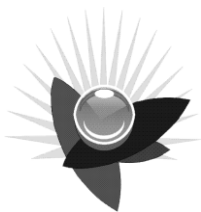


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ»

**САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ:  
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ**

Матеріали науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
(30 вересня – 1 жовтня 2021 року, м. Одеса)



Одеса 2021

УДК 615.838+616-036.8

**Головний редактор:**

д. мед. наук, професор, ЗДНТ України К. Д. Бабов

**Редакційна колегія:**

д. держ. упр., професор Т. М. Безверхнюк

д. мед. наук, с. н.с. І. Б. Заболотна

к. мед. наук, доцент О. Л. Плакіда

к. геогр. наук, с.н.с. О. І. Цуркан

к. держ. упр. С.А. Сенча

*Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», протокол № 14 від 10.09.2021 р.*

C18 Санаторно-курортне лікування та реабілітація: сучасні тенденції розвитку: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (Одеса, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.). — Одеса: Поліграф, 2021. — 190 с.

**ISBN 978-966-2326-67-3**

До збірника матеріалів ввійшли тези доповідей, подані учасниками науково-практичної конференції з міжнародною участю «Санаторно-курортне лікування та реабілітація: сучасні тенденції розвитку» (30 вересня – 01 жовтня 2021 року, ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»). У публікаціях представлено наукові результати з актуальних питань організації санаторно-курортного лікування та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, комплексного дослідження природних лікувальних ресурсів і розвитку курортних територій, підвищення якості надання санаторно-курортних послуг.

Тексти публікуються в авторській редакції. За науковий зміст і якість поданих матеріалів відповідають автори.

**ISBN 978-966-2326-67-3**

© ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 2021

3. Немедикаментозные способы лечения головных болей напряжения у детей школьного возраста / В. В. Полунина, Е. Ю. Сергеенко, О. В. Ярустовская, В. С. Полунин // Вестник РГМУ. 2017. № 6. С. 23–28. URL: 10.24075/vrgmu.2017-06-04.

4. Есин Р. Г. Современные подходы к коррекции дезадаптационных (психовегетативных) расстройств у детей и подростков с головной болью напряжения / Р. Г. Есин, О. Р. Есин, Р. Ф. Шамсутдинова // Педиатрия. 2015. Т. 94, № 1. С. 106–112.

5. Gorsha O. V. Clinical and functional assessment of the effectiveness kinesiotaping reductive treatment of cervicogenic headache in children / O. V. Gorsha, N. V. Korolenko // Journal of Education, Health and Sport 2016. Vol. 6, N 1. P. 333–340.

6. Лекція з циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Цефалгії: клініка, діагностика та лікування» / Н. К. Свиридова, Г. М. Чуприна, Т. П. Парнікоза [та ін.] // Східно-Європейський неврологічний журнал. 2018. № 2. С. 12–18.

7. Зальман П. Л. Дифференцированный метод рефлексотерапии в лечении болевого синдрома вертеброгенного генеза у детей и подростков / П. Л. Зальман // Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине: VIII Междунар. конгр., 10–14 сент. 2018 г., Санкт-Петербург: науч. тр.

8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // Cephalalgia. 2013. Vol. 33, N 9. – P. 629–808.

## **ВИСОКОТОНОВА ТЕРАПІЯ – НЕЙРОВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ МЕХАНІЗМ ДІЇ ТА ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ШЕМІЇ МОЗКУ ТА СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

**Шмакова І.П., Паніна С.О.**

*Одеський національний медичний університет*

**Актуальність.** Коморбідність – це поєднання у одного хворого двох або більше хронічних захворювань, які етіопатогенетично взаємопов'язані між собою або збігається у часі їх поява незалежно від активності кожного з них. Коморбідність є незалежним чинником ризику летальності та суттєво впливає на прогноз захворювання і життя. Кількість коморбідних захворювань підвищується з віком: 10 % – у віці до 19 років та 80 % – у осіб від 80 років і старше.

Вплив коморбідності на перебіг захворювань у пацієнтів з коморбідними захворюваннями проявляється у наступному: зростає тяжкість перебігу і погіршується прогноз; утруднюється первинна діагностика захворювання; знижується ефективність терапії; виникає необхідність врахування взаємного впливу медикаментів; значно збільшуються медичні ресурси; підвищу-

ються ризику появи побічних ефектів; знижується прихильність пацієнтів до лікування; збільшується потреба в додаткових дослідженнях.

Все це вимагає включення до стандартної терапії пацієнтів з коморбідною патологією додаткових немедикаментозних методів лікування для підвищення ефективності лікування. Сьогодні 2,4 мільярда осіб у світі мають такі порушення здоров'я, які може полегшити реабілітація.

Одним із сучасних методів реабілітації є високотонава терапія, застосування якої широко поширене у всьому світі. Головна мета високотонавої терапії – прямий ефект на метаболізм клітин у мітохондріях. Вкрай важливим є вплив високотонавої терапії при таких коморбідних захворюваннях, як цукровий діабет 2 типу (ЦД 2), гіпертонічна хвороба (ГХ) та хронічна ішемія мозку (ХІМ).

Мета: оцінити якість життя пацієнтів з коморбідною патологією при включенні у комплексне лікування високотонавої терапії HiTOP 4 touch.

Проведено комплексне лікування 2 груп пацієнтів з включенням до базової схеми лікування високотонавої терапії – усього 80 хворих (чоловіків – 34, жінок – 46) у віці від 41 до 79 років. I група – пацієнти з ГХ та ХІМ – 38 хворих та II група – пацієнти з ГХ, ХІМ та супутнім ЦД 2 типу – 42 хворих. Середній вік у I групі становив (ГХ, ХІМ) – 61,5 років, у II групі (ЦД, ГХ, ХІМ) – 65,5 років. I група отримувала лізиноприл та амлодипін у одній таблетці (10 мг/5 мг) 1 раз на добу та II група додатково до вищезазначеної терапії отримувала метформін у дозі 500 мг 1 раз на добу під час прийому їжі. Додатково кожна група отримала курс у вигляді 10 сеансів високотонавої терапії HiTOP 4 touch за загальною методикою: 2 електроди на ступні, 2 на передпліччя та один на шийно-комірцеву зону.

Усім пацієнтам обох груп було проведено визначення їх когнітивного стану, ступеню тривоги та депресії, а також оцінка якості життя до та після проведення курсу високотонавої терапії. Для цього використовували валідні оціночні тести, такі як Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment (MoCA)), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та SF-36 Анкета оцінки якості життя.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався з використанням пакетів STATISTICA 7.0 та Microsoft Excel 2003 з інтеграцією AtteStat 12.5, інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis). Середні вибіркові значення кількісних ознак приведені в тексті у вигляді  $M \pm m$ , де  $M$  – середнє вибіркоче,  $m$  – помилка середнього. Частки (відсотки) представлені з 95 % довірчими інтервалами. У всіх процедурах статистичного аналізу при перевірці нульових гіпотез критичний рівень значущості  $p$  приймався рівним 0,05. Перевірка нормальності розподілу проводилася трьома методами: графічним (за допомогою побудови «графіків нормального розподілу»), Колмогорова-Смирнова і Шапіро-Уїлка. У зв'язку з тим, що більшість всіх кількісних ознак в групах порівняння не мали нормального розподілу, тому для порівняння основних параметрів груп застосовувалися непараметричні

методи – медіанний тест Краскела-Уолліса, тест Вілкоксона, Манна-Уїтні і тест Ван дер Вардена. Також, з метою оцінки значущості відмінності між середніми в групах порівняння застосовувався дисперсійний аналіз.

Результати оцінки якості життя до та після проходження курсу високотонної терапії HiTOP 4 touch у I групі (ГХ, ХІМ) полягають у наступному.

Динаміка показників після проходження високотонної терапії у I групі показала підвищення якості життя за майже усіма показниками: GH – загальний стан здоров'я ( $p < 0,05$ ); MH – психічне здоров'я ( $p < 0,001$ ); PF – фізичне функціонування ( $p < 0,05$ ); RE – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом ( $p < 0,001$ ); RP – рольове функціонування, обумовлене фізичним станом ( $p < 0,01$ ); SF – соціальне функціонування ( $p < 0,01$ ); VT – життєва активність ( $p < 0,001$ ).

Тільки показник BP – інтенсивності болю не досяг рівня статистичної достовірності ( $p > 0,05$ ). Зазначимо, що дані значення інтенсивності болю у I групі (ГХ, ХІМ) були обумовлені супутньою патологією опорно-рухового апарату, яка є дуже розповсюдженою у даного контингенту хворих – у 52 % пацієнтів з остеоартрозом встановлено діагноз гіпертонічна хвороба.

У II групі (ЦД 2 типу) зміни якості життя до та після проходження курсу високотонної терапії характеризувались таким чином. Отримано такі результати покращення якості життя: BP – інтенсивність болю ( $p < 0,01$ ), MH – психічне здоров'я ( $p < 0,05$ ), RE – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом ( $p < 0,01$ ), RP – рольове функціонування, обумовлене фізичним станом ( $p < 0,05$ ), SF – соціальне функціонування ( $p < 0,05$ ).

Показник інтенсивності болю у даній групі пацієнтів був обумовлений діабетичною полінейропатією як наслідком ускладнення цукрового діабету. Він зазнав статистично значимого регресу за рахунок проведення даного реабілітаційного курсу.

Деякі показники не досягли рівня статистичної достовірності: GH – загальний стан здоров'я ( $p > 0,05$ ), PF – фізичне функціонування ( $p > 0,05$ ), VT – життєва активність ( $p > 0,05$ ).

Тобто, 5 з 8 показників якості життя за шкалою SF-36 зазнали статистично значущого покращення. Попередні дослідження демонстрували незначну або помірну ефективність у покращенні якості життя пацієнтів з цукровим діабетом. Це підкреслює високу ефективність даного реабілітаційного методу при коморбідній патології та необхідність його застосування.

Проведено визначення ступеню когнітивних порушень у двох групах пацієнтів за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та оцінено ступінь змін після використання високотонної терапії HiTOP 4 touch.

На початку дослідження результат MoCA тесту у I групі складав 23,5 бали, а після 27,02 бали. Тобто, покращення когнітивних функцій на 3,52 бала ( $p < 0,001$ ) дає змогу рекомендувати даний вид терапії цьому контингенту хворих.

Також було проведено тестування когнітивних порушень пацієнтів II групи (ЦД, ГХ, ХІМ) до та після реабілітаційного курсу.

Початкові показники тестування МоСА у II групі склали у середньому 23,23 бали, а після курсу високотонавої терапії 25,5 бали, тобто ми бачимо покращення когнітивних функцій на 2,27 бали ( $p < 0,05$ ), що у порівнянні з I групою показує дещо нижчий результат. Це пояснюється більш складним метаболічним ураженням головного мозку при супутньому ЦД 2 типу.

Оцінка рівня тривоги та депресії за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) до та після курсу високотонавої терапії у I групі показала наступне.

У I групі (ГХ, ХІМ) рівень тривоги на початку становив 8,63 бали, що відповідає субклінічно вираженій тривозі, а після проходження курсу високотонавої терапії показник був у межах норми – 6,57 бала, тобто рівень тривоги знизився на 2,06 бали ( $p < 0,01$ ). При тестуванні на депресію обидва показники (до та після високотонавої терапії) знаходились у межах норми і склали: до – 6,86 бали, а після – 4,94 бали, тобто різниця склала 1,92 бали ( $p < 0,05$ ).

У II групі початковий рівень тривоги був вищий на 1,77 бали, ніж у I групі, і склав 10,4 бали, що відповідає клінічно вираженій тривозі та після проходження курсу високотонавої терапії становив 6,1 бал, тобто повернувся у межі норми, різниця склала 4,3 бали ( $p < 0,01$ ).

Рівень депресії на початку терапії склав 7,03 бали, що відповідає субклінічно вираженій депресії, а після проходження курсу високотонавої терапії показник був у межах норми – 6,5 бали, тобто рівень депресії знизився на 0,53 бали.

Високотонава терапія є максимально ефективною за наявності тривоги у пацієнтів з коморбідною патологією ЦД, ГХ, ХІМ. Це пояснюється впливом струмів надтональної частоти при проведенні курсу високотонавої терапії на молекулярні механізми клітин, а саме на мітохондрії.

## **МІНЕРАЛЬНІ ВОДИ ЯК СКЛАДОВА САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ В ПЕРІОДІ РЕМІСІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Шмакова І.П., Шаповалова Г.А., Коверга О.П.**

*Одеський національний медичний університет*

Останніми роками значно підвищились ефективність лікування і прогноз при різних онкологічних захворюваннях (ОЗ) у дітей. Реабілітація дітей після спеціального лікування спрямована на підвищення якості життя, але багато питань залишаються невирішеними. Зокрема, у СКР застосовуються