

ЛІТЕРАТУРА

1. Киселевська С. М. Здоров'я та біологічний вік: методичні вказівки для 3-11 студентів спеціальної медичної групи / С. М. Киселевська, Т. В. Євсюкова. – Київ: КНУБА, 2017. – 27 с.
2. Присяжнюк С.І. Біологічний вік та здоров'я студентської молоді : [монографія] / С.І. Присяжнюк. – К.: Центр навчальної літератури, 2010. – 300 с
3. Церковная Е.В. Биологический возраст и темпы старения студентов с разным уровнем двигательной активности / Е.В. Церковная, А.Л. Нефедова, В.Н. Осипов, О.А. Миргород // Физическое воспитание студентов. – 2011. – № 1. – С. 130 – 132.
4. Грибок Н.М. Порівняльний аналіз біологічного віку студентів педагогічного університету / Н.М. Грибок, Р.О.Проць // Здоровье, спорт, реабилитация: научный журнал по проблемам физического воспитания, спорта, реабилитация и рекреации. – Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, 2017. – № 3. – С. 3 – 10.
5. Коханець П.П. Взаємозв'язки показників фізичного розвитку, функціональної підготовленості і психофізіологічних характеристик студентів-футзалістів 1-го і 2-го курсів / П.П. Коханець // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. –2010. – № 1. – С. 74-78.
6. Боярська З. О. Порівняльна характеристика біологічного віку українських юнаків у залежності від країни проживання (Україна та Польща) / З.О. Боярська // Science Review. – 2018. – №3. – С. 21–23.
7. Лошицька Т.І. Біологічний вік та темпи старіння організму студентів / Т.І. Лошицька // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 7. – С. 50 – 52
8. Фединяк Н. В. Антиейджинг засобами фізичного виховання (на прикладі плавання) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. [спец.] 24.00.0 "Фізкультура, фізичне виховання різних груп населення" / Фединяк Назарій Вікторович – Івано-Франківськ, 2016. – 17 с.

ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПІСЛЯ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ НА ПРИКЛАДІ М. УЖГОРОД

Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: модель реабілітаційної допомоги, ургентні хірургічні втручання, гострі захворювання органів черевної порожнини.

Хірургічна операція, з патофізіологічної точки зору, являє собою багатокomпонентний стрес, який викликає порушення функцій життєво важливих органів і систем хворого. Ургентні оперативні втручання, що виконуються з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини, істотно змінюють діяльність дихальної, серцево-судинної, травної, видільної та інших систем організму хворого. Це обумовлено тим, що сильні больові імпульси, в надмірній кількості виходять з операційної рани і наркотичні речовини, які циркулюють в кровоносному руслі хворого, порушують регулюючу діяльність центральної нервової системи, пригнічують і перевертають компенсаторно-приспосувальні реакції організму хворого [1].

За даними ВООЗ у 20 - 30% хворих, що підлягають хірургічному лікуванню, виявляється ще одне або декілька захворювань, котрі потребують даного лікування [2].

Порушення діяльності дихальної та серцево-судинної систем, зниження перистальтики кишківника вважаються післяопераційними ускладненнями, які вимагають

відповідної корекції, тому що при їх прогресуванні, навіть технічно правильно виконана операція, нерідко закінчується смертельними наслідками. Тому в сучасній хірургії прийнятий метод активного ведення хворих після операцій, з використанням різних рухових режимів і таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізична культура, масаж і фізіотерапія [1].

Не зважаючи на наявність великої кількості розроблених, обґрунтованих і впроваджених комплексних програм реабілітації пацієнтів хірургічного профілю [3, 4], на сьогодні не розроблено уніфікованих організаційних моделей реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині в умовах реформування як системи надання медичної допомоги, так і реабілітаційної допомоги, зокрема.

Мета роботи – розробити організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань (УХВ) на черевній порожнині на місцевому рівні (на прикладі закладу охорони здоров'я м. Ужгород)

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження виступила модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на прикладі м. Ужгород. У роботі використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний метод для аналізу наукової та науково-методичної літератури; структурно-логічного аналізу відомих і існуючих програм реабілітації хірургічних пацієнтів і моделей організації їх виконання в закладах охорони здоров'я та методи описового та структурно-функціонального моделювання для розробки і обґрунтування організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на прикладі обраного закладу охорони здоров'я м. Ужгорода .

Результати дослідження та їх обговорення

У зв'язку з карантинними обмеженнями, пов'язаними з епідемією коронавірусної хвороби безпосередня робота в закладі охорони здоров'я була обмежена. Тому було використано інформацію з доступних джерел та її аналіз в частині фактичної та потенційно можливої організації системи надання реабілітаційних послуг пацієнтам, які проходили оперативне лікування з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини на базі хірургічних підрозділів КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Ужгородської міської ради.

На сучасному етапі розвитку науки і практики лікування хворих з хірургічними захворюваннями проводять комплексно, з активним веденням пацієнта в післяопераційному періоді. Медична реабілітація хворих з хірургічною патологією включає доопераційну підготовку, власне оперативне втручання, медикаментозну терапію і засоби фізичної реабілітації - лікувальну фізкультуру, масаж і фізіотерапію, яку використовують в лікарняному періоді реабілітації.

При розробці організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на місцевому рівні за основу нами були взято системний підхід до формування мети, цілей та завдань фізичної реабілітації [5]. Згідно такого підходу, мета системи фізичної реабілітації може бути декомпонована в цілі системних реабілітаційних процесів – функціональних підсистем:

- **ціль обстеження** – описати функціональні проблеми (установити реабілітаційний діагноз);
- **ціль планування** – спланувати проведення реабілітаційних заходів (створити індивідуальну програму фізичної реабілітації);
- **ціль втручання** – досягнути визначеного рівня функцій на конкретному проміжку часу (виконати реабілітаційну програму);
- **ціль контролю** – підтримка функціонування системи фізичної реабілітації.

Зазначені цілі – кінцевий результат діяльності фізичного терапевта та пацієнта на різних етапах реабілітаційного процесу. Послідовне досягнення цілей функціональних підсистем відкриває шлях до досягнення мети фізичної реабілітації, яка визначає структуру реабілітаційного процесу, упорядковує його системно. Цілі функціональних підсистем

можуть бути декомпоновані на менші. Насамперед, це стосується цілей втручання. Потрібно наголосити, що саме їх мають на увазі фахівці, коли говорять про цілі реабілітації та їх постановку в SMART-форматі [6]. Правильна постановка цілі втручання, її чіткий і конкретний опис (бажано в кількісних показниках) забезпечать виконання нею ролі системоутворювального чинника на етапі виконання реабілітаційної програми.

На відміну від цілей, завдання потребують лише згоди пацієнта на виконання, а не попереднього обговорення та узгодження [5].

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є важливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у постановці цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності фахівця із реабілітації.

На основі даних, отриманих під час обстеження пацієнта, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання. Реабілітаційні втручання — це послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезіотерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики.

Надзвичайно важливим етапом розвитку нової системи реабілітаційної допомоги є раціональна організація надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині, модель якої спрямована на визначення оптимального обсягу реабілітаційних послуг. В основі формування запропонованої моделі використано наступні підходи:

1. Пацієнт-центрований, або клієнт-центрований підхід;
2. Мультидисциплінарний підхід;
3. Оптиміальне використання наявних ресурсів;
4. Максимальне залучення до процесу реабілітації не тільки пацієнта, а також осіб з близького оточення.

Спираючись на наведені підходи розроблено організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині (рисунк).



Рисунок. Організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині (розробка авторів на основі [7]).

Стационарний етап реабілітації розпочинається з моменту госпіталізації хворого.

Рання реабілітація в лікарні забезпечується однією мультидисциплінарною командою, до якої окрім лікуючого лікаря, медичної сестри та фізичного терапевта включено і представників близького оточення пацієнта. Кожен член мультидисциплінарної команди має свої чіткі функції, але синхронізує і узгоджує їх з усіма іншими членами команди. Важливим учасником мультидисциплінарної команди на цьому етапі стають представники близького оточення пацієнта, які приймають пряму безпосередню участь в реалізації реабілітаційних заходів і забезпечують як психоемоційну підтримку пацієнта, так і можуть безпосередньо приймати участь у заходах фізичної терапії, виконуючи функції асистента фізичного терапевта, посади яких наразі в більшості закладів охорони здоров'я не введені [7].

Постстаціонарний етап реабілітації починається після виписки хворого з лікарні. Послуги відновного лікування пацієнту надає мультидисциплінарна бригада, яка складається з лікаря реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога. Лікар реабілітаційної медицини контролює призначене медикаментозне лікування з метою профілактики післяопераційних ускладнень, здійснює контроль відновного лікування, координує всіх членів бригади. Основними завданнями на пост стаціонарному етапі є: зменшення больового синдрому після операції, відновлення знижених функцій організму після оперативних втручань, підвищення загальної резистентності організму, підвищення толерантності до фізичних, побутових, трудових навантажень, профілактика ускладнень.

Постстаціонарний етап реабілітації може проходити в амбулаторно-поліклінічних та/або санаторно-курортних умовах. Для пацієнтів, які перенесли ургентні операції на органах черевної порожнини в даній моделі реабілітації було передбачено лише санаторно-курортне відновне лікування та оздоровлення. На нашу думку, при ефективній реалізації стаціонарного етапу, навчання пацієнта та його близького оточення правилам і методикам самостійних (індивідуальних) занять з лікувальної фізичної культури, правилам дозувань навантаження та інших методів фізичної терапії, потреби в амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації немає. Такі особливості моделі для пацієнтів дозволить більш раціонально використовувати обмежені ресурси реабілітаційних відділень амбулаторно-поліклінічних підрозділів.

Раціональною реалізацією диспансерного етапу є залучення до мультидисциплінарної команди професійного медичного психолога для підтримки психологічного стану пацієнта після перенесеної операції. Основною метою диспансерного етапу є нагляд за пацієнтами, що перенесли УХВ на органах черевної порожнини. Основними заходами диспансерного нагляду є: підтримка і покращення фізичного стану; підтримка загальної та фізичної працездатності; проведення профілактичних заходів; направлення на оздоровлення в санаторії або курорти; медичні обстеження (особливе місце тут займають спеціальні тести з фізичним навантаженням, що визначають функціональні можливості організму); заняття лікувальною фізичною культурою в кабінетах фізичної терапії чи самостійно; за необхідності надання рекомендацій, щодо адекватності обсягу та умов праці, можливої потреби в перекваліфікації і способу життя, загалом. Диспансерний нагляд проводиться за місцем проживання особи.

Висновок. Розроблена організаційна модель реабілітаційної допомоги хворим після ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини на прикладі закладу охорони здоров'я міста Ужгорода, який надає екстрену хірургічну допомогу пацієнтам з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, дає можливість раціонально використовувати наявні ресурси з збереженням максимального медичного та соціального ефекту реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Утеулиев Е.С., Калиаскаров Е.Ш., Рамазанов М.Е., Курмашов Е.Е. Разработка модели этапной реабилитации в абдоминальной хирургии. Вестник КазНМУ, 2017; №4. С. 195-197.
2. Польовий В.П., Сидорчук Р.І., Арсенюк В.В., Райляну С.І., Карлійчук О.О., Паляниця А.С. Симультанна герніопластика в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2016; Т. 15, № 3. С. 89-91.

3. Мурза В.П., Мухін В.М. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. К.: Науковий світ, 2008. 246 с

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. Вид. 3-тє, перероб. та доп. К.: Олімпійська література, 2010. 488 с.

5. Герцик А. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід. 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/11630/1/Andrey%20Hertsik.pdf>

6. Bovend'Eerd T. J., Botell R. E., Wade D. T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. 30. Clin Rehab. 2009; 23:352, p. 361.

7. Малешко Г.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Брич В.В. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2 (55). С. 87-96.

CECHY SZCZEGÓLNOŚCI OBJAWÓW DYSTONII NEUROKRĄŻENIA W MŁODOŚCI

Streltsova Yu.O.

Żytomierski Instytut Medyczny Rady Obwodowej Żytomierza

PECULIARITIES OF MANIFESTATIONS OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN ADOLESCENCE

Streltsova Y.O.

Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council

Adnotacja. Dystonia neurokrążeniowa jest chorobą funkcjonalną, której podstawą jest naruszenie neurodynamicznej autonomicznej regulacji narządów wewnętrznych i naczyń krwionośnych. Zgodnie z literaturą dotyczącą okresu dorastania i adolescencji częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta na tle dysfunkcji autonomicznej. Dostosowanie hormonalne związane z wiekiem jest ważne w powstawaniu dystonii neurokrążeniowej. Rozwój dystonii neurokrążeniowej u nastolatków wiąże się z reorganizacjami neuroendokrynnymi, które są aktywne w okresie dojrzewania. Patogeneza tego zaburzenia opiera się na zachwianiu równowagi między układem współczulnym i przywspółczulnym, spowodowanym rozpadem wyższych ośrodków autonomicznych. Przebieg choroby u dzieci i młodzieży jest zwykle łagodny.

Słowa kluczowe. Dystonia nerwowo-krążeniowa, młodzież, przebieg, objawy kliniczne, dojrzewanie, patogeneza.

Abstract. Neurocirculatory dystonia is a functional disease based on a violation of neurodynamic autonomic regulation of internal organs and blood vessels. According to the literature, the frequency of arterial hypertension increases in adolescence and adolescence on the background of autonomic dysfunction. Age-related hormonal adjustment is important in the formation of neurocirculatory dystonia. The development of neurocirculatory dystonia in adolescents is associated with neuroendocrine rearrangements that are active during puberty. The pathogenesis of this disorder is based on the imbalance between the sympathetic and parasympathetic systems due to the disintegration of the higher autonomic centers. The course of the disease in children and adolescents is usually benign.

Key words. Neurocirculatory dystonia, adolescents, course, clinical signs, puberty, pathogenesis.

Pilność problemu. W ogólnej strukturze chorób sercowo-naczyniowych dystonia nerwowo-krążeniowa (NCD) wynosi 32-50%, a u młodzieży - do 75%. Objawy NCD stwierdzono u młodzieży w wieku 15-18 lat: u chłopców 49,4%, dziewcząt - 39,1% [1, s. 104]. NCD wykrywany w okresie dojrzewania (10-20 lat), pod wpływem czynników ryzyka może prowadzić do rozwoju