р.) дозволяє виявити чітко окреслену когнітивну структуру та домінуючі мотиваційні установки, характерні для радикального академічного реформатора. Його виступи за з'їзді свідчать про домінування структурованої та дихотомічної логіки у мисленні Гельвіга, що є типовим для науковця, який прагне усунути інституційну двозначність. Автор чітко розмежовує варіанти реформи: повна

передача освіти до університету або створення самостійного урядового зуболікарського інституту. Таке бінарне структурування проблеми дозволяє йому підійти до її вирішення об'єктивно, розглядаючи її з науково-теоретичної та реально-практичної сторін. Ця подвійність та дихотомічна логіка свідчить про глибоке прагнення до порядку та класифікації. Для Гельвіга не існує «сірої зони» у питанні освіти; він шукає єдине, найбільш досконале і логічне рішення. Він застосовує методи критичного аналізу альтернатив, демонструючи гостре відчуття інституційної нераціональності. Він послідовно руйнує ідею зуболікарського інституту, вказуючи, що п'ятирічний курс у ньому є безглуздом, оскільки дублює університет. Він категорично заперечує розпорошення «рідких» наукових сил і «скудності коштів» у країні.

Ключовим психологічним механізмом, що рухає аргументацією Р.І. Гельвіга, є потреба у легітимізації, підвищенні професійного статусу одонтології та подолання інституційної стигми. Він намагається подолати історичну стигму, яка тривалий час розглядала зуболікування поза стінами університету (академії), згадуючи, що вона, як і хірургія, спершу «ютилася в кабінеті цирульника». Для Р.І. Гельвіга принципово важливо довести, що одонтологія є суворо біологічною дисципліною, тісно пов'язаною з іншими медичними науками, а жувальний апарат є такою ж законною та рівноправною частиною організму, як око чи вухо. Він підкреслює, що вся різниця у правовому положенні одонтології порівняно з офтальмологією чи гінекологією криється не в суті предмета, а в історичному ході розвитку та відображає гостру потребу у професійній емансипації. Автор висловлює зневагу до застарілої точки зору, згідно з якою зуби оцінювалися лише з точки зору косметики, зазначаючи, що така думка зберігається лише у тих, хто «відстав від життя». Це демонструє сильний захисний механізм ідентичності, спрямований на відкидання історичної стигматизації та утвердження академічної повноцінності його галузі.

Роман Іванович демонструє відмову від компромісів та проміжних рішень, що є наслідком його високої орієнтації на ідеал. У реально-практичному аналізі він послідовно руйнує концепцію зуболікарського інституту, доводячи її неефективність та нецільове розпорошення ресурсів. Він критикує ідею п'ятирічного інституту, оскільки вона дублює університетський курс, але призводить до того, що випускник отримує звання зубного лікаря, що є «сортом нижче», ніж лікар-дентіатр. Ця двоїстість та нерівноцінність освітнього результату є неприйнятною для Гельвіга.

У контексті аксіологічної ієрархії Гельвіга чітко простежується пріоритет фундаментальної науки над технічними навичками. Він різко критикує інститутську модель, яка не забезпечує необхідної загальномедичної підготовки. Створення інституту, за його аналізом, є нераціональним розпорошенням «рідких» наукових сил та ресурсів в умовах їхньої загальної нестачі. Це свідчить про високу цінність ефективності та концентрації ресурсів у його професійному мисленні. Гельвіг наголошує, що основне завдання університету, як академії – не «навчання технічним і ремісничим прийомам», а знайомство з методами наукового дослідження та розвиток здатності до самостійної творчої діяльності, як теоретичної, так і практичної. Інститут, на противагу цьому, дасть лише більшу технічну навичку, але «на шкоду загальній здатності до широкої творчої самодіяльності». Він заперечує побоювання щодо низької практичної підготовки, апелюючи до прикладів видатних випускників університетів (Пирогов, Мечников, Боткін). Цей контраст відображає ідеалістичну візію Гельвіга щодо ролі вченого-спеціаліста, який має бути «широко освіченим у загальномедичному відношенні лікарем» і вільно обирати свою спеціальність.

Таким чином, Роман Іванович проводить психологічну межу між «техніком» та «творчим діячем». Він стверджує, що університет дає здатність до «самостійної творчої діяльності». Натомість одонтологічний інститут, на

його думку, дасть лише «більшу технічну навичку, але на шкоду загальній здатності до широкої творчої самодіяльності». Це свідчить про ідеалістичне бачення ролі вченого. Для Гельвіга, вища освіта є інструментом для розвитку когнітивної гнучкості та самовдосконалення, а не просто набором навичок. Він відстоює пріоритет інтелектуальної свободи над ремісничим вмінням.

Доповідь була виголошена в 1917 році, в період соціальних та політичних потрясінь, що вплинуло на його риторику і заклик до рішучих дій. Афективний та риторичний компонент доповіді відображає високу внутрішню мотивацію та рішучість Р.І. Гельвіга, підсилену історичним контекстом 1917 року. Усвідомлюючи, що «старий режим упав» і «широка реформа університетів на черзі», він вимагає негайного і безкомпромісного рішення, закликаючи: «Ми повинні піти в університет. Зробимо відразу останній крок». Ця категоричність свідчить про його небажання приймати проміжні, компромісні стадії, такі як одонтологічний інститут, які, на його думку, лише зберегли б «двох сортів спеціалістів». Заклик до реформи інтегрується з ідеологією політичної свободи, оскільки він стверджує, що нова країна повинна мати «нову школу», яка буде вільною і підніме «знамя вільної науки». Цей афективний компонент свідчить про високу внутрішню мотивацію та рішучість. Він усвідомлює, що історичний момент (падіння старого режиму) вимагає негайних і радикальних рішень, без проміжних, компромісних етапів, які б могли затримати прогрес. Він також критикує тих, хто «відстав від життя» і досі дотримується старої точки зору. Хоча опоненти звинувачували його у «революційному викладі», він заперечував це, стверджуючи, що його доповідь була скоріше еволюційною, ґрунтуючись на ідеях великих мислителів-педагогів, таких як Пирогов, Лесгафт та Ушинський. Це свідчить про його потребу легітимізувати радикальність через авторитет класичної педагогічної думки. Таким чином, професор Роман Іванович виступає не просто як фахівець, а як радикальний академічний візіонер, чіє особисте прагнення до досконалості та визнання його наукової

дисципліни стало невіддільним від загальнонаціонального процесу становлення вільної автономної школи.

Крім того, Р.І. Гельвіг висловлює високу цінність академічної свободи та самовизначення. Він вважає, що студенти повинні обирати спеціальність свідомо і «з любов'ю» лише після ознайомлення з різними медичними дисциплінами, що уможлиблюється лише в університеті. Він рішуче виступає проти «закріпачувати у певній спеціальності». Врешті-решт, його позиція є захистом інтересів усієї тодішньої вищої школи. Він стверджує, що вступ одонтології до університету перетворить її проблеми на спільні проблеми, і тоді корпус лікарів-одонтологів зможе взяти участь у реформі всього академічного викладання. Підтримка Р.І. Гельвіга, зокрема його резолюції, була виражена переважною більшістю голосів делегатів. Його послідовність проявилася і в його особливій думці щодо прав дантистів, де він стверджував, що звання зубного лікаря має отримати лише той дантист, «хто є насправді зубним лікарем», тобто той, хто практикував або практикує. Цей нюанс додатково підкреслює його орієнтацію на реальний досвід, як критерій професійної ідентичності.

Таким чином, професор Р.І. Гельвіг постає як особистість з високою науковою самооцінкою, що керується ідеалами логіки, ефективності та академічної свободи. Він має чітке бачення кінцевої мети і демонструє низьку толерантність до компромісів та історичних анахронізмів. Його доповідь – це заклик до професійної емансипації, замаскований під раціональний план освітньої реформи, що відображає його глибоке переконання у необхідності негайного, радикального переходу до вищого академічного статусу.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету, Вячеслава Ждана	3
<u>Статті учасників конференції</u>	
Білаш В.П., Свінцицька Н.Л., Гринь В.Г., Брутян М.А., Ошурко Д.А., Сербін С.І., Дубина С.О., Бондаренко С.В. Умови виникнення емоційного вигорання у здобувачів вищої медичної освіти та науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти.....	4
Бісмак О.В., Качанова М.О. Моніторинг психоемоційного стану фізичних терапевтів у процесі професійної діяльності	9
Борисенко В. В. Патоморфоз шизофренії в умовах довготривалого хронічного стресу, спричиненого військовими діями: клініко-діагностичні аспекти.....	16
Дудіна О.В. Досвід Китаю у розвитку медичної реабілітації та можливості для України..	22
Ісаков Р.І., Герасименко Л.О., Казаков О.А. Етіопатоненетичні аспекти професійного вигорання	28
Катеренчук І.П., Циганенко І.В. Медична реабілітація: світовий досвід та українські реалії.....	33
Могильник А. І., Тарасенко К. В., Давиденко А. В., Архіповець О. О., Могильник А. М. Fast-track протокол у контексті прискореної реабілітації пацієнтів нейрохірургічного профілю.....	46
Орлова Н. М., Тонковид О.Б., Ткаченко О.В., Паламар І.В. Вплив війни на інвалідність дитячого населення України та його потребу у реабілітаційній допомозі	54
Родинський Р. О., Зайцев В. В. Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова під час АТО та ООС (2014-2022).....	64
Семененко Г.О., Калмикова Ю.С., Калмиков С.А. Використання програм рухової активності в реабілітації військовослужбовців після бойових дій.....	70
Сергата Є.В. Аналіз захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи у співробітників МВС.....	75
Філатова О.В., Філатова В.Л., Матвієнко Т.М., Саргош О.Д. Досвід західних країн в розвитку медичної реабілітації.....	90
<u>Тези учасників конференції</u>	
Дворник В.М., Кузь Г.М., Баля Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С., Шеметов О.В., Павліш І.В., Мартиненко І.М., Галаган Л.С. Вплив стоматологічних базисних матеріалів на тканини протезного поля.....	98
Голованова І. А., Корнета О. М. Визначення думки лікарів щодо основних проблем надання медичної допомоги військовослужбовцям та можливих шляхах їх вирішення.....	101
Баріло О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Кузько О. В., Свистунов Д. М. Фізіотерапевтична реабілітація після атипового видалення нижнього третього моляру, ускладненого травмою нижньоальвеолярного нерва.....	109
Боревич К. В., Мизгіна Т. Фізична терапія та ерготерапія при вогнепальних пораненнях плечової кістки: етапи та методи реабілітації.....	111
Бурдіна В. Р. Фізична реабілітація дітей з аутизмом.....	113
Вербовик Д. А., Мизгіна Т. Роль реабілітації у попередженні інвалідності в процесі лікування пацієнта: теоретичні засади , практичні підходи, перспективи.....	115
Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Професійне благополуччя, як складова концепції охорони психічного здоров'я	117
Гергель М. А. Використання фізіотерапії в процесі реабілітації осіб, які займаються фізичною культурою та спортом, в роботі КП «Полтавський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер Полтавської обласної ради».....	119
Горошко В. І. Цифрові двійники у сфері реабілітаційної та персоналізованої медицини...	121
Гринь К.В. Перший крок у лікуванні стрес-асоційованих розладів: психотерапія чи фармакотерапія?.....	123

Дубич К.В., Данилюк К.В. Міжнародна та вітчизняна практика організації реабілітації військовослужбовців.....	125
Жаботинська Н.В. Аналіз ефективності тренувань з обмеженим кровотоком для відновлення функції колінного суглоба після ендопротезування в довготривалому періоді реабілітації.....	129
Жильцов А.О. До питання психологічної сумісності у діяльності мультидисциплінарних реабілітаційних команд.....	131
Заярський М.І., Калашник Є.В., Кравченко З.Д. Ампутації кінцівок як соціально-медична проблема внаслідок загальних захворювань та військових дій.....	134
Ільчишин М.П., Баб'ячок А.І., Федун І.Р., Кендра І.В., Кіндій І.Л. Особливості пародонтологічного статусу у військовослужбовців.....	138
Ільчишин М.П., Дац І.В., Вервега Б.М. Конусно-променева комп'ютерна томографія як метод оцінки регенерації лунок видалених зубів після аугментації.....	140
Кабак О. Ю., Мизгіна Т. Роль реабілітаційного супроводу пацієнта у підвищенні якості життя та зниження рівня інвалідності.....	142
О.М.Кетова, А.В.Остапов, Т.І. Мизгіна. Реабілітація жінок після гістеректомії.....	145
Коршенко В. О., Саргош О. Д., Матвієнко Т. М., Філатова В. Л., Крицька Н. В. Травматизм реабілітологів на робочому місці (за матеріалами зарубіжних та вітчизняних джерел).....	147
Краснова О. І., Ляхова Н.О., Подвін А.М., Краснов О.Г. Проблемні питання організації санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз	150
Крячкова Л.В., Хайтов Р.П., Кротова Л.О. Виклики респонсивності системи охорони здоров'я щодо прогнозованих реабілітаційних потреб ветеранів.....	152
Курдиш Л.Ф., Гаджула Н.Г., Перлова А.В., Повшенюк А.В., Мунтян О.В. Техніка емоційного звільнення (emotional freedom techniques) для профілактики професійного вигорання лікарів-стоматологів.....	155
Кучер В.Я. Оцінювання ефективності реабілітаційного втручання за modified harris hip score у пацієнтів з наслідками білатерального ендопротезування кульшових суглобів	158
Люлька О. М. Особливості післяопераційної реабілітації хворих, оперованих на органах черевної порожнини.....	161
Мельник В. М. Сучасні проблеми кадрового забезпечення надання реабілітаційних послуг населенню на рівні громад.....	163
Михальчук В. М. Сучасні інституції з державного регулювання реабілітації військовослужбовців в умовах воєнного стану.....	166
Немченко І.І., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Прихідько Р.А., Краснов О.Г. Ефективність використання мазі «Йодадін» в лікуванні хворих з гнійно- запальними процесами м'яких тканин.....	170
Микитюк А.І. Корекція параметрів харчового статусу засобами фізичної терапії у пацієнтів після резекції печінки з приводу колоректальних метастазів.....	174
Миронюк Я.В. Ефективність методу нейром'язової активації у лікуванні болю в попереку у пацієнтки з високим рівнем тривожності.....	176
Мосієнко А.С., Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Максименко А.І. Вплив психоемоційного стресу та рівня кортизолу на розвиток карієсу у дітей внутрішньо переміщених осіб: проблеми профілактики.....	178
Овдій М.О., Яременко Л.М., Дмитренко А.М. Нутритивні інтервенції, як важлива складова сучасної реабілітації у пацієнтів з хронічним у боєм у нижній ділянці спини.....	181
Орлова Ю.А., Громова А.М., Талаш В.В., Мітюніна Н.І., Мартиненко В.Б., Крутікова Е.І., Ляховська Т.Ю., Прилуцька Н.О., Бережна В.А. Реабілітація жінки після перенесених запальних захворювань органів малого тазу.....	183
Охріменко І. М., Пронтенко К. В. Симптоматика стресу у курсантів в умовах війни.....	186
Парцей О.С. Динаміка функціонального відновлення пацієнтів з наслідками тотальної артропластики кульшового суглобу та ожирінням за forgotten joint score-12 під впливом	

фізичної терапії	190
Пастушенко І.П. Сервісний супровід процесу реабілітації військовослужбовців в медичних закладах.....	192
Поліщук С. С., Барило О. С., Фурман Р. Л., Кузько О. В., Свистунов Д. М. Медикаментозна реабілітація після атипового видалення нижнього третього моляру, ускладненого травмою нижньоальвеолярного нерва.....	195
Полтава В. С., Ляхова Н. О., Подвін А. М., Краснова О. І., Хорош М. В. Заходи щодо покращення репродуктивного здоров'я жінок на регіональному рівні.....	197
Поцулко О.А., Барась А.А. Монотипія як арт-терапевтична технологія відновлення психічної рівноваги військовослужбовців – учасників бойових дій	201
В.Ф. Почерняєва. Стратегія енерготропної терапії в програмах фізичної реабілітації пацієнтів усіх категорій.....	204
Рукавіщин Олег. Оптимізація процесу реабілітації пацієнта після пластики передньої хрестоподібної зв'язки за допомогою методу нейро-м'язової активації (neurac).....	206
Саргош О.Д., Матвієнко Т.М., Філатова В.Л., Коршенко В.О., Тиха А.С., Станкевич С.Т. Дослідження емоційного вигорання серед здобувачів вищої медичної освіти з урахуванням психогігієнічних аспектів.....	209
Белікова І.В., Кундій Ж.П., Донченко В.І., Радченко Н.Р. Державна політика в організації реабілітації в Україні: сучасні виклики та стратегічні орієнтири.....	212
Хайлов А. В., Коршенко В. О., Журавльов А. М. Професійне вигорання серед ерготерапевтів та реабілітологів (за матеріалами міжнародних джерел).....	216
Хміль О.В, Хміль Д.О., Карлінська О.Г., Цілуйко О.В. Особливості медичної та психологічної допомоги дітям під час воєнного стану.....	221
Чернявський В.В. Воєнна стоматологія: виклики, інновації та надання допомоги в умовах бойових дій.....	223
Яковська А. І. High-intensity gait training (hit) після інсульту: протипоказання, безпека та розрахунок інтенсивності.....	230
Янішен І.В., Кричка Н.В., Куліш С.А. Позитивні сторони повного знімного протезу: ключ до ефективної реабілітації беззубих пацієнтів.....	234
Лілія Яременко, Алла Жук. Професійне вигорання медичних працівників: етіологія, патогенез, профілактика.....	237
Янішен І.В., Куліш С.А., Кричка Н.В., Погоріла А.В. Зберігаюча методика реабілітації стоматологічних пацієнтів з поодинокими зубами.....	240
Lyubov Vlasyk, Ashish Giri, Kadam Swarup Satish. Anxiety in medical students: prevalence, predictors and prevention strategies.....	243
<i>Історія медицини</i>	
Саргош О.Д., Матвієнко Т.М., Філатова В.Л., Коршенко В.О., Буря Л.В., Комишан І.В., Романюк М.В., Коваленко Т.І., Приліпка К.О., Рак Т.І. Пам'яті вчителя.....	246
Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є. Є.М. Гофунг як прагматичний консерватор: психологія професійної автономії та відстоювання інститутської моделі в одонтологічній реформі 1917 року.....	248
Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є. Психологічний профіль професора Р.І.Гельвіга: когнітивний стиль та мотиваційні імперативи академічного реформатора (за матеріалами 5 з'їзду зуболікарського союзу 1917 року).....	250
ЗМІСТ	255