Міністерство охорони здоров'я України
Міністерство освіти і науки України
Національна Академія педагогічних наук України
Національна Академія медичних наук України
Європейська академія наук та мистецтв
Українська технологічна академія
ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи НАПН
Університет Яна Кохановского в Кельце, Польща
ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Харківський національний університет радіоелектроніки
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Університет Григорія Сковороди в Переяславі
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Київський медичний університет
Інститут медичних та фармацевтичних наук МАУП
Українська інженерно-педагогічна академія
Міжнародний гуманітарний університет
Українська асоціація «Комп'ютерна медицина»
Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна
Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевського
Київський університет права Національної академії наук України

Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини

За загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка

Київ
КВІЦ
2023

УДК 616:001.2

Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини. Збірник наукових праць за загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка. 2023. Київ. КВІЦ. 260 с.

Друкується за рішенням Вченої Ради ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» (протокол № 2 від 29.03.2023 року).

Збірник наукових праць виданий за результатами роботи XVII науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини», що відбулась 09 лютого 2023 року на базі Національної академії педагогічних наук України, м. Київ. Організатор конференції – ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Видання охоплює широкий спектр новітніх досліджень у напрямах: медико-соціальні та психологічні проблеми здоров'я людини; об'єктивізація стану пацієнта: діагностика, лікування, реабілітація; розвиток реабілітації та абілітації в системі охорони здоров'я; державне управління системою надання клінічної медико-психологічної реабілітаційної та абілітаційної допомоги; інформаційно-когнітивні та біомедичні технології та інженерні рішення в медичній практиці; сучасний розвиток медичної техніки та апаратного забезпечення клінічного реабілітаційного процесу; інформаційні технології у реабілітаційному процесі; мультидисциплінарний підхід, впровадження «бригадного» принципу організації клінічної реабілітаційної допомоги; сучасні алгоритми психіатричної, психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги населенню; освітньо-інформаційні технології професійної підготовки лікарів, психологів, фахівців з реабілітації.

Книга призначена для науковців та практиків у вказаних напрямах досліджень, менеджерів, законодавців, організаторів охорони здоров'я, спеціалістів у сфері медичної інженерії та інформатики, викладачів і студентів.

Автори:

Панченко О.А., Аврунін О.Г., Андрющенко М.Т., Антипенко І.В., Антонов В.Г., Березовський В.М., Болюбаш Є.В., Борисюк І.Ю., Владимирова Н.І., Владимиров О.А., Вовченко О.А., Волженцева І.В., Волчкова Л.О., Врублевська С.В., Гнатюк О.В., Гордієвський Д.Є., Грохова Г.П., Гуменюк В.В., Гута Я.В. Драч Н.В., Дунаєвська М.М., Єфременкова Л.Н., Єчіна Д.С., Жаботинська Н.В., Жогіна О.О., Журавель М.В., Златкіна В.В., Іванкова А.С., Кабанцева А.В., Кальницька Т.О., Кіреєв І.В., Клименко І.А., Ковалевська Л.А., Коваленко М.В., Костін Д.О., Кочкадамян А.Г., Кочубей О.Г., Кочубейник О.М., Крижко В.В., Кузніченко С.О., Лазоренко Б.П., Лефтеров В.О., Луньов В.Є., Марцинюк С.М., Немцова В.Д., Носова Т.В., Носова Я.В., Оніщенко В.О., Панок В.Г., Панченко Л.В., Панченко Т.М., Пархоменко-Куцевіл О.І., Петровський А.В., Прісич О.Ю., Пророк Н.В., Пугач Є.О., Радченко С.М., Салівон В.П., Самокиш І.І., Селіванова К.Г., Сердюк І.А., Середа С.В., Сидоренко З.М., Смоляр Я.Л., Стауде А.О., Стауде В.А., Ткаченко В.Л., Толстанов О.К., Трубіцин О.О., Фисина Н.Г., Фізор Н.С., Хазієв В.В., Цапро Н.П., Чечель Т.О., Чічерінда А.В., Чорна Л.Г., Чумак І.В., Чуніхіна С.Л., Шкробанець І.Д., Штриголь С.Ю., Щоголь М.В., Ящишина Ю.М., Brailovskiy B.Y., Hnidoi I.M., Kukushkin V.N., Marek K., Miller E., Nikitina N.O., Zbigniew Śliwiński, Glibov K., Irzmański R., Kilon M., Kostka J., Leśniczak B.

Наукові праці подані у редакції авторів.

ISBN 978-617-697-162-7
DOI: 10.30837/978-617-697-162-7

© ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України», 2023
© Колектив авторів, 2023

Головний редактор

Панченко Олег Анатолійович, Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», доктор медичних наук, доктор наук з державного управління, професор, Заслужений лікар України, академік Української технологічної академії, президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга».

Редакційна колегія

1. Аврунін Олег Григорович, лауреат Державної премії України в галузі освіти, доктор технічних наук, професор, завідувач кафедри біомедичної інженерії, член Президії Науково-технічної ради Харківського національного університету радіоелектроніки.

2. Бесчастний Віктор Миколайович, керівник Секретаріату Конституційного Суду України, доктор наук з державного управління, доктор юридичних наук, професор, Заслужений юрист України.

3. Бульда Володимир Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

4. Владимиров Олександр Аркадійович, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри «Фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини» Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

5. Волженцева Ірина Вікторівна доктор психологічних наук, професор, академік Академії наук вищої школи України, академік Української технологічної академії, професор кафедри психології, професор кафедри психології і педагогіки дошкільної освіти Університету Григорія Сковороди в Переяславі.

6. Гнатенко Валерій Сергійович, доктор наук з державного управління, народний депутат України, член Комітету Верховної Ради України з питань бюджету.

7. Горбань Андрій Євгенович, доктор медичних наук, професор Чорноморського національного університету імені Петра Могили.

8. Древіцька Оксана Остапівна, доктор медичних наук, доцент, професор кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

9. Збігнєв Сливинський, Professor, MD, PTD, Jan Kochanowski Uniwersity in Kielce, Menager of Physiotherapy Center in Zgorzelec, Director of the Physiotherapy Institut in Kielce.

10. Івнєв Борис Борисович, доктор медичних наук, професор, ректор Київського медичного університету.

11. Коляденко Ніна Володимирівна, доктор медичних наук, доцент, завідувачка кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук Міжрегіональної академії управління персоналом.

12. Лазарєв Микола Іванович, доктор педагогічних наук, професор кафедри педагогіки, методики та менеджменту освіти Української інженерно-педагогічної академії.

13. Лазарєва Тетяна Анатоліївна, доктор педагогічних наук, професор кафедри харчових технологій, легкої промисловості і дизайну Української інженерно-педагогічної академії.

14. Лефтеров Василь Олександрович, доктор психологічних наук, професор, перший проректор Міжнародного гуманітарного університету.

15. Луньов Віталій Євгенійович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної і медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

16. Майоров Олег Юрійович, віце-президент Української асоціації «Комп'ютерна медицина», доктор медичних наук, професор, академік Національної академії наук вищої

освіти України, експерт ВООЗ з цифрової охорони здоров'я, завідувач кафедри клінічної інформатики та інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти.

17. Ольховська Анжела Борисівна, доктор фармацевтичних наук, доцент, в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук Міжрегіональної академії управління персоналом.

18. Павлик Наталія Василівна, доктор психологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу психології праці Інституту педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна Національної академії педагогічних наук України.

19. Панок Віталій Григорович, в.о. академіка-секретаря Відділення психології і спеціальної педагогіки НАПН України, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, директор Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи Національної академії педагогічних наук України.

20. Пархоменко-Куцевіл Оксана Ігорівна, доктор наук з державного управління, професор, завідувачка кафедри публічного управління та адміністрування Університету Григорія Сковороди в Переяславі.

21. Пилягіна Галина Яківна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

22. Савчук Олег Володимирович, доктор медичних наук, професор, декан медико-стоматологічного факультету Інституту медичних та фармацевтичних наук Міжрегіональної Академії управління персоналом.

23. Толстоухов Анатолій Володимирович, державний та політичний діяч, дійсний член Національної Академії педагогічних наук України, дійсний член Європейської академії наук та мистецтв, доктор філософських наук, професор, Заслужений працівник освіти, Президент Центру практичної філософії.

24. Хазієв Вадим Віталійович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідуючий відділенням хірургічної ендокринології та гінекології ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевського НАМН України, лікар хірург вищої категорії, лікар ендокринолог консультативно-діагностичного відділення Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

25. Червякова Ольга Володимирівна, доктор наук з державного управління, професор, проректор з наукової роботи Київський університет права Національної академії наук України.

Організаційний комітет

Антонов Віктор Григорович, начальник адміністративно-інформаційного відділу, молодший науковий співробітник Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Кабанцева Анастасія Валеріївна, кандидат психологічних наук, вчений секретар наукового відділу, завідувачка відділенням психологічної діагностики, психокорекції, реабілітації й абілітації Київської філії державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», доцент кафедри медичної психології Інституту медичних та фармацевтичних наук «ПрАТ «МАУП».

Кочет Олександр Михайлович, кандидат медичних наук, лікар-методист організаційно-методичного відділу Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Радченко Сергій Михайлович, кандидат медичних наук, т.в.о. завідуючого наукового відділу, завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини Київської філії державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Салівон Валентина Петрівна, кандидат медичних наук, завідувачка лікувально-хірургічним та ортопедичним стоматологічним відділенням Київської філії державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Сердюк Ірина Анатоліївна, біофізик відділення нейрофізіології, молодший науковий співробітник наукового відділу Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Цапро Наталія Павлівна, завідувачка консультативно-діагностичним відділенням, кардіоревматолог, лікар педіатр Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Юрінок Наталія Вікторівна, кандидат медичних наук, лікар педіатр консультативно-діагностичного відділення Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Ящишина Юлія Миколаївна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України, медичний психолог мобільної бригади, практичний психолог відділення психологічної діагностики, психокорекції, реабілітації й абілітації Київської філії державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

ЗМІСТ

ПРИВІТАННЯ 11

Панченко О.А.
ТЕХНОЛОГІЧНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНО-АБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ: КОНВЕРГЕНТНІ ТА КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ 18

Аврунін О.Г., Носова Я.В., Селіванова К.Г., Грохова Г.П., Прісич О.Ю.
НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ВІДЕОТЕХНОЛОГІЙ 31

Антипенко І.В., Петровський А.В., Болюбаш Є.В., Кочкадамян А.Г.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПІД ЧАС СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ ВНАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄНОГО СТАНУ 34

Борисюк І.Ю., Фізор Н.С., Андрющенко М.Т.
ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ПАТОЛОГІЙ ПОРОДОНТУ, СТРАТЕГІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ 38

Владимиров О.А., Владимирова Н.І.
ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ЗДОБУТКИ, ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ, ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ 42

Вовченко О.А.
ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНИЙ СУПРОВІД ДИСФОРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ШКОЛЯРІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ 45

Волженцева І.В.
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ В ОНТОГЕНЕЗІ 49

Волчкова Л.О.
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ 55

Гнатюк О.В.
ОСНОВНІ ПРОЯВИ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 59

Гордієвський Д.Є., Драч Н.В.
ОСОБЛИВОСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ 62

Гуменюк В.В.
МЕТОДИ В КЛІНІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНСУЛЬТІВ 66

Єфременкова Л.Н., Ковалевська Л.А., Врублевська С.В.
ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 69

Єчіна Д.С.
ПІДБІР ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ У СУЧАСНОМУ КАБІНЕТІ ОПТОМЕТРИСТА 72

Златкіна В.В., Немцова В.Д., Дунаєвська М.М.
УДОСКОНАЛЕННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ 75

Іванкова А.С.
ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДИТИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ 78

Кабанцева А.В.
ВІД ПСИХІАТРИЧНОЇ СТИГМАТИЗАЦІЇ ДО ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ 81

Кабанцева А.В., Панченко О.А., Антонов В.Г.
ФАКТОР ПСИХОТЕХНОЛОГІЙ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ 86

Коваленко М.В.
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ НЕВРОПАТІЄЮ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВА ВЕРХНІХ КІНЦІВОК 90

Кочубейник О.М.
ПОСТВІЙНА: НАРИСИ ДО СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ 94

Крижко В.В.
ФОТОПРОТОКОЛ, ЯК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ЕТАП ДІАГНОСТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА 97

Кузніченко С.О.
ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В РАМКАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ 101

Лазоренко Б.П., Кальницька Т.О., Смоляр Я.Л.
РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕАДАПТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ, ВОЛОНТЕРІВ ТА ВПО, ЇХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД В УМОВАХ ВІЙНИ 104

Лефтеров В.О.
ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРЕНІНГІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ 108

Луньов В.Є., Середа С.В.
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕЛЕПСИХОЛОГІЇ НА ЗАСАДАХ МЕТАКОГНІТИВНОГО ПІДХОДУ 112

Носова Т.В., Чечель Т.О.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ КИСТІ 115

Панок В.Г.
НАПРЯМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ЧАСИ ВІЙНИ 118

Панченко О.А., Щоголь М.В.
ДОВГОСТРОКОВІ УСКЛАДНЕННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ 121

Панченко О.А., Антонов В.Г., Кабанцева А.В.
КІБЕРПСИХОЛОГІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ 124

Панченко О.А., Жогіна О.О., Сердюк І.А.
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 129

Панченко О.А., Кабанцева А.В., Ящишина Ю.М.
КОРОТКОСТРОКОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ГОСТРОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ВІЙНИ (З ДОСВІДУ РОБОТИ МОБІЛЬНОЇ БРИГАДИ) 133

Панченко О.А., Марцинюк С.М., Журавель М.В.
МЕТОДИ РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ОСОБАМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ 137

Панченко О.А., Оніщенко В.О., Сердюк І.А.
КРІОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ КЛІНІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АБІЛІТАЦІЇ 141

Панченко О.А., Радченко С.М., Марцинюк С.М.
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ СУДИННИХ РОЗЛАДІВ В САНАТОРНИХ УМОВАХ ПРИКАРПАТТЯ 145

Панченко О.А., Радченко С.М., Кабанцева А.В., Марцинюк С.М.
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА БАЗІ САНАТОРІЮ «ГІРСЬКЕ ПОВІТРЯ» В ВОРОХТІ ТА САНАТОРІЮ «КОСІВ» В СМОДНОМ, ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 148

Панченко О.А., Кабанцева А.В., Протоієрей Андрій Чічерінда, Антонов В.Г.
ДУХОВНА СКЛАДОВА ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АБІЛІТАЦІЇ 152

Панченко О.А., Марцинюк С.М., Цапро Н.П., Гута Я.В.
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ 156

Панченко Т.М., Кочубей О.Г.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ПРОБЛЕМНІ МОМЕНТИ В ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ 160

Пархоменко-Куцевіл О.І.
МОДЕРНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ВИКЛИКІВ 163

Пророк Н.В.
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ: ДИТЯЧІ ГРУПИ ПІДТРИМКИ 166

Пугач Є.О., Панченко Л.В., Березовський В.М.
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД В УМОВАХ ВІЙНИ 170

Салівон В.П.
НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВОЄННИЙ ЧАС 175

Самокиш І.І.
РІВЕНЬ СФОРМОВАНОСТІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО ДОЗВІЛЛЯ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ 179

Селіванова К.Г., Костін Д.О.
ДИНАМІЧНЕ ТЕСТУВАННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 182

Сердюк І.А.
МЕТОДИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ 185

Стауде В.А., Стауде А.О.
ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНОГО МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗА У ХВОРИХ З ДОРСАЛГІЯМИ, ОБУМОВЛЕНИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА 188

Стауде В.А., Стауде А.О.
КОМПЛЕКС ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ, СПРЯМОВАНИЙ НА ВІДНОВЛЕННЯ ОПОРОСПРОМОЖНОСТІ ТУЛУБА ПРИ ДОРСАЛГІЯХ, ОБУМОВЛЕНИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА 192

Ткаченко В.Л.
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПІДОШОВНОГО ФАСЦІЇТУ 203

Ткаченко В.Л.
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БІОМЕХАНІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОРСОПАТІЮ 206

Толстанов О.К., Хазієв В.В., Клименко І.А.
ОСОБЛИВОСТІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТИРЕОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ 209

Трубіцин О.О., Сидоренко З.М.
РЕАЛІЗАЦІЯ WEB-СЕРВІСУ ВІДЕОЗВ'ЯЗКУ ТЕЛЕМЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ
ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗОРУ 213

Фисина Н.Г.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПРЕНЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ 216

Чумак І.В.
ОСОБЛИВОСТІ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ АКЦЕНТУЙОВАНИХ ПІДЛІТКІВ 219

Чуніхіна С.Л., Чорна Л.Г.
НАПРЯМИ КРИЗОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ СПІЛЬНОТИ, СІМ'Ї
ТА ГРОМАДИ З ПИТАНЬ ПОСТВЕНЦІЇ СУЇЦИДІВ У ЗАКЛАДІ ОСВІТИ 222

Шкробанець І.Д.
ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА НАУКОВІ
ЗДОБУТКИ В УСТАНОВАХ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ
НАУК УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ 226

Штриголь С.Ю., Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.
ПРОРИВ В СУЧАСНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ COVID-19: ПРЕПАРАТИ
ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ 231

Ящишина Ю.М.
БІОСУГЕСТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОРОТКОСТРОКОВОЇ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ
ПІД ЧАС ВІЙНИ 234

Hnidoi I.M.
OXIDATIVE-ANTIOXIDANT IMBALANCE IN CHILDREN WITH
INCREASING BLOOD LEAD CONCENTRATION 238

Marek K., Miller E.
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION IN
POST-STROKE PATIENTS USING THE SENSOR-KINECT PROGRAM 241

Nikitina N.O., Kukushkin V.N., Brailovskiy B.Y.
HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN 244

Zbigniew Śliwiński
THE EVALUATION OF THE CHOSEN PARAMETERS OF THE BODY
POSTURE IN CHILDREN WITH THE SCOLIOSIS – OWN MATERIALS 247

Kilon M., Glibov K., Leśniczak B., Irzmański R., Kostka J.
ZACHOWAWCZE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU –
POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE 250

РЕЗОЛЮЦІЯ КОНФЕРЕНЦІЇ 254

ПРИВІТАННЯ

Президента Національної академії педагогічних наук України

Шановні колеги!

Від Національної академії педагогічних наук України і від себе особисто вітаю з початком роботи конференції!

Надзвичайно важлива тема – охорона здоров'я, і я думаю, що тут немає випадковості, а навпаки є закономірність, що така конференція проходить у Національній академії педагогічних наук України. Педагог і медик, на мій погляд, досить споріднені професії в людському житті і в суспільстві. Фактично обидві ці професії – про якість життя людини, лише одна – про інтелектуальний і духовний стан, а інша – про фізичний і душевний стан, але насправді в житті все тісно переплетено. І без жодної з цих сторін людина не може бути щасливою. Тільки в системі, у комплексі гармонійного розвитку людина може відбутися найбільш ефективно і мати щасливу долю. І сферу медицини, і сферу освіти часто критикують у суспільстві, іноді доречно, а більше через те, що всі так чи інакше до цих сфер дотичні. Я думаю, що особливо останній період життя країни ще раз продемонстрував, що і медикам, і педагогам є чим пишатися.

Я захоплений героїчними, буквально, діями медиків на фронті. Я знайомий із тими книгами, які підготовлені в Національній академії медичних наук України – там і різні напрями, і способи, і різні типи лікування, що застосовуються по відношенню до наших військових. Це дійсно героїзм усіх, хто причетний до цього. І те ж саме – педагоги. Як би там не було, але освітяни, по-перше, за менш ніж 30 років підготували в умовах української державності патріотів України, які захищають територіальну цільність, незалежність, суверенність своєї держави і, по-друге, які уміють це робити, оскільки жодна армія, на мій погляд, в історії не була перед таким викликом потреби освоєння в короткий час такої великої кількості незнайомої для неї техніки. І це можна було зробити лише на основі того «інтелектуального гумусу», на основі тої освіти, яку отримав кожен із цих людей.

Я був завжди в цьому переконаний і намагався на початку 2000-х років, коли був до цього особливо дотичний, забезпечити, щоб максимальна кількість молодих людей отримала максимально високу освіту. Бо цим самим дійсно створюється в суспільстві цей «інтелектуальний гумус», на основі якого у підсумку проростають

нові технології і в інженерії, і в медицині, і в педагогіці, і взагалі з'являється нова якість суспільного життя та розвитку країни.

Звичайно, і в нас, і у вас багато є проблем, невирішених питань, але я впевнений, що є повне розуміння цих проблем, шляхів їх вирішення, вони окреслені навіть у цих програмних матеріалах. Мені дуже сподобалось, що і ви пропагуєте принцип людиноцентризму, як провідний принцип регулювання медицини. Це надзвичайно важливо, це моя улюблена категорія – людиноцентризм, дитиноцентризм.

«Дитиноцентризм» я розумію як максимальне наближення навчання й виховання кожної дитини до її здібностей, щоб ми врешті-решт разом із батьками допомогли дитині самопізнати себе, свої таланти, свої особливості, створили умови для саморозвитку на основі здібностей та обдаровувань, і тоді, ставши дорослою, така людина максимально себе самореалізує, бо вона буде займатися улюбленою справою, буде займатись фахово і, таким чином, створить умови для динамічного несуперечного розвитку суспільства і умови для власного щастя. Бо професійна діяльність, самореалізація є основою особистого щастя будь-якої людини. І тому мені було дуже приємно побачити цей фундаментальний філософський принцип, який об'єднує учасників конференції. Безумовно, у вас, як і в нас, багато проблем законодавчого характеру, структурних змін, але їх всі можна вирішити, якщо є мета, є розуміння і є воля, зокрема, політична воля до їх вирішення. Я переконаний, що конференція додасть наснаги всім тим, хто причетний до вирішення цих питань.

Мені дуже приємно, що тут знаходяться народні депутати, наші колеги із Національної академії медичних наук України, провідні вчені. Я хотів би ще зазначити, що нас об'єднує ще одне – це психологічне здоров'я людини. Завершуючи, хочу ще раз закликати до співпраці всіх колег, які тут присутні і щиро подякувати за те, що ця конференція проходить саме у нас.

Слава Україні!

Президент Національної академії педагогічних наук України,
президент Товариства «Знання» України,
академік Національної академії наук України,
академік Національної академії педагогічних наук України,
доктор філософських наук, професор,
Заслужений діяч науки і техніки України
Василь Кремень

ПРИВІТАННЯ

Європейської академії

наук та мистецтв

Вельмишановане товариство,
дорогі друзі, колеги!

Дозвольте привітати вас з початком науково-практичної конференції!

Що я хочу сказати сьогодні на 350 день війни. Війни, яка нажаль розширює свої межі, війни, в якій ми бачимо лише тінь Миру, але Україна стоїть, Україна бореться, Україна йде до своєї Перемоги. І надзвичайно важливо, що сьогодні ми зібрались тут, об'єднавши зусилля всіх, хто працює для людини, заради людини, для кого людина є в центрі уваги, а зараз можна сказати і в епіцентрі подій. У нас в країні є, образно кажучи, інститути: двигуна, крила, хвоста, шини, салону, немає тільки інституту людини, і це прикро.

Ми сьогодні тут не випадково зібрались – люди про яких говорять, що є професії від Бога – педагог, психолог, медик. Ну і сьогодні ми розуміємо, що є одна найважливіша – це захисник народу, його прав. Дві гуманітарні потужні сили зібрались задля того, щоб працювати на захист України і задля здоров'я тих, хто нас захищає, заради здоров'я тих, для кого ця війна буде важким тягарем на протязі багатьох років. Я дуже сподіваюся, що ця наша зустріч не остання. Що за нею будуть практичні кроки. Готуючись до сьогоднішньої зустрічі, написав декілька рядків. Ними з вашого дозволу закінчу свій виступ.

Головне, що ми вже є. Впевнений і будемо.
Хоча вік новий нас б'є, ми своє вже любимо.
Не як мрію із століть, не мету імперій,
Як реальність, а не мить і не марш містерій.
Нам ще гидко від своїх, ще чужі над нами.
Ми у пошуках доріг і тому незламні.
Ми вже рік, як на війні. В безлад мир поринув,
В катастрофах світ, в огні, розум світ покинув.
Але з нами Бог і час, а ще віра людства в нас.

Я бажаю всім нам успіхів у нашій роботі сьогодні і надалі!

Державний та політичний діяч,
дійсний член Національної Академії педагогічних наук України,
дійсний член Європейської академії наук та мистецтв,
доктор філософських наук, професор,
Заслужений працівник освіти,
Президент Центру практичної філософії
Анатолій Толстоухов

ПРИВІТАННЯ

Верховної Ради України

учасникам науково-практичної

конференції

Від імені Верховної Ради України щиро вітаю всіх учасників, організаторів та науковців із відкриттям XVII науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини».

Зміцнення здоров'я нації є одним з найголовніших пріоритетів соціальної політики задля будування сильної та успішної держави. Саме тому держава повинна приділяти питанням вдосконалення система охорони здоров'я першорядне значення. Воєнні дії, вимушена ізоляція, складна економіко-політична ситуація стали значним випробуванням для країни і її громадян, бо економічна нестабільність несе руйнівну роль для соціального добробуту та національного здоров'я. Перед наявною системою реабілітаційних послуг постають нові завдання щодо надання медичної, психологічної та соціальної допомоги, направленої на зміцнення стресостійкості та підвищення якості життєдіяльності. Задля підвищення рівня та якості життя населення, громадського добробуту, важливо консолідувати зусилля держави та науки у прийнятті конструктивних рішень щодо подальшого розвитку цієї сфери.

Переконаний, що результатом таких зустрічей буде вироблення нових ідей, спільних рішень щодо організації сфери охорони здоров'я країни, шляхів розвитку галузі задля підвищення якості надання медичної допомоги, покращення доступу до неї кожного українця.

Бажаю всім творчого натхнення, продуктивної спільної праці та плідних дискусій! Працюймо разом заради розвитку медицини і здоров'я нації!

ДЕПУТАТСЬКА ГРУПА
«ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ»

Народний депутат України,
Член Комітету з питань бюджету
Верховної Ради України,
доктор наук з державного управління
Валерій Гнатенко

ПРИВІТАННЯ

Української

Технологічної Академії

Шановні організатори, учасники та гості конференції!

Сердечно вітаю вас з початком роботи XVII науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини» від імені Української технологічної академії.

Проблеми реабілітації, збереження здоров'я та працездатності населення, профілактики ускладнень, супроводу хворих з метою мінімізації ризику інвалідності, покращення якості життя українців були та залишаються одними з найбільш актуальних, а система медичної допомоги, зважаючи на постійний прогрес у всіх сферах життєдіяльності, потребує безупинного систематичного удосконалення. Постійне оновлення знань – ключ до успіху в сучасному світі!

Розвиток медичної науки та практики характеризується широким впровадженням новітніх інформаційних технологій в діяльність служб та органів охорони здоров'я, лікувально-профілактичних закладів, навчальних та наукових установ. Вимоги часу у галузі потребують використання новітніх інформаційних технологій, розвитку медичної техніки та апаратного забезпечення клінічного реабілітаційного процесу, розширення підготовки та удосконалення лікарів, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, які працюють у сфері медичної та педагогічної реабілітації. Це чудова нагода для спеціалістів і науковців обмінятися досвідом, новими напрацюваннями, досягненнями, відкриттями, взяти максимум користі для себе та підвищити фаховий рівень.

Впевнений, що професіоналізм, знання, досвід і високі людські якості наших лікарів та спеціалістів, потужний науковий, освітній та технологічний потенціал країни дають усі можливості ефективно модернізувати вітчизняну систему охорони здоров'я й вивести українську медицину на найвищий європейський рівень.

Бажаю учасникам конференції натхнення та плідної праці, що сприятиме взаємообміну цінним досвідом та розвитку сучасних технологій надання медичної допомоги громадянам України.

Президент Української технологічної академії,
Заслужений діяч науки і техніки України,
доктор технічних наук, професор
академік Академії інженерних наук України
Ігор Половніков

ПРИВІТАННЯ

Шановні організатори та учасники науково-практичної конференції!

Щиро вітаю вас із початком роботи науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини», яка відбувається у місті Київ за ініціативи Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Стан здоров'я населення і стан національної галузі охорони здоров'я є одними з ключових критеріїв оцінки рівня економічного благополуччя країни та розуміння вектора державної політики. Турбулентні соціальні трансформації, військові дії, економічна нестабільність, інформаційно-емоційне перевантаження – це ті ризики та загрози для здоров'я людини, які можуть тривати ще деякий час. В умовах сьогодення особливо важливе розуміння цих процесів з метою планування як відповідних заходів із запобігання соціальних конфліктів, так і для розбудови сталої економіки держави. Підтримання громадського здоров'я у цьому контексті постає як одне з актуальних завдань публічного управління.

Відповідно до положень статті 49 Конституції України *кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (частина перша); охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм (частина друга); держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування; у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена; держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності (частина третя); держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя (частина четверта).*

Конституційний Суд України у своїх рішеннях у справах про платні медичні послуги та про безоплатну медичну допомогу сформулював низку юридичних позицій щодо окремих аспектів реалізації конституційного права на охорону здоров'я. Зокрема, у Рішенні у справі про безоплатну медичну допомогу від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 Конституційний Суд України зазначив, що *«положення частини третьої статті Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у*

державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом». Наразі Конституційний Суд України розглядає справу щодо відповідності Конституції України (конституційності) окремих аспектів медичної реформи.

Разом із тим без відповідного наукового супроводу, проведення теоретичних та прикладних наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, подальший рух уперед та ефективний розвиток неможливі, адже саме наука дає можливість зрозуміти, що відбувається в практичній площині, та обґрунтувати подальші напрями діяльності.

Переконаний, що ця науково-практична конференція та інші наукові заходи такого рівня і практичного спрямування вкрай важливі та необхідні для обговорення питань щодо підтримки та розвитку високоспеціалізованої медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги на основі оптимізації нормативної бази.

Вважаю, що це чудова нагода для спеціалістів і науковців обмінятися досвідом, новими напрацюваннями, досягненнями, відкриттями. Саме на таких конференціях можна обговорити результати проведеної роботи та визначити пріоритети подальших досліджень.

Дуже дякую організаторам конференції за ці плідні щорічні зустрічі, що є запорукою постійного розвитку галузі охорони здоров'я і, зокрема, реабілітаційної медицини. Міцного Вам здоров'я, творчих успіхів, наснаги та професійного вдосконалення!

Керівник Секретаріату
Конституційного Суду України,
доктор наук з державного управління,
доктор юридичних наук, професор,
Заслужений юрист України
Віктор Бесчастний

УДК: 364.622-786:613.86

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації
«Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна

ТЕХНОЛОГІЧНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНО-АБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ: КОНВЕРГЕНТНІ ТА КОГНІТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Феномен пізнання досліджувався філософією з часів Парменіда і Платона, це більше ніж 2000 років, де головними питаннями філософської теорії стали: пізнання світу, критерії істини та джерела знань. У ході еволюції визначені різні когнітивні практики як як окремі моделі феномену пізнання для створення нових засобів, форм та методів, що спрямовані на оновлення загальної методології. Кожна когнітивна практика має онтологічний характер та обумовлена такими складовими як-от:

– об'єкт дослідження;

– культурно-історичні передумови;

– переважна картина світу (парадигма існування).

Зміни в парадигмі існування ведуть до трансформації життя, модернізації цілей, завдань щодо убезпечення людини від внутрішніх і зовнішніх загроз. Слід відмітити, що на кожному історичному етапі турбота про якість життя та збереження здоров'я своїх громадян залишається головною функцією держави.

Узагальнене розуміння поняття «якість життя» полягає у здібності задовольняти різні сфери життя, серед яких задоволення потреб людини (матеріальних, соціальних, духовних, культурних, фізичних, інші). Якість життя має інтенсивний характер, оскільки характеризує суб'єктність населення, фактичну дієздатність різних спільнот та кожної окремої особистості.

Якість життя окремої людини сприймається як соціально-психологічна категорія, що виражає ступінь задоволеності умовами її життєдіяльності, ступінь задоволення життєвих потреб, а також наскільки комфортним, за власними відчуттями, є її життя. Воно показує, наскільки у суб'єктивному розумінні самого індивіда ступінь задоволення його життєвих потреб відповідає персональним очікуванням, наскільки комфортним, за власними відчуттями, є його життя. Очевидно, що якість життя є складною інтегральною категорією, що включає безліч аспектів. До них, зокрема, належать: самооцінки стану здоров'я та якості медичного обслуговування; задоволеність умовами праці та рівнем матеріально-фінансового добробуту, якістю харчування та води, станом довкілля, якістю відносин у сім'ї та трудовому колективі; міра задоволення своїх культурних, дозвільних потреб та потреб у саморозвитку та самореалізації; самооцінка рівня побутового комфорту та стану житла, а також ступінь його самореалізації у всіх сферах життя (праця, навчання, сім'я, відпочинок тощо); рівень його соціального самопочуття та оптимізму щодо майбутнього та ін. (рис. 1).

З цього, зокрема, випливає, що якість життя за жодних обставин не може бути зведена до потреб та соціально-економічних благ: дієздатність є не наслідком благ, а їх причиною або безвідносною до них підставою. При цьому застосування категорії «якість життя» має не менш об'єктивний характер, ніж інші категорії, що характеризують соціально-культурний та економічний добробут.

Рис. 1. Якість життя – показник добробуту України

Перша міжнародна система показників, що показує якість життя населення, виникла в 1960 р. при ООН. Останній варіант цієї системи розроблено у 1978 р. і включає 12 основних груп показників:

1) демографічні показники населення;
2) санітарно-гігієнічні умови життя;
3) споживання продуктів;
4) житлові умови та забезпеченість споживчими благами тривалого користування;
5) освіта та культура;
6) зайнятість та умови праці;
7) доходи та витрати населення;
8) вартість життя та споживчі ціни;
9) транспортні засоби;
10) організація відпочинку, фізкультура та спорт;
11) соціальне забезпечення;
12) свобода людини.

Отже, якість життя характеризується реалізацією заданих як норми стійких станів особистості та спільноти, тобто стійких елементів самодіяльного населення.

Сучасні підходи до оцінки здоров’я базуються на основоположних теоретичних уявленнях про єдність організму з довкіллям. Здоров’я – це цілісний багатовимірний динамічний стан людини в умовах конкретного довкілля, що дозволяє людині різною мірою здійснювати її біологічні та соціальні функції. З даних уявлень, здоров’я сприймається як

природний стан організму, що характеризує його врівноваженість із довкіллям, включаючи інформаційну складову.

Згідно з формулюванням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів» [1]. З визначення випливає, що основним поняттям у визначенні здоров'я є «благополуччя». Значення слова «благополуччя», згідно з словником, визначається як «спокійне, безтурботне, забезпечене життя», а слово «щастя» – як «стан цілковитого задоволення життям, відчуття глибокого вдоволення й безмежної радості» [4]. Як можна бачити, взаємозалежність здоров'я та благополуччя сформульована вже у визначенні здоров'я. При незадовільному стані здоров'я неможливо досягти благополуччя в будь-якій галузі життєдіяльності й навпаки.

Здоров'я людини, що є інтегрованим показником фізичного, психічного, соціального, духовного, інтелектуального та емоційного благополуччя, в умовах постійних несприятливих подій потребує все більшої уваги держави, суспільства, науки та медичної спільноти.

Нестабільність глобальних процесів світового розвитку призводить до трансформації життя та формує новий виклик – турбулентність. Це поняття, що раніше застосовувалося в технічних науках, перейшовши в гуманітарні, стало використовуватися в багатьох дослідженнях суспільних, економічних, політичних, психологічних та інформаційних процесів. «Турбулентність насправді означає крайню міру нестабільності світової економічної та політичної системи, коли ймовірність досягнення точки її біфуркації та/або зламу дуже висока» [13].

Сформована турбулентність характеризується інтенсивністю глобальних процесів, нестабільністю світової системи, хиткістю суспільно-політичної ситуації в окремій країні, невирішеністю старих проблем та появі нових. Динамізм змін, складність і неоднозначність інформаційного середовища, а також невизначеність, непередбачуваність і нестабільність породжують синергетичний ефект, що обумовлює об'єктивний характер виникнення деструктивних чинників, які ускладнюють процес адаптації до змін, що відбуваються. Існуючий баланс взаємин між людиною і природою, людиною і соціумом, соціумом і державою внаслідок турбулентних явищ та метаморфоз може бути порушений, в результаті – хаос і непередбачуваність подій.

Суспільний хаос епохи турбулентності має ряд різноманітних факторів: політико-ідеологічний, інтелектуальний та психологічний, інформаційний, технічний, соціокультурний, економічний, екологічний. Епоха турбулентності має не тільки об'єктивний аспект (кризи, конфлікти та інші деструктивні процеси), а й суб'єктивний у вигляді масових проявів безвиході, втрати орієнтирів, відсутності видимих шляхів подолання негараздів.

Безвихідь, в якій ми опинилися, зумовлений вузькою спеціалізацією наук, що безперервно наростала з часу Ньютона. Ми дійшли до логічної межі, розбираючи єдину природу на частини – дисципліни та створюючи на цій основі вузькоспеціалізовану науку, освіту, галузеву економіку. Нині обставини вимагають синтез наук, перехід до глибинної міждисциплінарності.

Отже, XXI століття характеризується періодом системної кризи цивілізації, ресурсним колапсом та катастрофою, що призводить до глобальної нестачі ресурсів. Виходячи з цього постають глобальні виклики, серед яких:

– знищення ресурсів;

– боротьба за вихідні ресурси;

– лідерство у технологічній перевазі із застосуванням збройної сили.

Сторони, що конкурують, все частіше застосовують не правові методи вирішення спорів, а інші засоби комплексного впливу на розвиток кризової ситуації у своїх інтересах, приховуючи при цьому свою участь у протистоянні.

Інструменти для досягнення стратегічних цілей, що включають політико-дипломатичні, інформаційно-психологічні, економічні та силові, визначаються як «неявні військові

дії», «нелінійні», «асиметричні», «нетрадиційні» та «гібридні» операції. Узагальненим поняттям для визначення нової форми протиборства стало «гібридна війна – приховані агресивні дії, що йдуть всупереч із нормами міжнародного права» [6].

Відмінність гібридної війни в тому, що вона розгортається в будь-якому просторі, який раніше неможливо було навіть уявити театром війни (наприклад: економічний, юридичний, пропагандистський). Виходячи з цього, більш загальніший тип визначення: «Гібридна війна є комбінацією політичної, військової та психологічних форм війни для досягнення стратегічних цілей, мінімізуючи витрати та ризики, які асоціюються з традиційною військовою кампанією». Видами гібридної війни виступають: інформаційно-психологічна, економічна та ПРОКСІ війни (рис. 2).

Рис. 2. Види гібридної війни

Особливої уваги вимагає інформаційно-психологічна війна, що несе у собі методи деструктивного впливу, серед яких: дезінформація, пропаганда, диверсифікація громадської думки, психологічний тиск та поширення чуток. Інформаційно-психологічна війна – це цілеспрямований вплив інформацією (усною, друкованою, відео) на свідомість та емоційно-вольову сферу людей. Іншими словами, це витончена пропаганда, що здійснюється з урахуванням закономірностей та принципів функціонування людської психіки [10]. Механізми психологічного впливу ґрунтуються на маніпуляції свідомістю людини. Мета маніпуляції полягає в управлінні образним сприйняттям дійсності, формуванні відповідної реакції на інформацію, насамперед переконанні у правдивості, утворюванні «потрібних» світоглядних та ціннісних пріоритетів [12].

Наслідками гібридних війн виступають:

1. Зміна психіки, психічного здоров'я людини.

2. Деградація, перехід від вищих потреб (у самоактуалізації, соціальному визнанні) до нижчих (фізіологічних, побутових).

3. Зрушення в цінностях, життєвих позиціях, орієнтирах.

4. Зміна світогляду особистості – прояви девіантної антисоціальної поведінки.

Деструктивні чинники гібридної (інформаційно-психологічної) війни, що все частіше виникають останнім часом, можуть викликати стійкі зміни в людей із низьким рівнем стресостійкості, тим самим послаблюючи кадровий потенціал держави й систему національної безпеки загалом. Все це значно зменшує якість і кількість людських ресурсів та суттєво провокує небезпеку для суспільства і держави.

Людський мозок – найдосконаліше, що створено природою. І зараз світові тенденції досліджень спрямовані на вивчення функціонування людського пізнання, здатність розуміння актуальної ситуації, що є об'єктом когнітивної науки. Поряд із чим, завданням когнітивної науки виступає – дати людині знання на підсвідомому рівні задля збільшення мотивації щодо виконання певних дій.

Когнітивна наука принципово відрізняється від класичної тим, що являє собою міждисциплінарний синтез природничо-гуманітарного знання. Ураховуються знання нейронауки, теорії самоорганізації, комп'ютерні інформаційні технології, математичне моделювання елементів свідомості та низки інших наукових напрямів.

Когнітивна технологія – це результат когнітивної науки, це способи та алгоритми досягнення цілей, що спираються на дані про процеси пізнання, навчання, комунікації, обробку інформації людиною. Когнітивні технології є головною складовою кластера конвергентних технологій (NBICS-технології), що розглядаються як основа соціального розвитку та суспільного прогресу.

Здійснення амбітних планів стане можливим на основі NBICS-конвергенції – злитті революційних науково-технологічних напрямків: нанотехнологій, біотехнологій, інформаційно-комунікаційних технологій, когнітивних наук та підкріпленні їх соціальними технологіями, направленими на розв'язання соціальних проблем, спрямованих на формування умов життя та розвитку суспільства, суспільних відносин, соціальної структури з метою забезпечення потреб людини, створення умов для реалізації її потенційних здібностей та інтересів, з урахуванням схваленої суспільством системи цінностей та взаємозв'язку між суспільним прогресом та економічним розвитком (рис. 3).

Нанотехнології – це технології, що оперують величинами порядку нанометра та дозволяють створювати, реалізовувати принципово нові проєкти, відкривати виробництва з принципово новими методами.

Біотехнології – використання живих організмів, їх систем або продуктів їхньої життєдіяльності для вирішення технологічних завдань, а також можливості створення живих організмів з необхідними властивостями методів генної інженерії.

Інформаційні технології – сукупність методів, виробничих і програмно-технологічних засобів, об'єднаних у технологічний ланцюжок, що забезпечує збирання, зберігання, обробку, аналіз і поширення інформації. Інформаційні технології призначені для зниження трудомісткості процесів використання інформаційних ресурсів.

Когнітивні технології – новітні технології підвищення рівня людських пізнавальних (когнітивних) здібностей. Когнітивні технології спираються на дані про процеси обробки інформації, пізнання, комунікації, на досягнення нейронауки, на теорію самоорганізації та саморегуляції, інформаційні технології, математичне моделювання окремих елементів свідомості, психологію, та низку інших наукових напрямів.

Соціальні технології – методи розв'язання соціальних проблем, спрямованих на формування умов життя та розвитку суспільства, суспільних відносин, соціальної структури з метою забезпечення потреб людини, створення умов для реалізації її потенційних здібностей та інтересів, з урахуванням схваленої суспільством системи цінностей та взаємозв'язку між суспільним прогресом та економічним розвитком.

Рис. 3. NBICS-технології

Використовуючи конвергенцію NBICS-технологій ми отримуємо можливість створити нову, гармонійну техносферу, побудувати нове суспільство.

У США та Європі прийняті спеціальні програми соціального розвитку на основі NBICS-технологій. У 2002 році Майкл Рокко та Вільям Сімс Бейнбридж стали авторами американської програми «Конвергуючі технології для покращення людських здібностей».

У 2004 році Альфред Нордманн та Джордж Хюшф розробили програму Євросоюзу «Конвергуючі технології для європейського суспільства знань».

Отже, основними задачами когнітивної науки є: розуміння природи мислення, трансформація навчання з процесу передачі інформації в уміння якісно думати та зміна системи освіти через новий орієнтир на фундаментальні когнітивні процеси.

Виділяють 12 фундаментальних когнітивних процесів, які виступають основою і реабілітації й абілітації, серед яких: моделювання, експеримент, прогноз, оцінка, діагноз, планування, причинність, судження, переговори чи вміння домовлятися, вплив, командна робота, опис. Освіта має вчити не предметам, а когнітивним умінням та навичкам.

Таким чином, когнітивні технології відкривають нові можливості в різних сферах суспільного життя, зокрема: медицина, психологія, сфери обслуговування та безпеки, із все більшим використанням штучного інтелекту. Тенденція сучасних наукових досліджень націлена на управління людським організмом, тілом та свідомістю (штучний інтелект, нейроінтерфейс, клонування органів, екзоскелет, біонічні протези, універсальний солдат), формування нових напрямків у сфері психотехнологій.

Однак когнітивні технології, даючи людству шанс уникнути ресурсного колапсу, визначають водночас принципово нові глобальні загрози. Ці загрози пов'язані із самим характером когнітивних технологій, побудованих на можливості технологічного відтворення систем та процесів живої природи. Ця можливість відкриває перспективу цілеспрямованого втручання у життєдіяльність природних об'єктів, передусім людини та, вперше в історії, у її еволюції.

Таке втручання можна розділити на два найважливіші типи:

– біогенетичний, що базується на застосуванні методів нанобіотехнологій, може створювати як ефективні ліки, так і зброю масової дії.

– когнітивний, заснований на конвергенції інфокогнітивних та соціогуманітарних наук, може мати прямий вплив на масову свідомість.

Новітні виклики ведуть до створення нових наукових напрямів, що вивчають позитивні та негативні сторони технічного прогресу. Одним із таких є сингулярність. Вже створено навіть Університет сингулярності (на базі компанії Google) і проводяться щорічні конференції вчених на цю тему, в яких беруть участь фахівці у галузі штучного інтелекту, генетики, молекулярні біологи, нанотехнологи, фахівці з когнітивних здібностей тощо.

Взагалі «технологічна сингулярність» означає нескінченне зростання технологій у певний момент часу або гіпотетичну «точку неповернення», коли технічний прогрес стане настільки швидким і складним, що виявиться недоступним розумінню. За ним, ймовірно, йдуть масове застосування нанотехнологій, створення штучного інтелекту та машин, що самі відтворюються, інтеграція людини з обчислювальними машинами, або значне стрибкоподібне збільшення можливостей людського мозку за рахунок біотехнології.

Позитивна сторона технологічної сингулярності, наприклад в освіті, полягає у збільшенні можливостей людського мозку шляхом злиття машини та людини, що сприятиме розвитку нового рівня освіти. Використовуючи успіхи в області створення інтелектуальних систем, штучного інтелекту та робототехніки, а також сучасні можливості віртуальної реальності, дуже скоро можна перейти до технологічної сингулярності та навчатися новим способам [3].

Особливого контексту набуває сингулярність у конвергенції когнітивних та інформаційних технологій. Вже зараз Інтернет – це гіпермедійне середовище, в якому забезпечено швидкий доступ до величезного обсягу мультимедійної інформації. При цьому виникають загрози знищення критеріїв достовірності й якості інформації, що може призвести до колапсу інфосфери та знищення знань як таких. Інформаційна сингулярність набуде воістину лавиноподібного ходу, коли моделювання інформаційних подій здійснюватимуть комп'ютери. Ризики, що комп'ютер може при певній програмній підготовці маніпулювати історичними фактами, щоб створити нову реальність у минулому і сьогоденні, дуже великі. При цьому нові «теоретичні постулати» впроваджуватимуться за допомогою соціальних технологій для досягнення актуальних політичних, комерційних і інших цілей.

Сингулярність свідомості або когнітивна сингулярність може розглядатися як створення «дружнього надінтелекту», який допоможе людям еволюціонувати, розширення свідомості практично до розмірів пізнаваного Всесвіту.

У проєкції на технологічну сингулярність – це радикальне пришвидшення когнітивних процесів за допомогою новітніх технологій, наприклад, нових розробок у сфері нейроімплантів. Сьогодні головним полем використання нейроімплантів є медицина. Завдяки цій технології активно лікують людей з хворобами Альцгеймера, Паркінсона, епілепсією.

Технічне застосування імплантів складається з кількох системних компонентів [7]. Перший компонент – це сам імплант, головне завдання якого – реєструвати активність відповідних секцій мозку (залежно від мети, яка стоїть перед лікарем) і передавати цю інформацію на так званий інтерфейс «мозок-комп'ютер». Інтерфейс «мозок-комп'ютер» – це другий компонент системи, який розшифровує дані отримані від імпланта і конвертує їх у формат, доступний для потрібного девайсу (комп'ютер, смартфон). Наступний етап пов'язаний із безпосередньою «глибинною стимуляцією». Залежно від отриманих даних генерується так звана «когнітивна карта», завдяки якій лікар може зрозуміти специфіку того чи іншого захворювання й обрати оптимальний режим для конкретного імпланта. Сьогодні цей процес здебільшого автоматизований, і участь у ньому людини стає дедалі меншою. Часто «імплант + інтерфейс» може сам аналізувати інформацію про активність мозку і вносити певні корективи під час роботи. Щойно правильний режим обрано, імплант починає процедуру «стимуляції» відповідної ділянки мозку. Цей процес може попередити

епілептичний напад, а також допомогти людям, які хворіють на нарколепсію або мають інші різноманітні психічні розлади.

Наслідки сингулярності викликають у багатьох побоювання і є основою для дискусій про майбутнє людства. Ці наслідки оцінюють по-різному. Реймонд Курцвейл, футуролог, розробник систем розпізнавання мови та одна з ключових фігур у Google, вважає, що розвиток технологій – чудова можливість для людини стати кращою. Менш оптимістичні у своїх оцінках Ілон Маск та Білл Гейтс. На їхню думку, прогрес може призвести до знищення людства.

Тому виникає, філософське питання: досягнення науки це благо для людини чи щось інше? Сміливо можна сказати тільки одне, що світ перебуває в абсолютно новій стадії розвитку, де головне – це загроза безпеці. І зараз немає можливості передбачити всі наслідки сингулярності як у технічному, так і соціальному ракурсах.

Взагалі безпека є ключовим психолінгвістичним постулатом сьогодення. Потреба в безпеці стає домінантною в умовах турбулентних явищ, які руйнують звичні стереотипи поведінки та сформований образ життя. Саме вона починає визначати мотивацію соціальної поведінки людини, перебудовуючи та змінюючи її, специфічним чином трансформуючи інші базові групи потреб, психічні особливості та характеристики особистості. Вона стає активним і переважним мобілізатором ресурсів організму людини в надзвичайних обставинах – соціальної дезорганізації, катастрофічних явищ природи, злочинних посягань та ін. Саме задоволення базисних фізіологічних потреб і перебування у безпеці дають можливість розвитку вищих психологічних потреб людини та навпаки (рис. 4). Поряд із цим, змінюється форма безпеки. Відсутність адекватних можливостей для задоволення цих потреб викликає в особистості емоційно негативні, гостро пережиті психічні стани, на тлі яких протікають практично всі психічні процеси людини [11]. Інформаційно-психологічна нестабільність у суспільстві загострює проблеми медико-психологічного спрямування.

Через різке ускладнення технологій відбуваються зміни вектора безпеки. Якщо вектор минулого був – захистити людину від машини. То зараз – захистити машину від людини.

Яскравим прикладом останнього є техногенна катастрофа на Чорнобильській АЕС, що виникла через людський фактор. Важливо захистити машину від втручання людини в її механізми.

Факторами ризику втрати контролю є: помилки оператора, злий намір та управління масовою свідомістю (маніпулювання).

Причиною кризової ситуації, що склалася в суспільстві є створення техносфери, що є антагонізмом природи, що також антагонізм людині. Створення техносфери порушило природний обмін речовин у природі. Тому виникає питання, пріоритет за безпекою чи експериментом над природою або цивілізацією?

Глобальні виклики визначають пріоритети науково-технологічного розвитку, які з погляду масштабу та глибини їхнього впливу на соціально-економічний розвиток поділяються на дві категорії: тактичні та стратегічні. Тактичні пріоритети визначають близькострокову перспективу, забезпечуючи сьогоднішній день. Стратегічні пріоритети спрямовані на середньо- і довгострокову перспективу, забезпечують створення нових проривних технологій та призводять до зміни технологічного укладу. Тактичні пріоритети створюють умови для отримання стратегічних результатів.

Коли суспільство живе і вирішує тільки тактичні задачі, воно програє майбутньому. Будь-який прорив здійснюється на базі фундаментальних міждисциплінарних досліджень.

Стратегічна мета сучасної цивілізації – це включити технології в природний ресурсообіг з урахуванням розвитку інтегрованої міждисциплінарної науки.

Формування стратегічних пріоритетів полягає у:

– концентрування на радикально нових проривних технологіях на базі результатів фундаментальних наук;

– зміна технологічного укладу;

– створення нових технологій.

Основні тактичні пріоритети медико-психологічної реабілітаційно-абілітаційної допомоги є конвергенція наук та технологічних рішень з метою створення нових реабілітаційно-абілітаційних технологій. Стратегічними пріоритетами при цьому виступають державні управлінські рішення та програми з метою створення нових технологій.

У свою чергу стратегічні пріоритети в системі охорони здоров'я орієнтовані на пацієнта та на систему. Орієнтованість на пацієнта полягає у розробці індивідуалізації щодо запобігання розладів і компенсації хронічних захворювань. Орієнтованість на систему – це розробка нових медико-психологічних технологій в надані спеціалізованої допомоги.

Ведення пацієнта з певною нозологією підлягає конкретній технології, а саме здійснення об'єктивізації, стандартизації, маршрутизації, формуванні протоколу та в інформаційній підтримці із застосуванням хмарних технологій.

За даними ВООЗ медичної реабілітації потребують 30-35% від загальної кількості пацієнтів, які лікувалися в стаціонарі, і 40-50% амбулаторно.

Важливість і необхідність широкого використання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги пояснюється тим, що в Україні налічується близько 18,2 млн осіб, які відносяться до найбільш уразливих представників населення, що складає 44% від загальної кількості мешканців України.

Розподіл населення за станом здоров'я:

– 31% здорові – складає 5,6 млн осіб;

– 50% потребують дообстеження – складає 9,1 млн осіб;

– 19% хворі з постстресовими розладами – складає 3,5 млн осіб.

У 2017 році ВООЗ представила Рекомендації щодо розбудови, організації та фінансування ефективної системи надання реабілітаційних послуг. Важливо дотримуватися цих Рекомендацій при плануванні та реалізації заходів на національному рівні. Сім базових принципів, що входять до Рекомендацій полягають у наступному:

A. Послуги реабілітації повинні бути інтегровані до системи охорони здоров'я на всіх трьох рівнях (первинному, вторинному та третинному);

B. Система охорони здоров'я повинна забезпечити доступність реабілітаційних послуг на кожному рівні;

C. Реабілітація повинна бути мультидисциплінарною, для чого потрібен штат різних фахівців з реабілітації та механізми підготовки;

D. Реабілітаційні послуги повинні бути доступні у громадських (вдома, в школі, на робочому місці) і лікарняних (стаціонарних або амбулаторних) установах;

E. Лікарні повинні включати спеціалізовані реабілітаційні відділення з належним обладнанням та витратними матеріалами;

F. Добре сплановані та ретельно впроваджені стратегії фінансування, щоб забезпечити включення реабілітаційних послуг до основних комплексів медичної допомоги;

G. Якщо медичне страхування існує, воно має включати послуги з реабілітації.

Ураховуючи Рекомендації ВООЗ стратегічним рішенням щодо клінічної реабілітаційної допомоги є створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги через запровадження єдиної системи, технології, моделі та методології надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги.

Гарантом забезпечення медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги є ЗАКОН УКРАЇНИ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», що визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі [5].

Впровадження єдиної системи надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги ґрунтується на:

– багаторівневості надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги;

– наступності та взаємодії різних ланок медичної допомоги;

– моніторуванні стану пацієнта на всіх етапах отримання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги;

– мультидисциплінарності кожного окремого клінічного випадку [9].

Система надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги повинна складатися з відбору контингенту, первинної діагностики, лікуванням за профілем, де будуть залучені обласні багатопрофільні лікарні, а також установи санаторно-курортної реабілітації й абілітації. Така система спрямована на відновлення психічного здоров'я та психологічного благополуччя людини з обов'язковим проведенням експертизи ефективності проведених заходів.

Створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги за стандартизованою моделлю включає повний цикл відновлювального процесу: консультування; діагностика; лікування, корекція, психотерапія та реабілітація й абілітація.

Реалізація функціональної технології об'єктивізації стану здоров'я та надання допомоги не тільки є лікування хвороби, а й лікування та відновлення особистості, яка зазнала збитку психічному здоров'ю (рис. 4). Технологія побудована на принципі єдності тілесного і душевного. Єдність психічного і соматичного проявляється в тому, що в розвитку всіх захворювань беруть участь психогенні (емоційні) компоненти. Емоційні переживання впливають на морфологічні структури через гормональну, імунну і вегетативну нервову системи. Своєю чергою соматичні захворювання впливають на психічний стан.

Рис. 4. Технологія об'єктивізації стану здоров'я людини та надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги

Згідно з технологією об'єктивізації стану здоров'я людини та надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги, на ряду з комплексною діагностикою оцінки стану соматичного здоров'я пацієнта проводиться психологічна діагностика, що вміщує оцінку психоемоційного стану, встановлення індивідуальних особливостей,

виявлення рівня розвитку когнітивних процесів, а також визначення особистісних ресурсів. Такий підхід, дозволяє виявити не тільки соматичні негаразди пацієнта, а й встановити його психологічні проблеми, знайти пускові психосоматичні чинники. Саме такий підхід здатний забезпечити не тільки своєчасну адекватну медико-психологічну допомогу, а й провести адресні психопрофілактичні та психокорекційні заходи, спрямовані на зниження тяжкості та вираженості психологічних, психічних і психосоматичних наслідків.

Використання сучасних інформаційних технологій у системі надання клінічної реабілітації й абілітації дозволяє підвищити рівень реабілітаційної допомоги, шляхом впровадження нових організаційних методів, засобів та способів реабілітації [2].

Одним із принципів організації медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги, що передбачає взаємодію фахівців є мультидисциплінарність. Мультидисциплінарна клінічна реабілітаційна команда (МДКРК) – це згуртована професійно та психологічно команда фахівців із клінічної реабілітації з налагодженою комунікацією всередині колективу та розділеними функціональними обов'язками як з питань діагностики, так і застосування реабілітаційних технологій. МДКРК:

– визначає вихідну оцінку стану хворого та ступінь порушення функцій;

– формулює функціональний реабілітаційний діагноз;

– оцінює реабілітаційний потенціал;

– складає індивідуальний план реабілітаційних заходів;

– проводить аналіз проблеми кожного хворого індивідуально;

– виробляє конкретні реабілітаційні цілі (короткострокові та довгострокові) та завдання клінічної реабілітації;

– оцінює ефективність реабілітаційних заходів у динаміці та формулює реабілітаційний прогноз пацієнта;

– дає обґрунтування напряму на наступний етап клінічної реабілітації.

Основою роботи МДКРК є досягнення поставлених цілей та завдань щодо відновлення незалежності пацієнта та активної життєдіяльності. До складу МДКРК повинні входити: психолог (клінічний психолог), психіатр, невролог, терапевт, кардіолог, ендокринолог, психотерапевт, фізіотерапевт, реабілітолог, фізичний терапевт, ерготерапевт, медична сестра та сам пацієнт. На підставі всебічного обстеження хворого спеціалістами мультидисциплінарної реабілітаційної бригади, які працюють як єдине ціле з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань реабілітації, формується реабілітаційний діагноз пацієнта, що служить відправним моментом при плануванні програми відновного лікування. Безумовно, серйозну допомогу у проведенні мультидисциплінарною клінічною реабілітаційною бригадою системного аналізу стану здоров'я пацієнта у режимі реального часу надасть сучасна інформаційна система медичної організації, до якої обов'язково має увійти Міжнародна класифікація функціонування як базова класифікація, поруч із МКБ-10. Визначивши цілі та завдання відновного лікування, МДКРК складає індивідуальний план реабілітаційних заходів, враховуючи індивідуальні особливості особи, яка підлягає клінічній реабілітації, тяжкість основного захворювання, супутню патологію, психологічний і соціальний статус хворого [8].

Нагальним є імплементація комплексних підходів щодо реабілітаційних та абілітаційних послуг, спрямованих на підвищення якості життя, активності, працездатності та залучення в усі форми суспільного життя, підготовка та перепідготовка кадрів на базах медичних закладів вищої освіти, університетів та університетських клінік. У межах цього напряму визначено такі завдання:

− підготовка та спеціалізація клінічних психологів, психіатрів, нейрореабілітологів, фізичних терапевтів з проблем клінічної реабілітації;

− розробка програми спеціалізації за фахом клінічна психологія;

− стажування за фахом клінічна психологія;

− надання статусу клінічного психолога;

− тематичне удосконалення та атестація клінічних психологів;

− розвиток напрямку клінічної психології та клінічної реабілітації.

Удосконалення системи надання клінічної реабілітації й абілітації можливо при модернізації закладів та підготовці фахівців відповідно до вимог часу. Це надасть можливість забезпечити населення високоякісною медико-психологічною клінічною реабілітаційною допомогою за європейськими стандартами, поєднати діагностичний, лікувальний, реабілітаційний, науковий та освітній процеси.

Основні підсумкові акценти.

На кожному історичному етапі турбота про якість життя та збереження здоров'я своїх громадян є стратегічним пріоритетом держави.

Турбулентні процеси в Україні потребують підвищеної уваги до медико-психологічної реабілітаційно-абілітаційної допомоги.

У державній політиці щодо цього важливо визначити основні стратегічні та тактичні пріоритети, а також управління формуванням стратегічних пріоритетів на основі досягнення тактичних результатів.

Основою соціального прогресу на цей час виступає конвергенція NBICS технологій, де з точки зору даної проблематики центром поєднання слід вважати саме когнітивні технології.

Особливої уваги заслуговує акцент на конвергенції когнітивних та інформаційних технологій, адже це відкриває безліч нових можливостей у поліпшенні якості життя населення; формуванні нових напрямків у сфері психотехнологій; розширенні можливостей використання штучного інтелекту у реабілітаційній практиці.

Запровадження єдиної системи, технології, моделі та методології надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги на основі відповідних державних управлінських рішень та втіленні сучасних NBICS-технологій є стратегічним пріоритетом.

Тактичним пріоритетом є створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги, модернізація закладів відповідного профілю та підготовка фахівців відповідно до вимог часу.

Список використаних джерел:

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: strengthening our response 30 March 2018. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

2. Антонов В.Г., Панченко О.А. Інформаційний контент реабілітаційних та абілітаційних заходів медико-психологічного спрямування в умовах турбулентності. Науково-практична конференція з міжнародною участю «*Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини»* (Костянтинівка, Донецька обл., 20 жовтня 2020 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2020. С. 50-54.

3. Вороненко Ю.В., Мінцер О.П. Ризик виникнення освітньої сингулярності: тенденці та можливі наслідки. Медична інформатика та інженерія. 2013. № 1.

4. Всесвітній словник української мови. URL: https://uk.worldwidedictionary.org/.

5. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 03.12.2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text.

6. Клименко С. Теория и практика ведения «гибридных войн» (по взглядам НАТО) 2015. *Зарубежное военное обозрение* 2015. № 5. С. 109-112.

7. Михайлов Дмитро. Когнітивна сингулярність та глибинна стимуляція мозку. 28 липня 2020. URL: https://supportyourart.com/columns/cognitive-singularity/.

8. Панченко О.А. Клінічна реабілітація та абілітація: сучасний стан проблематики. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 219-224.

9. Панченко О.А., Антонов В.Г. Реабілітація як складова державної політики у сфері інформаційно-психологічної безпеки. *Теорія та практика державного управління.* 2020. Вип. 2 (69). С. 8-17.

10. Панченко О.А., Кабанцева А.В. Клінічна реабілітація в умовах інформаційно-психологічної війни. *Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги:* матеріали щорічної науково-практична конференція з міжнародною участю (Тернопіль, 23-24 вересня 2021 року). Тернопіль: ТНМУ, 2021. С. 63-65.

11. Панченко О.А., Кабанцева А.В., Сердюк І.А. Потреби особистості на інформаційну безпеку. *Публічне урядування.* 2020. № 3 (23). С. 203-214.

12. Панченко О.А., Сердюк І.А. Пропаганда та ідеологічна обробка (маніпулювання, інформаційне зомбування) – основні механізми психологічної війни. *Modernization of the educational system: world trends and national peculiarities.* III International scientific conference, February 21 th, 2020. Kaunas, Lithuania, 2020. P. 75-79.

13. Яницкий О.Н. «Турбулентные времена»: слоган или проблема социологии? 2017. URL: http://www.ssa-rss.ru/index.php?page_id=19&id=508&printmode.

УДК: 615.47

Аврунін О.Г., професор, д.т.н.
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна
Носова Я.В., доцент, к.т.н.
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна
Селіванова К.Г., доцент, к.т.н.
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна
Грохова Г.П., доцент, к.пед.н.
кафедра фізичного виховання та спорту
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна
Прісич О.Ю., старший викладач,
кафедра фізичного виховання та спорту
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна

НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ВІДЕОТЕХНОЛОГІЙ

Актуальність роботи. Тривалі виклики для освітнього процесу в Україні, які пов'язані з епідемію Covid-19 та повномасштабною війною, потребують розвитку технологій дистанційного навчання. Тому, саме в умовах дистанційного навчання на перший план виходить проблема розробки ефективних підходів для створення освітніх ресурсів [1, 2]. База таких ресурсів повинна містити сучасний навчальний контент, який, фактично, спроможний забезпечити самостійне засвоювання матеріалу при додатковому наданні онлайн консультацій викладачем. Реалізація такого підходу повинна ґрунтуватись не тільки на наданні теоретичного матеріалу, але й на наданні практичних навичок за рахунок використання комп'ютерних тренінгових систем [3-5], моделюванням роботи на складному обладнанні [6, 7] та фактичним зануренням у віртуальне навчальне середовище за рахунок засобів створення 3D-контенту [8, 9]. Цьому сприяє розвиток технологій тривимірної графіки [10, 11] та візуалізації [12, 13], зокрема в медицині. Тому, сучасність реалізації та актуальність впровадження таких підходів при дистанційному навчанні не викликає сумнівів.

Мета роботи. Продемонструвати можливості сучасних підходів для створення 3D-відеоконтенту та відео з ефектом присутності для дистанційного навчання та при фізичній реабілітації.

Основні результати. Для занурення у навчальне середовище на сучасному етапі основним є підхід з використанням технологій віртуальної реальності. Це дозволяє на основі розробки стереовідеоконтенту (безпосередньо, зі спеціалізованих відеокамер, або за рахунок комп'ютерного моделювання) та застосування гаджетів для його перегляду забезпечити реалізацію такого віртуального освітнього середовища з ефектом присутності. Для формування стереовідеоконтенту необхідно використовувати камери з двома об'єктивами, що формують окремі відеопотоки для кожного ока окремо [14, 15]. В роботі авторами використовувалась стереовідеокамера Insta-360 Evo, яка може формувати як панорамний, так і стереовідеоконтент (в залежності від розташування об'єктивів) з загальним розрізненням 5,7K. Така відеокамера з простішими окулярами для перегляду стереовідео на екрані мобільного телефону наведена на рисунку 1.

Рис. 1. Стереовідеокамера Insta-360 Evo з комплектними окулярами для перегляду стереовідеоконтенту на екрані мобільного телефону

Для отримання стереоконтенту відеокамера має стереобазу – відстань між об'єктивами 65 мм, що відповідає усередненої відстані між очами дорослої людини й дозволяє створювати стереоконтент у звичному сприйнятті. Це досягається за рахунок відповідного паралаксу – відстані між однією і тією ж точкою об'єкта, зафіксованою на двох зображеннях, що отримуються за допомогою двох паралельних камер. Камера формує негативний паралакс при паралельному розташуванні об'єктивів. Деталізація об'єкту зйомки з урахуванням фокусної відстані ширококутних об'єктивів сильно зменшується з відстанню, тому доцільно розташовувати центральні об'єкти навчального середовища на відстані приблизно 1,5÷2 м від стерео камери. Це дозволяє уникати геометричних спотворень від ширококутних об'єктивів та забезпечує високе просторове розрізнення за глибиною (в напрямку від камери до об'єкту зйомки) близько 10 мм. Крім того, потрібно враховувати, що просторове розрізнення по глибині спадає пропорційно квадрату величини дистанції від камери та на відстані 2 м складає біля 1 см [16]. Додатковою задачею є наведення субтитрів, без подвоєння зображення тексту при перегляді такого стереоскопічного відеоконтенту.

Висновки. Отриманий та оброблений стереовідеоконтент можливо розміщувати на відповідних YouTube-каналах та переглядати як у звичайних гарнітурах віртуальної реальності, так і з використанням простих VR-окулярів для смартфонів. Можливо це виконувати в онлайн режимі, або (при невисокій швидкості інтернет-трафіку) заздалегідь завантажувати стереовідеоконтент повністю, або поетапно. Таким чином, за рахунок стереоскопічного сприйняття глибини простору досягається збільшення реалістичності відеоматеріалів, що, фактично, допускає занурення у віртуальне навчальне середовище та дозволяє зацікавити сучасного студента за рахунок більш унікального та запам'ятаючого контенту. Перспективою роботи є розробка методичних рекомендацій для можливого забезпечення стереоконтентом різних навчальних дисциплін та комплексів фізичної реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Семенець В., Каук В., Аврунін О. Впровадження технологій дистанційного навчання у навчальний процес. Вища школа. № 5. 2009. С. 40-57.

2. Створення сучасного відеоконтенту для дистанційного навчання та фізичної реабілітації / О.Г. Аврунін, Я.В. Носова, К.Г. Селіванова, Г.П. Грохова, О.Ю. Прісич // Електроенергетика, електромеханіка та технології в АПК : [Електронний ресурс] : Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 22 грудня 2022 р. / Держ. біотехнологічний ун-т. – Х.: 2022. – С. 82-83.

3. Avrunin, L. Aver'yanova, V. Golovenko, O. Sklyar E-Learning of Functioning Principles Medical Intrascopy Systems//2-th International Conference «Modern (e-) Learning», July, 2007, Varna, Bulgaria, ITHEA SOFIA, – P. 134-137.

4. The experience software-based design of virtual medical intrascopy systems for simulation study International Journal / O. Avrunin, L. Aver'yanova, V. Golovenko, O. Sklyar // Information Technologies and Knowledge. – 2008. – Vol. 2. – P. 470-474.

5. Аврунин О.Г., Аверьянова Л.А., Бых А.И., Головенко В.М., Скляр О.И. Методика создания виртуальных средств имитации работы рентгеновского компьютерного томографа // Техническая электродинамика. Тем. Вып. – Киев, 2007. – Т. 5, С.105-110.

6. Avrunin O.G. Experience of Developing a Laboratory Base for the Study of Modern Microprocessor Systems / O.G. Avrunin, T.V. Nosova, V.V. Semenets. // Proceedings of I International Scientific and Practical Conference «Theoretical and Applied Aspects of Device Development on Microcontrollers and FPGAs» MC&FPGA-2019, Kharkiv, Ukraine. – 2019. – P. 6-8.

7. Avrunin O., Sakalo S., Semenetc V., Development of up-to-date laboratory base for microprocessor systems investigation, 2009 19th International Crimean Conference Microwave & Telecommunication Technology, Sevastopol, 2009, pp. 301-302.

8. Тимкович М.Ю. Носова Я.В., Аврунін О.Г., Тимкович М.Ю. Можливості відеотехнологій для дистанційної освіти. Інформатика, управління та штучний інтелект : тези восьмої міжнародної науковотехнічної конференції. Харків: НТУ «ХПІ». 2021. С. 130.

9. Аврунин О.Г., Носова Я.В. Применение виртуальных тренажеров в лабораторном практикуме при дистанционном обучении. Проблеми теорії та практики дистанційної освіти в Україні : матеріали міжвузівської конференції, 19 жовтня 2012 р. Харків: Харк. нац. ун-т будів. та архіт., 2012. С. 6-10.

10. O. Avrunin, M. Tymkovych, V. Semenets and V. Piatykop, «Computed tomography dataset analysis for stereotaxic neurosurgery navigation» 2019 IEEE 8th International Conference on Advanced Optoelectronics and Lasers (CAOL), Sozopol, Bulgaria, 2019, pp. 606-609, DOI: 10.1109/CAOL46282.2019.9019459.

11. Avrunin, O., Tymkovych, M., Drauil, J. Automatized technique for threedimensional reconstruction of cranial implant based on symmetry (2015) Information Technologies in Innovation Business Conference, ITIB 2015 – Proceedings, pp. 39-42.

12. Тымкович М.Ю. Использование DICOM-изображений в медицинских системах / М.Ю. Тымкович, О.Г. Аврунин, В.В. Семенец // Техн. электродинамика: Тематич. вып. – 2012. – Т.4. – С. 178-183.

13. Книгавко, Ю.В. Программная визуализация объемных медицинских данных / Ю.В. Книгавко, О.Г. Аврунин // Журн. Техн. електродинаміка – 2011. – С. 301-308.

14. Носова Т.В., Аврунин О.Г. Сучасний погляд на можливості технології панорамного відео для інклюзивної освіти. Стан, досягнення і перспективи інформаційних систем і технологій : матеріали XX Всеукраїнської науковотехнічної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів. Ч. 1. Одеса, ОНАХТ, 2020. С. 144-146.

15. Грохова Г.П. Підхід до рекреації студентів технічних університетів з використанням 3D відеоконтенту / Г.П. Грохова, О.Ю.Прісич, О.Г. Аврунін // Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я: тези доповідей XXX міжнародної науково-практичної конференції MicroCAD-2022, 19-21 жовтня 2022 р. / за ред. проф. Сокола Є.І. – Харків: НТУ «ХПІ». – С. 889.

16. Особливості формування навчального 3d-контенту / О.Г. Аврунін, Я.В. Носова, К.Г. Селіванова, Г.П. Грохова, О.Ю. Прісич / Автоматизація, електроніка, інформаційно-вимірювальні технології: освіта, наука, практика : матеріали IV Міжнарод. наук.-техн. конфер., 01-02 грудня 2022 р. / Г.В. Лісачук (голова оргком.) Х. 2022 – С. 3-4.

УДК: 616.89-08-039.34:355

Антипенко І.В., доктор наук з державного управління,
кандидат юридичних наук,
Академік, Віце-Президент Української Технологічної Академії
м. Київ, Україна
Петровський А.В., кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри цивільно-правових дисциплін
Національної академії внутрішніх справ
м. Київ, Україна
Болюбаш Є.В., здобувач наукового ступеня доктора філософії
кафедри цивільно-правових дисциплін
Національної академії внутрішніх справ
м. Київ, Україна
Кочкадамян А.Г., здобувач наукового ступеня доктора філософії
кафедри цивільно-правових дисциплін
Національної академії внутрішніх справ
м. Київ, Україна

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПІД ЧАС СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ ВНАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Актуальність роботи. З початком широкомасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України 24 лютого 2022 року законодавче підґрунтя зазнало певних змін. Так, Законом України № 2102-IX від 24 лютого 2022 року було затверджено Указ Президента України «*Про введення воєнного стану в Україні*» [1]. Відповідно до зазначеного Указу Кабінет Міністрів України запровадив та забезпечив заходи правового режиму воєнного стану в Україні.

Чинне законодавство визначає, що до учасників бойових дій віднесено військовослужбовців Збройних Сил України, Нацгвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, осіб рядового, начальницького складу і військовослужбовців МВС України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України. Стрес та небезпека, з якими постійно стикаються працівники правоохоронних органів, можуть надавати великий вплив як на фізичне, так і психічне здоров'я. Посттравматичний стресовий розлад має всі шанси увійти до списку професійних захворювань працівників правоохоронних органів.

Мета. Дослідити особливості соціального забезпечення та психологічної реабілітації працівників правоохоронних органів внаслідок посттравматичних стресових розладів здоров'я в умовах воєнного стану та запропонувати шляхи підвищення їх ефективності, зокрема за допомогою використання штучного інтелекту.

Основні результати. Станом на 01 лютого 2022 року, за офіційною статистикою, до Реєстру (*Єдиний реєстр учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення*) внесена інформація про 405 711 учасників бойових дій (серед них жінок – 19 402), в тому числі у 2021 році – про 27 293 учасників бойових дій, у 2022 році – про 303 учасників бойових дій.

Проте, з початком повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України 24 лютого 2022 року кількість учасників бойових дій значно зросла в

кількості, підрахунок продовжується щодня. Зокрема, 12 січня 2023 року Верховною Радою України було прийнято за основу та в цілому Закон України «*Про внесення змін до деяких законів України щодо визнання учасниками бойових дій та особами з інвалідністю внаслідок війни, членами сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України окремих категорій осіб, які брали безпосередню участь у здійсненні заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та інших питань*», яким було розширено коло осіб, які можуть мати статус учасника бойових дій [2].

Участь у військових діях – це наявність бойових травм, розвиток посттравматичного стресового розладу, а тому питання соціального забезпечення та реабілітації є надзвичайно актуальним. Слід зазначити, що фізична реабілітація не може забезпечити повноцінного повернення демобілізованих бійців до мирного життя. Майже завжди в учасників бойових дій поряд з фізичною травмою спостерігається стресова реакція організму в тому чи іншому вигляді. Тому саме комплексна психологічна реабілітація, надання якої зосереджене в одному конкретному лікувальному закладі, є більш ефективною та актуальною.

Доведено, що профілактична медико-психологічна допомога є найбільш ефективним засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини. Однією з причин росту негативних наслідків, що обумовлені впливом небезпечних для життя ситуацій, є практично повна відсутність програм профілактичної спрямованості. Оскільки програми превентивної медико-психологічної допомоги є найбільш ефективним втручанням з метою запобігання негативного впливу екстремальних подій на психіку людини, то розробка комплексу заходів з профілактики посттравматичного стресового розладу є однією з актуальних проблем сучасної психології та психіатрії.

Результати досліджень показують, що працівники правоохоронних органів як мінімум у два рази частіше, ніж звичайні люди, страждають від посттравматичного стресового розладу, у них набагато частіше виникають спроби самогубства. Вивчення поширеності посттравматичного стресового розладу, проведеного в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України, показало, що у 19% осіб, які брали участь у бойових діях, було виявлено клінічний варіант посттравматичного стресового розладу, окремі симптоми – у 25%.

Профілактика посттравматичного стресового розладу в осіб, що пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на багатовекторному підході та включати в себе медичні, психологічні та соціальні заходи. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм. Вторинна профілактика спрямована на хворих на посттравматичний стресовий розлад з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресії, хімічні залежності), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Побудова профілактичних програм повинна проводитися з урахуванням основних факторів і умов формування посттравматичного стресового розладу, таких як: особливостей самої травматичної події, наявності негативних «професійних» чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних і індивідуально-психологічних особливостей.

Основними напрямками профілактики посттравматичного стресового розладу є: а) розробка та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних порушень у жертв екстремальних подій; б) подальший моніторинг стану здоров'я контингентів, які складають групи підвищеного ризику. Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи з психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з нього (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть включати в себе психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки,

психокорекційну роботу тощо.

Організація ефективної допомоги потерпілим у результаті екстремальних подій припускає три основні напрямки, які взаємодоповнюють один одного: 1) створення державної системи спеціалізованої медико-психологічної допомоги жертвам життєво небезпечних подій, шляхом відкриття мережі кризових центрів та центрів реабілітації постраждалих; 2) створення різних громадських організацій за типом товариства ветеранів війн, груп взаємодопомоги жертв катастроф, груп зустрічей, відкритих для кожної людини, що пережила екстремальну подію, де вона могла б одержати потрібну їй інформацію, зрозуміти, що її проблеми можуть бути вирішені; 3) організація консультативної служби для родичів потерпілих, у рамках якої можна було б одержати професійну психологічну допомогу, конкретні рекомендації з побудови взаємин у родині, зняття власної психічної напруги [4, 5-8].

Відповідними змінами до Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 року [3] надається право на безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад, що є позитивним кроком для психологічної реабілітації працівників правоохоронних органів внаслідок посттравматичних стресових розладів здоров'я.

Також є необхідним зробити акцент на тому, що стрімко входить до нашого життя штучний інтелект, він превалює над природнім інтелектом, що викликає певні психічні розлади, оскільки ми не можемо керувати належним чином штучним інтелектом. Під час війни, особливо у випадках, коли людина телефонує у екстрені служби, вона піддається нервуванням, знаходиться у стресовому стані, коли чує під час дзвінка по телефону «Натисніть 1… 2… 3… Залишайтесь на лінії… грає музика…».

Під час війни, а також після пандемії Covid-19, людина потребує втручання медичного та психологічного характеру, вона повинна спілкуватись з професійною особою, яка має навички в державно-професійному аспекті. Це можуть бути спеціалісти – не лише медики, а й з правоохоронних органів. Бо коли є наявність розтрощених будинків під час ракетних обстрілів з повітря, втрати житла, то таким людям повинна надаватись допомога фахівців правоохоронних органів: спеціальна підготовка поліцейських, парамедиків тощо.

Також інформаційний простір наповнено такою соціальною проблематикою, як наявність *булінгу* (від англ. *bullying* – залякування, цькування, задирання) – різновид насильства; навмисне, що не носить характеру самозахисту і не є санкціонованим нормативно-правовими актами держави, довготривале (повторюване) фізичне чи психологічне насильство з боку індивіда, чи групи, які мають певні переваги (фізичні, психологічні, адміністративні тощо) стосовно індивіда, і що відбувається переважно в організованих колективах з певною особистою метою (наприклад, бажання заслужити авторитет у бажаних осіб) та *мобінгу* (*знущання*, від англ. *mob* – юрба) – систематичне цькування, психологічний терор, форми зниження авторитету, форма психологічного тиску у вигляді цькування співробітника у колективі, зазвичай з метою його звільнення. Але законодавство не приведено в норму, у деяких випадках люди не отримуючи спеціальної належної допомоги кінчають самогубством.

У таких випадках вбачається нами поєднання і співпраця правоохоронних органів, законодавчих ініціатив, державної допомоги та медичної (психолого-психіатричної) допомоги. Україна рухається до вступу до Європейського Союзу, тому законодавство України повинно бути адаптованим до законодавства ЄС.

Висновки. З урахуванням вищевикладеного постає необхідність напрацювати пропозиції про внесення змін до чинного законодавства щодо розширення комплексу заходів, спрямованих для більш комплексної психологічної підготовки працівників правоохоронних органів, зокрема з допомогою щодо використання штучного інтелекту. В Україні відсутні відповідні дослідження з окресленої проблематики.

Також є пропозиція звернення до Кабінету Міністрів України, профільних комітетів Верховної Ради України про формування у проєкті ЗУ «Про Державний бюджет на 2024

рік» додаткових статей розходів, спрямованих на забезпечення комплексу заходів психологічної реабілітації працівників правоохоронних органів внаслідок посттравматичних стресових розладів здоров'я в умовах воєнного стану, що, на нашу думку, буде сприяти шляху підвищення її ефективності.

Список використаних джерел:

1. Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» : Закон України від 24.02.2022 р. № 2102-IX // Законодавство України : база даних / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 24.02.2022. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2102-20#Text (дата звернення: 05.09.2022).

2. Про внесення змін до деяких законів України щодо визнання учасниками бойових дій та особами з інвалідністю внаслідок війни, членами сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України окремих категорій осіб, які брали безпосередню участь у здійсненні заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та інших питань : Закон України від 12.01.2023 р. № 2864-IX // Законодавство України : база даних / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 25.01.2023. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2864-IX#Text (дата звернення: 28.01.2023).

3. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII // Законодавство України: база даних / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 12.08.2022. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text (дата звернення: 05.09.2022).

4. Шестопалова Л.Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. // *Гуманітарний часопис*. 2005. С. 103-108.

5. Панченко О.А., Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації. Харків, 2002. 48 с.

6. Кабанцева А.В. Актуальні медико-психологічні проблеми населення у період гібридної війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки.* Херсон, 2021. Вип. 3. С.95-100.

7. Панченко О.А., Панченко Л.В., Зайцева Н.О., Садчікова О.Г. Посттравматичний стресовий розлад та психопатологічна симптоматика з переважаючими копінг-стратегіями у населення України. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин: ПП Лисенко, 2015. Том XI. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 15. С. 369-378.

8. Панченко О.А., Березовский В.М. Посттравматичний сресовий розлад в зоні проведення антитерористичної операції (АТО) *Економічні та гуманітарні проблеми розвитку сучасної країни*: матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції 5 грудня 2017 р. Краматорськ, 2017. С. 18-22.

УДК: 616-036.21:616.314.17-002:615.1

Борисюк І.Ю., доктор фармацевтичних наук, доцент
Фізор Н.С., кандидат фармацевтичних наук, доцент
кафедра технології ліків
Андрющенко М.Т., студент
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПОШИРЕНОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ПАТОЛОГІЙ ПОРОДОНТУ, СТРАТЕГІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Актуальність роботи. Запальні захворювання порожнини рота є одними з найчастіших захворювань людини. Патології пародонта у структурі стоматологічних захворювань посідають провідне місце. За даними ВООЗ, від 69% до 99% пацієнтів, що звертаються до стоматолога, мають патології пародонта, серед них найбільше поширення серед осіб молодого віку (83,6-96,6% у віковій групі 18-24 років) та без належного лікування можуть призвести до передчасної втрати зубів. Внаслідок високої поширеності, швидкого прогресування та неоднозначності схем лікування актуальним є вивчення асортиментного складу стоматологічних лікарських засобів [1, 2].

На сьогодні хронічні дистрофічно-запальні захворювання пародонта (далі ДЗЗП) призводять до вторинної адентії щелеп у працездатного населення та негативно впливають на рівень якості життя населення [2-9]. Тому актуальність вивчення епідеміології, діагностики та лікування вказаних захворювань не викликає сумнівів, адже в сучасних умовах ураження пародонта можна встановити у понад 85% населення країни [3, 7].

На офіційному сайті World Health Organization в інформаційному бюлетені «Oral Health» (25 March 2020) [10] з посиланням на оцінки «Global Burden of Disease Study» підкреслюється, що принаймні понад 3,5 мільярди людей у світі страждають на захворювання порожнини рота. Майже 48% населення планети має ДЗЗП, на тяжкі форми захворювання страждає майже 10% населення планети [11]. При цьому пік поширеності досягається у віці понад 40-45 років [9]. Так, у країнах ЄС щороку приблизно 40% населення страждає від хронічних форм пародонтиту [9]. В Іспанії цей відсоток сягає до 85% [10]. У США близько 50% дорослих у віці понад 30 років мають пародонтит [11]. В країнах Африканського регіону досягає 90%, Південно-Східної Азії – 95% [12].

На сьогодні адекватна медична статистика з ДЗЗП в Україні недостатня. За показниками Центру медичної статистики, МОЗ України у 2019 р. за стоматологічною допомогою звернулися лише 27,7% населення [8]. Слід відзначити надзвичайно низьку самовідповідальність значної кількості населення України, яка звертається по допомогу до стоматолога у запущених, тяжких ситуаціях, а такі захворювання як гінгівіт, стоматит, пародонтит вважає «легкими», що не потребують медичного втручання та фармакотерапії. Недооцінення поширення ДЗЗП в Україні є проблемою, яка виводить ці захворювання на перші позиції за критеріями «епідемічності», і, при відсутності адекватної та своєчасної фармакотерапії, спричиняє ускладнення та негативний вплив на загальний стан здоров'я пацієнтів [12]. Низька обізнаність про пародонтит взагалі є розповсюдженим явищем серед населення, бо більшість пацієнтів, які страждають на пародонтит, не знають про свій стан [13].

Останнім часом помітний прогрес у діагностиці й лікуванні стоматологічних хвороб. Етіологія й патогенез захворювань пародонта складні й досі недостатньо з'ясовані. Патологічні процеси в тканинах пародонта зумовлені й місцевими факторами (мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності, травматична оклюзія) і загальними (захворювання органів і систем, вплив екологічно шкідливих факторів, особливості харчування), що зумовлює необхідність комплексного лікування захворювань пародонту [1]. Останніми роками вчені активно проводять пошуки нових методів діагностики, моніторингу й контролю якості лікування захворювань пародонта.

Важливим напрямом профілактики запалення ясен є усунення прикріплення пародонтопатогенів до епітелію та поверхні зубів для запобігання проникненню мікроорганізмів та їхніх токсинів через природні захисні бар'єри. Для запобігання дисбіозу, тривалого лікування, підтримувальної терапії та профілактики важливими є біологічні підходи з застосуванням пробіотиків, а також інших природних агентів; розробляють концепцію вакцинації проти пародонтиту. Корекцію патологічного процесу в пародонті розглядають у контексті загальної біологічної відповіді організму та комплексному лікуванні данної нозології. Стоматит – це ураження слизової оболонки рота у вигляді невеликих виразок, що доставляють дискомфорт. Це досить поширене захворювання пародонту, як правило, саме воно залишається без належної уваги. Причини виникнення стоматиту можуть бути дуже різноманітними і навіть стреси, це захворювання погіршує якість життя, потребує комплексної терапії і створенню нових лікарських засобів що містять біологічно активні речовин, які можуть впливати на різні ланки патогенезу.

Захворювання ротової порожнини виникають і на тлі дисбактеріозу, за умови якого активно розвиваються патогенні мікроорганізми. Якщо їх не позбутися в ротовій порожнині, то вони можуть потрапити в кров'яне русло і навіть призвести до утворення тромбів, що викликає ризик розвитку хвороб серця та інсульту, хронічного сепсису, тобто гематогенним шляхом поширюється інфекція ротової порожнини, особливо при стоматологічних втручаннях [9, 12]. Тож стан ротової порожнини може значно впливати на здоров'я і функціональність організму людини загалом, а виникнення запальних захворювань ротової порожнини, знижує якість життя. Тому одним із завдань сучасної медицини та фармації є створення й використання ефективних лікарських препаратів і профілактичних засобів на основі біологічно активних речовин для підтримання належного стану ясен, пародонта, слизової оболонки ротової порожнини.

Метою роботи є розробка складу та технології виготовлення трансдермальної лікарської форми рослинного походження та обґрунтування доцільності її використання для лікування різних видів стоматиту.

Основні результати. У протоколах лікування захворювань пародонта зазначено лікарські засоби різних терапевтичних груп, а саме: місцевознеболюючі, антисептичні, нітрофурани, протигрибкові, сульфаніламіди, нестероїдні протизапальні препарати, ферменти та інгібітори ферментів, вітаміни, антиоксидантні, кератолітичні, склерозуючі, антикоагулянти, кортикостероїди, стимулятори метаболічних процесів, сенсибілізуючі, біогенні стимулятори та рослинні протизапальні лікарських засобів (далі ЛЗ) [14, 15].

Завданнями методів лікування захворювань стоматиту є: усунення найбільш імовірних патогенетичних факторів та місцевих подразнювальних чинників у порожнині рота, ліквідація запалення тканин пародонту, зупинення дистрофічного процесу, відновлення функцій тканин пародонту, прискорення процесу регенерації [16].

Для посилення ефекту від механічної санації ротової порожнини й подолання обмежень техніки видалення зубного каменю і навколокоранього чищення використовують хіміотерапевтичні лікарські засоби. Використання антисептичної рідини для полоскання рота до і після процедур, а також промивання пародонтальних кишень антисептиками під час процедур для запобігання повторному зараженню, є ефективним способом досягти чистоти ротової порожнини. Недоліком використання розчинів є те, що вони швидко змиваються та мають короткотерміновий позитивний вплив. Використання гелів, стоматологічних плівок для місцевого застосування забезпечує повільне вивільнення діючих речовин антибактеріальної або антисептичної дії, що запобігає повторному зараженню і знищує бактерії, які залишилися після механічної санації ротової порожнини [5].

Загалом на сучасному фармацевтичному ринку лікарські засоби, які належать до Анатомо-терапевтично-хімічної класифікації до групи «А01А засоби для застосування у стоматології» можна розподілити на 3 групи: 1. Лікарські препарати (далі ЛП) з доведеною фармакологічною дією (хлоргексидин, гексетидин, метронідазол, бензидамід); 2. ЛЗ на основі лікарської рослинної сировини (далі ЛРС) обмеженими фармакологічними дослідженням

(розчини: Стоматофіт, Мараславін, Фітодент); 3. ЛЗ на основі ЛРС для екстемпорального приготування, без доказової бази: дуба кора, евкаліпту листя, шавлії листя.

ДЗЗП викликають значні проблеми зі здоров'ям, мають соціальні, економічні та медико-санітарні наслідки, потребують індивідуального підходу до кожного пацієнта. Важливим невирішеним питанням сучасної фармації та медицини є розробка нових лікарських засобів з метою підвищення ефективності терапії.

За даними Європейської Фармакопеї, у світовій фармацевтичній промисловості кожний третій ЛЗ виробляється з ЛРС. Причиною є їх низька токсичність і можливість тривалого застосування без значних побічних ефектів, м'яка терапевтична дія, здатність до комплексного впливу на різні ділянки патологічного процесу, можливість тривалого застосування у різних вікових групах. Раціональне поєднання біологічно активних компонентів у фітопрепаратах обумовлює їх клінічну ефективність навіть при використанні у малих дозах [17, 18]. Враховуючи усе вищезазначене, актуальним залишається питання оптимізації фармакотерапії запальних захворювань пародонту. Оскільки основні етіологічні чинники розвитку запальних захворювань пародонту мають бактеріальну, запальну, знижену імунну та регенеративну складові, вважаємо, що рослинні засоби, які містять флавоноїди, дубильні речовини та органічні кислоти, можуть розглядатися як перспективні та ефективні засоби у комплексній терапії інфекційного запалення, поліпшення трофіки та регенерації тканин пародонту.

Висновки. У виникненні та розвитку хвороб пародонта основну роль відіграють місцеві та загальні фактори. Запальні, поверхневі та глибокі ураження можуть розвиватися під впливом місцевих причин: зубний наліт, зубний камінь, травма тканин пародонта, функціональна недостатність. Мікрофлора порожнини рота відіграє активну роль у розвитку різних форм ураження пародонта. Травматичні фактори також можуть бути причиною розвитку уражень пародонта. Перевантаження тканин пародонта може виникати при глибокому різцевому перекритті, змішаному прикусі, скупченні нижніх фронтальних зубів, ранній втраті молярів і премолярів, після видалення великої кількості зубів (рухомість зубів після видалення сусідніх), при неправильному визначенні показань до мостоподібного протезування та ін. Недолік функції жувального апарату знижує резистентність тканин пародонта до різних зовнішніх впливів (мікроорганізми, механічні фактори), сприяє одночасно відкладенню зубного каменя. Тому при функціональній недостатності найчастіше розвиваються запальні форми захворювання. До загальних факторів належать: нестача вітамінів А, групи В, С, Е, що впливає на функцію й структуру сполучнотканинних елементів тканин пародонта, стан його бар'єрної функції. Значна роль у походженні захворювань пародонта відводиться порушенню фосфорно-кальцієвого, білкового, жирового, вуглеводного обмінів в організмі; стану судинної, нервової, ендокринної систем, реактивності організму, спадкової схильності. Перспективною ЛРС для розробки нової лікарської форми для лікування стоматиту нами обрані рослини роду Гірчак зміїний (*Polygonum bistorta* L.) та Звіробій звичайний (*Hypericum perforatum* L.).

Список використаних джерел:

1. Кириленко І.І., Палійчук І.В., Рожко М.М. Захворювання слизової оболонки ротової порожнини: навч. посіб. Київ : Медицина, 2016. 352 с.

2. Денега І.С., Ріпецька О.Р., Гриновець В.С., Гриновець І.С. Альтернативний підхід у місцевому лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит *Експериментальна та клінічна стоматологія*: тези доп., 2017. Вип. 1 (1). С. 10-13.

3. Годована О.І. Сучасні основи етіології та патогенезу генералізованих истрофічно-запальних захворювань пародонта з супутньою системною остеопенією. *Вісн. проблем біології і медицини.* 2017. Вип. 3. Т. 1. С. 35-41.

4. Токар О.М. Аналіз поширеності та структури захворювань тканин пародонта серед осіб, які проживають на підприємстві первинної деревообробної промисловості Чернівецької області. *Сучасна стоматологія.* 2018. Т. 4. С. 81-85.

5. Рожко М.М., Кириленко І.І., Денисенко О.Г. Стоматологія: у 2 кн. : підручник. Кн. 2 / за ред. М.М. Рожка. 2-е вид. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. С. 309-335.

6. Холодняк О.В. Поширеність та структура захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2015. Т. 3, № 14. С. 159-162.

7. Billings M., Holtfreter B., Papapanou P.N. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *J. Clin. Periodontol*. 2018. Vol. 45. № 20. P. 130-148.

8. Kassebaum N.J., Smith A.G., Bernabé E. GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J. Dent. Res.* 2017. Vol. 96. № 1. P. 380-387.

9. Lang N.P., Bartold P.M. Periodontal health. *J. Clin. Periodontol*. 2018. Issue 45. P. 9-16.

10. Periodontal treatment strategies in general dentistry. PhD theses / ed. by A. Miloslavljevic. – Malmö University, 2018. 111 p.

11. Manresa C., Sanz-Miralles E.C., Twigg J., Bravo M. Supportive periodontal therapy (SPT) for maintaining the dentition in adults treated for periodontitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Issue 1. P. 76-93.

12. Bencosme J. Periodontal disease: What nurses need to know. *Nursing*. 2018. Vol. 7 № 48. P. 22-27.

13. Mokeem S.A. Influence of smoking on clinical parameters and gingival crevicular fluid volume in patients with chronic periodontitis et al. *Oral Health Dent Manag*. 2016. № 13. P. 469-473.

14. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» : наказ МОЗ України від 23 лист. 2004 р. № 566. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.htm (дата звернення: 17.10.2022).

15. Борисюк І.Ю., Унгурян Л.М., Фізор Н.С., Бєляєва О.І., Замкова А.В. Огляд українського фармацевтичного ринку лікарських препаратів для лікування захворювань пародонта з метою одержання нового стоматологічного засобу. *Фармацевтичний журнал:* тези доп., 2020. № 1. С. 3-12.

16. Волосовець Т.М., Фелештинська О.Я. Оцінка ефективності діагностики та лікувальної тактики хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту. *Вісник стоматології.* тези доп., 2020. № 1 (110). С. 22.

17. Компендіум – лікарські препарати / За ред. В. М. Коваленка. Київ : МОРІОН. 2019. 2480 с.

18. European Pharmacopoeia / European Directorate for Quality of Medicines & Health Care. 7.5 th ed. Strasbourg: Council of Europe. 2017. 2416 p.

УДК: 614.253.8:616-036

Владимиров О.А., доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри «Фізичної та реабілітаційної
медицини і спортивної медицини»
Владимирова Н.І., доктор медичних наук, професор,
професор кафедри «Фізичної та реабілітаційної
медицини і спортивної медицини»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ЗДОБУТКИ, ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ, ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Актуальність роботи. Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) сьогодні є основним співучасником сприяння створенню сучасної політики в галузі охорони здоров'я через її специфічну спрямованість на функціонування на всю людину, а не на окремі захворювання. Біноміальний розподіл – здоров'я / хвороба все більше зосереджується на факторах, що підтримують здоров'я та благополуччя людини. Проте, поки що недостатньо обізнаності населення та політиків про дійсну значимість Функціонування для Здоров'я (в його цілісному розумінні) і в плані соціально-економічних наслідків Обмеження життєдіяльності. Фактом є те, що статистичні звіти більшою мірою прикуті до показників смертності, захворюваності та її поширеності, або очікуваної тривалості життя, а не до функціональних показників, таких як якість життя у здоров'ї, Functional Independence Measure, Очікувана тривалість життя в здоровому стані (Healthy Life Expectancy, HALE) або Роки життя, скориговані з обмеженнями життєдіяльності (Disability-Adjusted Life-Years, DALYs). Це, безумовно, етичний принцип зосередити всі наші зусилля, щоб люди вижили у воєнний та повоєнний періоди. Також, це є найважливішим завданням до прогресу медицини в теперішніх умовах сучасної гібридної війни рф проти України.

Мета: створення ефективної системи фізичної та реабілітаційної медицини військовослужбовців та цивільних осіб, дорослих та дітей, що постраждали у воєнний час, з метою зниження інвалідизації та відновлення їх втрачених функції та достойної якості життя.

Основні результати. Наші зусилля, спрямовані на надання гострої, підгострої та довготривалої допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню: дорослим та дітям, що постраждали внаслідок бойових дій, з метою збереження їх життя, повернення до лав збройних сил України.

У цьому прагненні ФРМ – це медична спеціальність, яка може забезпечити необхідним досвідом у плануванні політики реабілітації відповідно до потреб населення. ФРМ може допомогти в плануванні ефективних Мереж Реабілітаційної Допомоги; впровадити свій досвід для розбудови відділень, оснащення необхідним реабілітаційним обладнанням та забезпеченням фаховими кадровими ресурсами; розбудові найдоцільніших оперативних моделей.

Зростаючою проблемою є турбота про хронічних хворих, які постійно переміщуються з одного відділення в інше, без конкретної організаційної моделі. У той час, як лікарі загальної практики можуть пропонувати адекватну компетентність при виникненні нових захворювань, пацієнти з обмеженнями життєдіяльності, або зі станами здоров'я, які спричинюють обмеження життєдіяльності, або з хронічними станами, із загостреннями або такими, що потребують безперервного догляду і підтримки, потребують гармонізації їх допомоги, створення континууму допомоги між існуючих «бункерів» національної систем охорони здоров'я. Хронічні пацієнти та особи з обмеженнями життєдіяльності пересуваються від гострої до підгострої, довготривалої, амбулаторної допомоги та домашньої допомоги в різні моменти своєї особистої клінічної історії – і це потребує координації. Національні служби охорони здоров'я повинні мати спеціалізовані

підрозділи, які стосуються реабілітаційної допомоги, та ФРМ повинна підвищувати знання про цю потребу. Вже наявна законодавча база в Україні враховує право населення на реабілітаційну допомогу. Це означає, що всі послуги у сфері охорони здоров'я (державні або приватні) повинні враховувати можливу потребу у реабілітаційних інтервенціях (втручаннях) після бойової травми (поранення), гострої хвороби або при хронічному її стані, що може виникнути протягом життя.

При формуванні національної політики необхідно постійно розвивати систему реабілітації з урахуванням наступних принципів:

– реабілітація після травми або хвороби та при хронічних захворюваннях є основним правом людини;

– справедливий і легкий доступ до всіх аспектів реабілітації, включаючи спеціалізовану реабілітаційну медицину, допоміжні технології та соціальну підтримку для усього населення;

– рівномірно високі стандарти допомоги в реабілітації, включаючи гарантію якості та втручання, ґрунтуючись на наукових доказах;

– наукова основа розробки моделей реабілітації та стандартів допомоги для керівництва клінічною практикою. З участю ФРМ мають бути впроваджені настанови, скерування та рекомендації.

Для досягнення цих цілей необхідні наступні заходи:

– покращити загальне розуміння та усвідомлення потреб людей з обмеженням життєдіяльності;

– оприлюднення переваг реабілітації, що призведе до культури суспільства, в якій доступ до адекватної реабілітації розглядається як основне право людини;

– поглиблювати розуміння і співпрацю між неурядовими організаціями людей і спеціальністю ФРМ;

– створити комплексні реабілітаційні установи зі спеціалізованими та добре підготовленими реабілітаційними мульти-професійними командами, де є керівництвом лікар ФРМ, з добре оснащеними (центрами) відділеннями реабілітації. Додатково, повинні бути створені реабілітаційні структури для реабілітації, що надається в громаді, для менеджменту хронічних захворювань, що призводять до обмежень життєдіяльності;

– створити сучасну та ефективну систему підготовки для забезпечення сфери реабілітації достатньою кількістю добре навчених та компетентних лікарів ФРМ;

– встановити загальні високі стандарти допомоги, що ґрунтуються на сучасній доказовій медицині, враховувати контроль якості та доступності до допоміжних технологій;

– включення нових інноваційних розробок в практику сфери реабілітації – дуже важливо для підтримки реабілітації в забезпеченні кращих результатів;

– сприяти науковій діяльності та дослідженням у сфері реабілітації з адекватним фінансуванням для покращення результатів функціонування осіб з обмеженнями життєдіяльності;

– підтримувати середовище, де люди з обмеженнями життєдіяльності можуть бути повністю залученими до суспільства. Фахівці з реабілітації повинні цілеспрямовано та, за необхідністю, тривало, працювати з людьми з обмеженнями життєдіяльності для досягнення цієї мети.

Висновки та перспективи. Робота проводиться для дослідження оптимальних програм реабілітації представників різних груп постраждалих під час військових подій.

В результаті застосування запропонованих рекомендацій буде мати місце скорочення витрат на лікування та попередження ускладнень стану здоров'я військовослужбовців та його повернення до лав збройних сил України.

Застосування сучасних реабілітаційних технологій дозволить відновити втрачені функції постраждалого, ефективніше функціонувати у повсякденній активності та у суспільному житті.

Отримані результати дозволять створити та впровадити у практику ефективну систему заходів реабілітації в закладах системи охорони здоров'я Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України та цивільних закладах охорони здоров'я України, підпорядкованих МОЗ України та приватних реабілітаційних установах.

Список використаних джерел:

1. Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі // Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. – 2018. – № 2. – С. 5-206.

2. Гайда І.М. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України / І.М. Гайда, М.І. Бадюк, Ю.І. Сушко // Патологія. – 2018. – Т. 15, № 1. – С. 73-76. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pathology_2018_15_1_14.

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/ru/ 2801-12.

4. Кіх А.Ю. Застосування досвіду країн нато для реабілітації військовослужбовців з черепно-мозковою травмою / А.Ю. Кіх, О.М. Волянський, І.М. Льовкін, О.В. Охонько // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2017. – Вип. 47. – С. 285-294. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvozd_2017_47_35.

5. Лурін І.А. Основні завдання та заходи медичної реабілітації в системі медичного забезпечення Збройних Сил України / І.А. Лурін, А.М. Галушка, А.Ю. Кіх, А.В. Швець, І.М. Льовкін, О.В. Горішна // Військова медицина України. – 2017. – Т. 17, № 3-4. – С. 11-23. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk_2017_17_3-4_4.

6. Швець А.В. Особливості відновлення постконтузійної симптоматики після черепно-мозкової травми у військовослужбовців / А.В. Швець, А.Ю. Кіх, І.А. Лук'янчук // Запорожский медицинский журнал. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 618-624.

7. Cifu D.X., Kaelin D.L., Kowalske K.J., et al. Braddom's physical medicine and rehabilitation. 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. – 1161 p.

8. Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevantion Programs: 2007 Update: A Scientifi c Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardilogy; the Council on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Phisical Activity, and Metabolism; and the AACPR. Gary J.Balady, Mark A. Williams, Philip A. Ades et al. // Circulation 2007. – Vol. 115. – P. 2675-2682.

9. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. // Eur J Phys Rehabil Med.– 2018. – Vol. 54. – P. 125-321.

10. Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain M.A. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine in Europe // J. Rehabil. Med. – 2007. – Vol. 39. – P. 1-48.

11. Gutenbrunner C., Bickenbach J., Melvin J., Lains J. and Nugraha, B. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. // Journal of Rehabilitation Medicine. – 2018. – Vol. 50 (4). – P. 317-325.

12. Houghton N., Maynard J., Aikena A.B. Functional Rehabilitation Criteria Required for a Safe Return to Active Duty in Military Personnel Following a Musculoskeletal Injury: A Scoping Review //Journal of Military, Veteran and Family Health. – 2016, Vol. 2 (1). – P. 43-54.

13. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 9 March 2019]. Available from: https://www.who.int/classifications/icf/en/.

УДК: 159.176.897.231(448.123).144-45

Вовченко О.А., доктор психологічних наук,
старший дослідник,
старший науковий співробітник відділу освіти дітей з порушеннями слуху
Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка
НАПН України,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНИЙ СУПРОВІД ДИСФОРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ШКОЛЯРІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Актуальність роботи обумовлена тим, що нервово-психічне захворювання епілепсія залишається одним з найбільш поширених дитячих діагнозів. За статистичними даними світової статистики її фіксують у більш ніж 1% дитячого населення у віці від 0 до 16 років. Найбільш широко епілепсія представлена у дітей західних країн, але це також може бути пов'язано із низьким рівнем дослідження хвороби, скажімо південними країнами. Як відомо, всесвітні дослідження надають науковцям та практикам інформацію з відносно великою різницею показників щодо поширеності означеної проблеми в різноманітних культурних і соціальних умовах.

Нині, досягнення в медикаментозному лікуванні, психологічному супроводі епілепсії збільшують кількість хворих дітей без серйозних інтелектуальних, особистісних (афективних, поведінкових, саморегуляційних та ін.) порушень. Однак сам факт хвороби, переживання дитини з цього приводу відображаються на актуальному розвитку, самооцінці, самосприйнятті та формуванні «Я-концепції». Проблема психологічного супроводу таких дітей пов'язана з феноменологією порушень афективних станів дітей, їх настрою та поведінки. Відмітимо, що багато науковців й нині стверджують, що за умов наявності епілепсії, стани агресивності, депресії у дітей досить часто не відповідають стандартизованим критеріям психічних порушень.

Від так, актуальним буде дослідження афективних станів школярів з епілепсією, особливості їх поведінкових реакцій та психологічний супровід таких дітей.

Мета: вивчення стану сформованості загального рівня емоційної сфери школярів з епілепсією та особливостей їх психологічного супроводу.

Основні результати. У першій половині ХХ ст. порушення афективної сфери у дітей та дорослих з епілепсією описав основоположник нозологічного підходу в психіатрії Е. Крепелін. Подібні стани отримали назву станів пригніченого настрою, тобто те, що нині називають «депресією». В цей період наукових досліджень лікарі вважали дисфорії найбільш частим розладом афективної сфери у хворих на епілепсію незалежно від вікового критерію [7].

Незважаючи на такі твердження, відмітимо, що симптоми дисфорії можуть виникати до та після нападів. Такі стани не мають зв'язку з епілептичними нападами. Коли школяр прокидається після нападу вранці вже з дисфоричним настроєм, або не характерним для нього афективним станом – це не є наслідком епілептичного нападу напередодні. На думку Е. Крепеліна, безпосередньо порушенням афективної сфери, наприклад, агресивним станам притаманно «перекривати» такі позитивні риси особистості з епілепсією, як «скромність, нерішучість, дружелюбність, готовність завжди прийти на допомогу, відповідальність, добропорядність, чесність та ін.» [7]. Достатньо тяжкими формами дисфоричних прикладів послідовники вченого називали епілептичні маятникові та галюцинаторні епізоди. Вони відбуваються за умов повної свідомості й тривають переважно декілька днів, рідше, декілька тижнів чи місяців [7]. У середині ХХ ст. Е. Блейлер описав сутнісно подібний епілептичний дисфоричний розлад [6]. Нині цей стан ще й досі є предметом активних дискусій у фаховій психологічній та медичній літературі.

Основними ознаками дисфоричних розладів є виразна роздратованість. Вони можуть поєднуватися із люттю або ні. За таких станів доволі часто виявляють симптоми тривоги, провини, неврозів, депресії, а також скарги на головний біль, тривожність, безсоння. Такі стани виникають, як правило, при незатьмареній свідомості, початок і закінчення досить раптові, тривалість характеризується декількома годинами (максимальна тривалість до двох днів) [6, 7, 8].

Зазначимо, що опис подібних симптомів зустрічається у багатьох авторів, які займають проблемою афективних станів за умов епілепсії. Вони характеризують ці стани подібним чином: «діти без будь-яких зовнішніх причин стають сумними і похмурими, дуже сумують і ставляться з великим роздратуванням до тих, хто порч, усвідомлюють із глибоким горем, що вони не такі, як раніше. У цьому вони можуть звинувачувати друзів. Часто у розмові з психологами характеризують свій стан, як відчай, втрату сенсу життя тощо…» [8].

Проблематика афекту та епілепсії неодноразово була приводом для активних обговорень і вивчення. Наприклад, Р. Акбар та М. Томас, досліджуючи особливості дитячої та дорослої епілепсії зазначали, що у дітей, зокрема у підлітків, часто можна спостерігати класичні симптоми депресії. Наприклад: почуття провини, відсутність бажань, негативні настрої, апатія тощо [3].

Наприкінці XX ст. – на початку XXI ст. Д. Блумер описав концепцію дисфоричного розладу [8]. Вчений вважав, що це специфічний афективний розлад, який виникає переважно у пацієнтів із фармакорезистентною епілепсією, особливо при локалізації епілептичного вогнища у скроневій частці. Так, було виокремлено вісім ключових симптомів, розділених на три великі групи: симптоми депресії (депресивний настрій, анергія, біль, інсомнія); лабільні афективні симптоми (тривога, страх); специфічні симптоми (дратівливість, ейфорія) [8]. Крім того, за концепцією Е. Крепеліна, вчений Д. Блумер охарактеризував епілепсію як афективний синдром, що може містити розлади настрою з транзиторними або навіть пролонгованими психотичними включеннями [8]. Д. Блумер запропонував термін «дисфорія» для більш точного перекладу з німецької оригінального визначення Е. Крепеліна та акцентував на періодичності змін настрою особистості з епілепсією і наявності дратівливості, спалахів агресивної поведінки, як ключових симптомів порушень афективної сфери.

Дані про поширеність та різноманітність афективних порушень серед школярів з епілепсією дуже різноманітні. Скринінг із використанням шкали IDDI (Interictal Dysphoric Disorder Inventory), наприклад, дає змогу ідентифікувати 19% школярів з епілепсією як таких, що мають проблеми з афектами та поведінкові розлади. Дві третини з них складають дівчата. Результати досліджень вказують також, що захворювання на епілепсію впливає на самооцінку, соціальні, інтелектуальні та фізичні можливості. Наявність хвороби ускладнює позитивне самоприйняття і впливає на різні аспекти образу «Я», як ми зазначали вище. Хвороба є постійним психотравмуючим фактором для дітей, особливо для школярів у підлітковому віці та активно впливає на формування, розвиток самосвідомості.

Основним завданням психологів є мінімізація негативного впливу захворювання на формування «Я», «Я-концепції» і опосередковано на поведінку школяра, його емоційну сферу, успішність навчання, соціалізацію та соціальну адаптацію.

Форми психологічної допомоги можуть бути різними. Це превентивні заходи (просвітницькі), консультування педагогів про психологічні особливості та специфіку школярів з епілепсією. Коротко окреслимо основні напрями. Їх є три: робота та допомога дитині, супровід батьків та просвітницько-консультативні заходи з освітянами.

Педагоги, позбувшись від міфів про епілепсію, зможуть здійснювати психологічну підтримку школярів, сприймаючи їх такими, які вони є, сприяючи розвитку позитивного самоприйняття і адекватної самооцінки.

Іншим напрямом є консультування батьків. Сприяти усвідомленню батьками того, що їх тривоги, особливості реакції на хворобу дітей досить подібні у різних сімей з різних регіонів і характеризуються одним й тим самим стилем сімейного виховання: вседозволеність, гіперопіка та не сприяють формуванню у школіряів впевненості у власних силах, самостійності.

Третім напрямом є різні форми психологічного супроводу дітей. При цьому необхідний індивідуальний підхід у виборі для дитини з епілепсією методів, психологічних напрямів психологічного супроводу. Можлива індивідуальна робота психолога з використанням домашніх завдань, веденням щоденника з метою формування більш коректного самосприйняття. За відсутності протипоказань бажано використання групових форм роботи з такими школярами.

Відмітимо, що когнітивно-поведінкова терапія має високий рівень «доказової бази», є експериментально валідною, щодо ефективності психологічного супроводу дітей з епілепсією та може бути успішно використана у роботі зі школярами. Підходи когнітивно-поведінкової терапії у допомозі під час депресії нині широко відомі, добре описані в літературі та активно використовуються психологами-практиками [1, 4]. Серед часто використовуваних технік когнітивно-поведінкової терапії можна зазначити:

– когнітивна реструктуризація (зміна помилкових припущень і дисфункціональних думок про неприємні ситуації та передбачувані загрози). Дитині пропонують перевірити обґрунтованість припущень і думок у контексті всіх доступних доказів, які вона може навести;

– тренування релаксації (наприклад, глибоке дихання, а також тренування вміння розслаблення м'язів, що охоплює напруження та розслаблення різних груп м'язів, наприклад за умов, коли дитина згадує/відчуває гнів, неспокій, розгубленість, роздратування та ін.);

– навчання навичок подолання ситуації (зокрема, рольові ігри в потенційно провокаційних ситуаціях і репетиція відповідей);

– профілактика рецидивів (інформування дітей, про те, що існують різні афективно-поведінкові реакції, які супроводжують напади епілепсії, що це є звичним явищем для хвороби тощо).

Найкраще згадані методики підходять для старших школярів та високомотивованих дітей, які прагнуть розв'язання певних проблем, які вже помітили, які заважають будувати стосунки з однокласниками, друзями та ін. І навпаки, означені методи, протипоказані та не підходять тим школярам, які не можуть засвоїти конкретні вправи, яких їх навчає психолог (наприклад, дітям з порушеннями інтелектуального розвитку) [4].

Проводити означені методики можливо як у груповому, так і в індивідуальному форматі. Зазвичай для дітей достатнім є від 10 до 22 сеансів психологічної терапії, але деякі випадки можуть передбачати й більший курс зустрічей (все досить індивідуально). Одна зустріч триває годину. Навички, які окреслює на зустрічі психолог з дитиною важливо підкріплювати між зустрічами, тобто вдома з батьками.

Підсумовуючи, відмітимо, Л. Воронюк зазначає, що криза самоідентифікації в шкільному, особливо в підлітковому віці небезпечна тим, що особистість дезорієнтується, перебуваючи в мозаїчному та різновекторному стані, що зумовлено хворобою. Втрачає «себе», неадекватно сприймає навколишню соціальну, культурну, моральну, етнічну дійсність [2].

Сучасна тенденція у роботі з дітьми епілепсією – це тенденція до інтеграції різноманітних технік, психологічної допомоги не лише дитині/підлітку, а взаємодія та психологічний супровід батьків, найближчого оточення. На цьому зосереджували свої дослідження Ш. Айберг (батьківсько-дитяча терапія), Г. Гуернія (сімейна ігрова терапія), Г. Річардсон (сімейно-родинна підтримка та супровід) та багато інших.

На сучасному етапі розвитку психології існує широкий спектр психологічних технологій із надання психологічної допомоги, формування психологічного супроводу, корекції та розвитку особистості школяра з епілепсією. У кожному психотерапевтичному підході, природно, існують певні спеціальні цілі. Тим не менше, в процесі розроблення психологічного супроводу наголошуємо на комплексності та мультимодальності використання психологічних технік. Р. Бернс зазначала, що «…дитяча та підліткова психотерапія завжди в тій чи іншій мірі інтегративна, в ній більше перетинів і запозичень методів і технік, ніж в психотерапії дорослих». Оскільки, як відмічають Н. Калина,

М. Раттер, головною метою психологічної допомоги (дитячої чи дорослої) є допомога особистості здобути самостійність, автономність і незалежність, несуперечливість та цілісність, впевненість у собі, віру в близьких осіб і довіру до себе [4, 5]. Психологічний супровід, незважаючи на звужену проблематику, що надається особам з епілепсією, має бути адресований всій особистості, всім сферам її функціонування й напрямам життєдіяльності, а не окремим проблемам.

Висновки та перспективи. Відтак у психокорекційній і психотерапевтичній роботі, що становитимуть психологічний супровід і допомогу школярам з епілепсією значну роль відіграє саме комбінаторність інноваційно-корекційних технік, як-то поєднання музичної терапії з біхевіоральними методами терапевтичного впливу; кінотерапії як гуманістичного методу з когнітивними техніками; артотерапії з тілесно-руховою й ігровою терапією; казкотерапії з техніками психодинамічного підходу в терапії та інших. Провідною технікою, яка використовується і є початковою, як зазначалось вище є методики когнітивно-поведінкової терапії. Вплив означених методик має на меті концентрацію на особистості, створення, забезпечення таких умов для дитини, щоб вона могла навчитися певним новим діям, реакціям та, в подальшому, змінити поведінку. Забезпечення нових умов для такого навчання – це створення й нових стимулів, якими школяр оволодіває в процесі контрольованих психологом тренінгів. Дитини з епілепсією, в такому випадку є, з одного боку, пластичною фігурою, яку ліплять і формують, а з іншого, творцем, художником, який сам створює своє майбутнє. Психолог виступає як наставник, порадник, вчитель, який або є моделлю для наслідування (для школяра), або створює, дає зразки відомих людей для наслідування (можливо, осіб з близького оточення дитини тощо).

Основними техніками психолога в цьому напрямі є переконаність, твердження, що певні поведінкові дії, реакції є результатами та наслідками впливу самого школяра. Техніки досить зручні для консультацій з батьками, оскільки можна продемонструвати, що дезадаптивна поведінка дитини є результатом неправильного підходу до хвороби.

Підкреслимо, що головною метою означеного психологічного напряму є допомога школяру стати емоційно стабільним, витривалим, стійким в екстремальних ситуаціях, реагувати не за допомогою перших рефлексивних реакцій, а використовуючи особистісні регуляційні механізми.

Таким чином, публікація демонструє необхідність психологічного супроводу навчання дітей з епілепсію з метою підвищення самооцінки, формування «Я», «Я-концепції», задоволеності собою, покращення особистісної адаптації у групах однолітків і успішної соціалізації.

Список використаних джерел:

1. Блейхер В. Клиническая патопсихология. Ташкент : Медицина, 1976. 326 с.

2. Бобренко І. Феномен аномальної особистості. Київ: Крок, 1991. 200 с.

3. Воронюк Л. Дисфункції структури особистості дітей та підлітків з епілепсією. Дніпропетровськ: Гресь, 2014. 262 с.

4. Калина Н. Особливості психокорекції та психотерапії дітей з діагнозом епілепсії. Київ: Освіта, 2012. 291 с.

5. Раттер М. Игровая терапия. Харьков: АпПресс, 2010. 480 с.

6. Bleuler E. Lehrbuch Der Psychiatrie. 8th ed. Berlin: Springer-Verlag, 1949. 120 s.

7. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth, 1923. 154 s.

8. Blumer D. Dysphoric Disorders and Paroxysmal Affects: Recognition and Treatment of Epilepsy-Related Psychiatric Disorders. Harvard Review of Psychiatry. 2000. Vol. 8, № 1. P. 8-17. URL: https://doi.org/10.1093/hrp/8.1.8.

УДК: 159.922

Волженцева І.В., доктор психологічних наук, професор,
академік Академії наук вищої школи України (АН ВШУ),
академік Української технологічної академії (УТА),
«Заслужений працівник освіти України»,
професор кафедри психології,
професор кафедри психології і педагогіки дошкільної освіти
Університет Григорія Сковороди в Переяславі
м. Переяслав, Київська область, Україна

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ В ОНТОГЕНЕЗІ

Актуальність роботи. У наступний час нестабільні політичні, соціально-економічні умови життєдіяльності людини, високий ритм життя піддають особистість зростаючим інформаційним і емоційним навантаженням, що супроводжується ростом деструктивних психічних станів, формами поведінки, яка відхиляється від прийнятих у суспільстві норм та правил, що негативно впливає на розвиток особистості в онтогенезі.

Тому *психологічний супровід* як цілісна, комплексна система взаємодії між психологом і людиною може бути спрямована на вирішення суб'єктивних психологічних проблем в розвитку особистості в контексті використання діагностичної, консультаційної, корекційної, просвітницької та профілактичної роботи; це модель діяльності практичного психолога та дієвий засіб підтримки розвитку особистості [10]. Саме інноваційні технології, як цілеспрямований системний набір прийомів, технологій, засобів організації діяльності психолога, приведуть до позитивних змін, які будуть відбуватися під впливом запропонованих корекційних заходів з урахуванням диференціації, типів особистості, характеру станів [1].

У той же час, фактори, що можуть впливати на психічні явища, емоційну сферу, регуляцію життєдіяльності людини, їх індивідуальна переносимість ще недостатньо представлено. Дослідження цих питань є актуальною задачею загальної, прикладної, медичної психології, оскільки від їхнього рішення багато в чому залежить психофізіологічне здоров'я особистості, її психофізіологічний стан, як цілісна реакція особистості на зовнішні й внутрішні стимули, спрямована на досягнення корисного результату.

Мета даної статті – представлення інноваційних технологій, впровадження їх у практику психологічного супроводу розвитку особистості в онтогенезі.

Основні результати. Для вироблення власної стратегії збереження психофізіологічного здоров'я, оптимального стану, запропонуємо деякі концептуальні підходи, психотехнології, які можуть бути використані у практиці психолога.

В багатьох випадках роботи психолога в консультаційному, корекційному, просвітницькому і профілактичному напрямах, бажано формувати у клієнта *позитивне мислення*, як одне із головних елементів *емоційного інтелекту*, тому, що саме він тісно пов'язаний з управлінням емоціями і ситуаціями в оптимістичному, конструктивному ключі, з умінням управляти думками, при якому здоровий глузд переважає над емоціями, з усвідомленням позитивного значення будь-якої емоції в життєдіяльності людини.

Тобто, кажучи іншими словами, для використання й сприйняття деяких інноваційних технологій, які впливають на ***фізичний, підсвідомий, мисленнєвий рівні***, важливе значення має вміння мислити позитивно, так як саме позитивне мислення допомагає роботі психолога з клієнтом, зміцнює імунітет, а той, хто постійно пригнічений – важко сприймає психологічні заходи, схильний до різних захворювань. З точки зору Будди «Усе, що ми є – це результат наших думок».

Психологічний супровід розвитку особистості в контексті ***фізичного напряму*** може відбуватися за допомогою використання вправ і завдань, спрямованих на *розслаблення та управління тонусом м'язів і рухів*; *на управління диханням,* як ефективного засобу впливу

на тонус м'язів і емоційні центри мозку; на *передачу життєвої енергії* (вправа «Передача енергії»), коли людина відчуває знесилення і занепад енергії.

В рамках ***підсвідомого напряму*** бажано використовувати інграмми позитивної властивості *(Я-образ, зафіксований у минулому, в конкретному аспекті стосунків з оточенням, що супроводжується пережитими при цьому емоціями)*, тобто використання інформаційно-енергетичної розрядки з метою викликати певне позитивне відношення до себе (вправи «Робота з ресурсним станом», «Використання афірмацій»).

В контексті ***мисленнєвого аспекту*** необхідно розуміти самому, як ми мислимо (вправа «Мислимо позитивно»). Бажано дотримуватися деяких прийомів позитивного мислення: необхідно намагатися мислити позитивно; виражатися завжди позитивно; судити про людей добре у будь-якій ситуації *(спираючись на позитивне, що є в людині, ми створюємо умови для довготривалої співпраці з ним. Ми заряджаємо його позитивною енергією)*; «Зберігати обличчя» *(у японців є вираження «зберегти обличчя». Воно означає, що у будь-яких ситуаціях неприпустимо принижувати людину або показувати, що ви не володієте собою);* уміти бути вдячним; у безнадійних ситуаціях допоможуть три «чарівні» питання *(що в тому, що сталося є хорошого? Чому я можу навчитися? Як я можу виправити ситуацію та отримати при цьому задоволення?)*; мати список переваг *(у свій записник запишіть 7 причин, за якими ви можете собою гордитися. Туди можна додавати різні ситуації, в яких ви були «на висоті». Цей список згодиться, коли вам не вистачатиме упевненості в собі або буде потрібна підтримка. Його дуже корисно читати перед відповідальною зустріччю або просто коли вам сумно. Особливість цього списку в тому, що він написаний спеціально для Вас)*.

Також до мисленнєвого напряму необхідно включити прості *методи збереження позитивного настрою*:

• зустрічаючи друга, запитаєте його про те, *що хорошого сталося* в його житті (замість «Як справи»?);

• перестаньте хвилюватися з приводу тих неприємностей, які Ви не можете уникнути;

• вирішуйте, по можливості, проблеми відразу, не накопичуйте їх;

• чекаючи новий день, думайте про хороше;

• поділіться знаннями про позитивне мислення з дорогою Вам людиною;

• посміхайтеся;

• прощайте.

Позитивне мислення також включає деякі моменти у допомозі самому собі:

• намагайтеся бачити в людях більше позитивного;

• вмійте посміятися над собою замість того, щоб злитися, якщо щось не виходить;

• не сердіться, якщо з вами хтось не згоден, адже кожна людина має право на свою особисту думку;

• не поспішайте реагувати на роздратування.

Для того, щоб зробити позитивне мислення звичкою, необхідно просто почати так робити.

Тепер розглянемо комплексне використання інноваційних технологій психологічного супроводу розвитку особистості.

Так, у ряді робіт [4; 6], нами був запропонований і впроваджений психотерапевтичний метод – поліфункціональна регуляція психічних станів особистості, що включає звукоколірну регуляцію, подану інтегрованими блоками перцептивної психотерапії: блоком звукотерапії, представленим такими засобами, як музика, біозвуки й бінауральні звуки, і блоком кольоротерапії, представленим такими засобами, як кольори (хроматичні та ахроматичні групи), об'єкти (природні та створені людиною), графічні засоби (за чітким і розпливчастим зображенням), що зумовлюють регуляцію станів. Компоненти зазначених блоків у вище зазначених статтях розкрито відповідно до запропонованих видів, груп, специфіки прояву стосовно природи виникнення і характеру впливу.

Методологічно ми обґрунтували [6], експериментально підтвердили [4] ефективність впливу поліфункціональної регуляції на психічні стани особистості. *Емоціогенні засоби* в

нашому дослідженні – це різні емоційно забарвлені прийоми, які оцінюються людиною як значущі, здатні змінити стан, породжувати, розвивати, викликати у суб'єкта ту або іншу емоцію, емоційні переживання, причому емоціогенність залежить від мети регуляції (релаксація/активізація), мотивації та потреб особистості, визначається силою впливу методу, значущістю подразника, який зумовлює емоційні реакції людини, зміни у вегетативних системах, поведінці, експресії та ін. [6].

До них відносяться: онтомузикотерапія [7; 9; 11], фітотерапія (рослини), кольоротерапія [5], вокалотерапія, імаготерапія [6], музикотерапія [3], гелотологія [2; 8], бібліотерапія, біозвукотерапія [6], медитація, сугестивні методи [12] та ін., які також можуть бути використані в психологічній допомозі у подоланні труднощів соціального життя, психокорекції деструктивних тенденцій розвитку особистості (криз, депресій, конфліктів, деформацій), підвищення адаптації.

Перелічені вище і ряд інших емоціогенних засобів, таких як: пісочна терапія, танцетерапія, кінотерапія та ін. викликають емоційний відгук, емоційне реагування організму у різних напрямах і рівнях в контексті його психологічного здоров'я.

У рамках *рівнів емоційного реагування* на емоціогенний вплив, необхідно відмітити, що різні процеси мають різний темп коливання. Зокрема, психічні властивості особистості змінюються швидше соціальних властивостей, але повільніше, ніж психічні процеси, зміна яких відбувається, у свою чергу, повільніше зміни психічних станів [17]. Між цими властивостями існує як пряма, так і зворотна залежність: впливаючи на швидкоплинні властивості, можемо поступово перейти до зміни інерційних властивостей, і навпаки, але зворотний шлях – повільніший. Взаємозв'язок між інерційними і швидкими властивостями дозволяє провести логічний ланцюжок впливу через стани на властивості. Ці особливості дозволяють говорити про можливість регуляції на психофізіологічному, психічному та енергетичному рівнях.

Так, особливу увагу фізіологічним проявам приділяли у своїй теорії емоцій У. Джеймс [14] і Г. Ланге [16], які довели, що емоція проявляється тільки за наявності *фізіологічних* змін: в центральній нервовій системі, залозах внутрішньої секреції, на *вегетативному* рівні (систолічний тиск (ВМ – верхня межа), діастолічний тиск (НМ – нижня межа), артеріальний тиск (ЧСС – частота серцевих скорочень). R.W. Levinson також виявив, що негативні емоції викликають сильніші фізіологічні реакції, ніж позитивні, незалежно від статі, віку і культурної приналежності [21].

Розглядаючи проблему психологічного супроводу розвитку особистості в онтогенезі, можливість регуляції на психічному рівні, необхідно враховувати, що емоційне реагування на різні методи регуляцію викликає реакцію організму людини, впливаючи на рівень його психологічного здоров'я, і відбувається це як *на рівні психічних процесів* – поліпшення уваги, пам'яті, мислення, уяви; так і *на рівні особистісних властивостей* людини – досягнення суб'єктивного рівня благополуччя інтелектуальних, характерологічних, темпераментальних особливостей (вплив на риси особистості відбувається упродовж тривалішого часу – місяці, роки) [19, 190-201].

Емоційне реагування на психотерапевтичні методи регуляції проявляється також *на клітинному рівні* – нормалізація мозкового кровообігу, виникнення синхронізації ритмічної активності мозку [20]; *на рівні свідомості* – у вигляді образів, представлень, емоційного відгуку; *на рівні станів* – трансформація деструктивних станів: тривоги, страху, агресії в позитивні, інтелектуальні емоції пізнавального характеру: цікавість, упевненість, успіх; *на м'язовому* рівні – у вигляді релаксації: розслаблення м'язових затисків (парасимпатична нервова система) або активізації: м'язова активність (симпатична нервова система).

Вираженість психофізіологічних зрушень залежить не лише від інтенсивності емоційного реагування, але і від його знаку. У дослідженнях T. Lykken [22], Є.П. Ільїна [21] наводиться зведення експериментальних даних про зміну *гормонів* в крові при різних емоційних станах. Зокрема, виявлено, що при емоціях стенічного типу виділяється адреналін (епінефрин), а при емоціях астенічного типу – норадреналін (норепінефрин).

У рамках нової світоглядної концепції істинної природи Людини (Ш. Ауробиндо, Н. Бор, Д. Бом, Ю. Вінгер, В. Гейзенберг, Е. Дігурова, Р. Пенроуз, К. Прибрам, Р. Уілсон) [18], наші емоції зберігаються в емоційному тілі, і, залежно від того, яку емоцію протягом дня ми проживаємо, той сигнал, ту вібрацію, ми і посилаємо в зовнішній світ. Так, на квантово-хвилевій *активності мозку* – низькочастотні вібрації включають такі емоції, як сумнів, уразливість, страх, паніка, ненависть і лють, провину, сором і депресію, апатію, розчарування, а високочастотні вібрації транслюють емоції любові, великодушності, вдячності, мотивації, задоволення і щирості [13].

Як ми бачимо, рівні емоційного реагування на емоціогенні засоби регуляції мають міждисциплінарну спрямованість і в рамках рекомендаційної екстраполяції можуть бути використані дослідниками, які безпосередньо стикаються з питаннями психічних станів людей і займаються фізіологією і неврологією, етологією і психофізіологією, психологією особистості і соціальною психологією, клінічною психологією і психіатрією, педагогікою і медициною, філософією і квантовою психологією.

Висновки та перспективи. Таким чином, в рамках теоретичного аналізу інноваційних технологій психологічного супроводу розвитку особистості в онтогенезі виявлено історичну періодизацію досвіду використання різних методів регуляції психічних станів особистості: період накопичення емпіричних фактів, період теоретичного осмислення, період практичного використання, період зростання інтересів інших сфер життєдіяльності прикладного характеру, період міждисциплінарного використання отриманих даних та їх інтерпретація. Підкреслено, що психологічний супровід може бути спрямований на вирішення суб'єктивних психологічних проблем в розвитку особистості в контексті діагностичної, консультаційної, корекційної, просвітницької та профілактичної роботи, а інноваційні технології – цілеспрямований системний, комплексний набір прийомів, технік, засобів організації діяльності психолога, спрямованих на подолання різного характеру деструкцій. Виокремлено важливість у роботі психолога основних напрямів позитивного мислення: позитивні твердження – афірмації, позитивний настрій – самонастрій; позитивне сприйняття оточення.

Підкреслено, що знання особливостей прояву емоційного реагування на психотерапевтичні методи регуляції, комплексне їх використання і вплив на людину в контексті її психологічного здоров'я, може бути узагальнено з позицій системного підходу і використовуватися у філософії – для нормативної регуляції поведінки людей; у квантової психології – для реалізації практичного аспекту, здібностей людей в області парапсихології; соціології – для регуляції в технології управління конфліктом і соціокультурній регуляції, пов'язаній із забезпеченням колективних форм життєдіяльності людей; у фізіології – для регуляції внутрішнього середовища організму, єдиній нейрогуморальній регуляції, гомеостазі, бар'єрних функціях організму, регуляції активності генів при дозріванні клітинних РНК; у психології – для вивчення розвитку регуляції поведінки і адаптації до навколишньої ситуації та середовища; у педагогіці – для вольової регуляції – самонакази і рухової (м'язовою) розрядки; у медицині – для ендокринної регуляції фізіологічних функцій в нормі і патології, впливу підкіркових утворень головного мозку в нервовій регуляції кровотворення.

Перспективами подальших розробок є комплексне, міждисциплінарне використання інноваційних технологій, емоціогенних способів регуляції на м'язовому, клітинному, гормональному, фізіологічному, енергетичному рівнях, з урахуванням вікових, статевих особливостей.

Список використаних джерел:

1. Волженцева И.В. Авторский подход к диагностике эмоциональных состояний студентов в учебной деятельности в контексте их психологической безопасности. Психологічна безпека особистості : міжнар. колектив. монографія / Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди; заг. ред. І.В. Волженцевої. Переяслав (Київська обл.): Домбровська Я. М. 2020. С. 148-169.

2. Волженцева І.В. Використання гумору як багатоаспектного явища в психотерапії Multidisciplinary Scientific Journal, «PARADIGM OF KNOWLEGE». Muscat, 2019. № 4 (36). С. 50-69.

3. Волженцева И.В. Звуковая безопасность личности в изменяющемся мире в контексте воздействия эрготропной музыки на психику человека. Психологічна безпека особистості у змінному світі: міжнародна колективна монографія / за заг. ред. І.В. Волженцевої. Переяслав-Хмельницький (Київ. обл.) : Домбровська Я.М., 2019. 474 с. С. 20-37.

4. Волженцева И.В. Генезис полифункциональной регуляции психических состояний личности эмоциогенными способами: дисс. … д-ра психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология, история психологии» / Волженцева Ирина Викторовна; Одес. нац. ун-т им. И.И. Мечникова. Одесса. 2013. 535 с.

5. Волженцева І.В. Інноваційна технологія забезпечення оптимального реагування особистості на стрес. Актуальні проблеми сучасної психології: шляхи становлення особистості, 17 травня 2018р.: Матеріали ІІ Загальноуніверситетської студентської науково-практичної конференції ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Сковороди» / За ред. Т.В. Кириченко, Т.М. Кузьменко. Переяслав-Хмельницький : «Видавництво К С В», 2018. 252 с. С. 18-29.

6. Волженцева И.В. Методологические и теоретико-эмпирические исследования полифункциональной регуляции психических состояний личности эмоциогенными способами: монография. Макеевский экономико-гуманитарный институт. Макеевка: МЭГИ, Донецк: Донбасс, 2012. 536 с.

7. Волженцева І.В. Психолінгвістичний розвиток мовлення дітей дошкільного віку засобами онтомузикотерапії. Психолінгвістика в сучасному світі – 2020. *Матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Переяслав-Хмельницький, 22-23 жовтня 2020 р.)*. Переяслав-Хмельницький: ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». 308 с. С. 35-38.

8. Волженцева И.В. Психологические особенности юмора как приема регуляции эмоциональных состояний личности в разных психотерапевтических школах Международного научного журнала «PARADIGM OF KNOWLEGE» (№ 2 (40), 2020). С. 52-77.

9. Волженцева І.В. Развитие эмоционально-выразительной стороны речи дошкольника средствами *онто-психологической музыкотерапии.* Психолінгвістика. Психолингвистика. Psycholinguistics. Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровская Я М. 2017. Вип. 22 (1). С. 26-42.

10. Волженцева І.В. Теоретичний аналіз використання методу моделювання в психології *Volzhentseva I.* Theoretic analysis of using modeling method in psychology Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. К.: Національний авіаційний університет, 2022. Вип. 1 (20). 145 с. С. 64-77.

11. Волженцева И.В. «Технология онтомузыкотерапии в контексте сохранения психофизиологического здоровья личности Социальная психология здоровья и современные информационные технологии : сб. науч. ст. VI Междунар. науч.-практ. семинара, Брест, 15 апр. 2021 г. / Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина; редкол.: А.В. Северин, С.Л. Ящук. Брест : БрГУ, 2021. 154 с. С.13-19.

12. Волженцева, І.В., Харченко, Н.В. (2021). Загальна психологія: Курс лекцій з навчальними тестовими завданнями. (Навч. посіб. у 2-х ч.). (Частина 1). Університет Григорія Сковороди в Переяславі. Переяслав (Київська обл.): Домбровська Я. М. 394 с.

13. Дигурова Е. Энергия. Вибрации. Частота. Зная это, вы сможете творить свою реальность. Режим доступа: https://zen.yandex.ru/media/id/5acca70e7ddde8b690329072/energiia-

14. Джеймс У. Психология. СПб.: Изд. К. Л. Риккер. 1905. 448 с.

15. Ильин Е.П. Эмоции и чувства: учеб. пособ. 2-е изд. СПб.: Питер. 2008. С. 524-527.

16. Ланге Г.К. Душевные движения. Психофизиологический этюд. СПб. 1896. С. 37, 39; 112-130.

17. Пейсахов Н.М. Теория, методика и практика психофизиологического исследования в высшей школе Теоретические и прикладные исследования по психологии. Казань: КГУ. 1977. 180 с.

18. Уилсон Р. Квантовая психология: как работа Вашего мозга программирует Вас и Ваш мир. Режим доступа: https://gtmarket.ru/library/basis/4579.

19. Цагарелли Ю.А. Функциональная музыка в структуре психологической службы ВУЗа Психологическая служба в ВУЗе: сб. статей / научн. ред. Н.М. Пейсахов. Казань, 1981. 240 с.

20. Элькин В. Целительна магия музыки. Гармония цвета и звука в терапии болезней. СПб.: Респекс, 2000. 224 с.

21. Levinson R.W. Autonomic nervous system differences among emotions Psychological Science. 1992. V. 3 (1). P. 23-27.

22. Lykken T. Neuropsychology and psychophysiology in personality research. E. Borgatta and W. Lambert (eds.) Handbook of Personality, theory and research. Chicago: Rand McNally. 1961. P. 139-153.

УДК: 615.825

Волчкова Л.О., фахівець з інформаційних технологій,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ

Актуальність роботи. Один з напрямків лікувальної фізкультури – кінезіотерапія (англ. Kinesiotherapy), або лікування рухом, що включає методику і практику фізичного виховання, є психолого-педагогічним процесом між пацієнтом і лікарем-фахівцем. Вона є науково-прикладною дисципліною, заснованою на знанні медицини, педагогіки, біомеханіки, біохімії та ін. Кінезіотерапія забезпечує мотивацію пацієнта на лікування, сприяє здійсненню контролю за хворобою – за умови активної участі пацієнта в оздоровчому процесі [1].

Ще в давнину було відомо про користь руху для підтримки здоров'я. Але у процесі еволюції рухова активність людей знижувалася. Добре відомий факт, що тривала розумова та фізична перевтома без фізичної «розрядки» призводить до функціональних порушень в організмі, зниження працездатності та, як наслідок, виникнення больових синдромів.

У роботі показано варіанти неврологічних захворювань, при яких доведено ефективність кінезіотерапії (перенесений інсульт, хвороба Бехтерєва, дитячий церебральний параліч, хвороба Паркінсона та ін.). Представлена також можливість використання кінезіотерапії при захворюваннях органів дихання (бронхіальна астма), в педіатрії, в оториноларингології (гострі та хронічні отити, патологія барабанної перетинки та ін.), в офтальмології (міопії, гіперметропія, глаукома та ін.), при ожирінні. Дано характеристику механотерапевтичного напряму в кінезіотерапії, аж до використання робототехніки, показано можливості поєднання різних способів між собою

Мета. Проаналізувати кінезіотерапевтичні методики, що застосовуються у сучасній реабілітації.

Основні результати. Для позначення рухових реабілітаційних методик застосовуються терміни «кінезіотерапія», «кінезотерапія» та «кінезітерапія» (лікування рухом), що мають різне написання. Синонімами є «фізична терапія», «лікувальна фізкультура», «відновлювальна гімнастика». Дані терміни були введені вже після самого факту застосування руху як лікувальний засіб. Немає чіткого визначення даного методу лікування; різні автори пропонують самостійні методики, і всі вони зводяться до лікування за допомогою пасивного чи активного руху, із застосуванням апаратів або без них, за допомогою рук лікаря та/або інструктора. Метою цих методик є зменшення м'язової напруги, збільшення еластичності м'язів та амплітуди рухів, відновлення кровообігу та зменшення запалення [2].

Відомий факт користі рухів при багатьох захворюваннях, але важливий правильно підібраний режим рухової активності. При деяких видах патології виражене навантаження може призвести до загострення, але помірна фізична терапія зазвичай викликає полегшення у вигляді зменшення болю та покращення емоційного стану.

Наявні зараз рухові методики різноманітні: кінезіотерапевтичні техніки можуть бути динамічними, так і проводитися в статиці, можливе включення локального м'язового скорочення при активній самостійній роботі пацієнта, за допомогою рук реабілітолога, додаткових апаратів і підвісних систем, а також із застосуванням додаткового обладнання (електронейроміостимуляція). Застосовуючи різні тренажери та пристосування, можна як полегшувати будь-який рух шляхом зняття «власної» ваги та напряму по заданій траєкторії, так і суттєво збільшити навантаження для зміцнення м'язової сили, що найчастіше використовується з підготовленими пацієнтами чи спортсменами, що відновлюються після травм.

Протягом тривалого часу одним з основних рухових напрямків у відновлювальній медицині була лікувальна фізкультура (ЛФК; exercise therapy), що включає фізичні вправи,

як безпосередньо гімнастичні рухи, так і спортивно-прикладну рухову активність (ходьба, біг, плавання), ігрові методики, ідеомоторні вправи та трудову терапію, яка входить до ерготерапії. Окрема увага приділяється дихальним вправам, що застосовуються не тільки для активації функції зовнішнього дихання, зміцнення дихальної мускулатури, але й зниження фізичного навантаження під час виконання вправ. Важливим аспектом дихальних вправ є можливість зниження м'язово-тонічного напруження [3] та опосередкованого зменшення болю. Існують коригувальні дихальні вправи, спрямовані на відновлення нормального м'язового тонусу, зменшення контрактур та зміцнення ослаблених м'язів. Одна з аналогічних методик, що застосовується при порушенні постави, була створена Катарін Шрот.

Найбільш відомі методики, в основу яких лягла нейром'язова активація, – це PNF-терапія (пропріоцептивна нейром'язова фасилітація), Бобат-терапія, Войта-терапія, методики із застосуванням підвісних систем, розвантажувальних костюмів, клінічна нейродинаміка, роботизована локомоторна терапія та різні автоматизовані технології із застосуванням тренажерів. Також існує ряд пасивних методик із застосуванням електронейростимуляції.

PNF-терапія – одна з найбільш відомих методик кінезіотерапії, заснована на принципах нейрофізіології та функціональної анатомії та розроблена у 40-х роках XX ст. нейрофізіологом Германом Кабатом та його помічницею Маргарет Нотт. В основу цієї методики лягла позиція, що всі люди мають фізичний потенціал, який слабо використовується. Важливо, що можна працювати не безпосередньо з проблемною зоною, а опосередковано, через здоровіші та сильніші сторони, що допомагає при роботі з больовими синдромами та з необхідністю розслабити спазмовані м'язи. Дана методика спрямована на лікування великого спектра рухових порушень, у тому числі й порушень постави, м'язової дисфункції, нестабільності хребта та суглобів, а також болю в спині. Метод побудований на контакті рук лікаря з тілом пацієнта: шляхом мануальних методик, що впливають на пропріорецептори, ініціюються та полегшуються певні рухи, які не входять до спонтанної моторики пацієнта, і, відповідно, формується правильний руховий стереотип. PNF-терапія ефективна у пацієнтів із болем у спині. Цікаве спостереження, що при роботі з короткими важелями на тазовому поясі відбувається м'яке усунення дисфункції крижово-клубових зчленувань без застосування класичної мануальної терапії, що часто призводить до більш стабільного терапевтичного ефекту.

Бобат-терапія була створена подружжям – нейрофізіологом Карлом Бобатом та фізіотерапевтом Бертою Бобат, яке помітило, що найкращий результат у реабілітації може бути досягнутий при впливі на всі аспекти життя пацієнтів. У рамках цієї методики інструктор допомагає прийняти найбільш фізіологічне становище та максимально скоригувати патологічний рух, розвиваючи рухову усвідомленість та формуючи правильний стереотип руху. Ця методика може опосередковано призводити до зменшення больових синдромів за допомогою відновлення рухової активності. Застосування даної методики актуальне у пацієнтів з болем у спині, який обумовлений тривалою знерухомленістю, у тому числі після тяжких черепно-мозкових травм та інсультів.

Чеський невролог Вацлав Войта створив свою методику (Войта-терапію), спрямовану на відновлення рухового стереотипу дітей із дитячим церебральним паралічем. Його метод ґрунтується впливом на певні ділянки тіла у різних положеннях з метою викликати рефлекторну реакцію та розвинути рухові навички. Дана методика застосовується не тільки при відставанні у фізичному розвитку дітей першого року життя, але і при порушеннях постави у старшому віці, а також за наявності болю в спині [4]. Існують методики, що базуються на класичній Войта-терапії, такі як метод Ханке, спрямований на корекцію рухового стереотипу у людей старшої вікової групи.

Для підвищення ефективності фізичної терапії використовуються різні апарати та підвісні системи (AntiGravity та апаратний пілатес, йога, Екзарта, TRX та багато інших), вони можуть застосовуватися як з метою полегшення рухів при тяжких станах, так і для збільшення навантаження під час роботи зі спортсменами. Для дозування навантаження, ускладнення або полегшення вправ підвісні конструкції зміщуються вздовж тіла та кінцівок

залежно від конкретного завдання та ситуації.

Існує цілий ряд методик, що мають на меті відновлення та корекцію наявного патерну руху. Найбільшого поширення набули методи Сушара та Фельденкрайза. Метод Сушара, або «Загальне постуральне перевиховання» (Global Postural Reeducation – GPR), був розроблений у Франції Філіппом-Еммануелем Сушаром і заснований на комплексному уявленні про м'язову систему, в якій може спостерігатися скорочення внаслідок конституційних, поведінкових та психологічних факторів. Метою GPR є розтягування укорочених м'язів за допомогою властивості повзучості в'язкопружних тканин та посилення скорочення м'язів-антагоністів, що дозволяє уникнути постуральної асиметрії [5]. Метод Фельденкрайза – це рухова практика, що ставить за мету розвиток людини через усвідомлення себе в процесі роботи над рухом власного тіла, яку називають також методом соматичного навчання.

Крім відновлювальної терапії пацієнтів неврологічного профілю з руховими порушеннями, кінезіотерапія використовується в лікуванні такої неврологічної патології, як нейропатія Шарко-Марі-Тута, спінальні травми, перенесений інсульт, хвороба Бехтерева, дитячий церебральний параліч (ДЦП), хвороба Паркінсона.

Кінезіотерапія використовується також у реабілітації хворих із захворюваннями органів дихання – у пульмонологічних стаціонарах в поєднанні з бронхофонографією, при бронхіальній астмі, застосовуються дихальні тренажери.

Метод поширений при відновлювальних заходах у педіатрії – при оздоровчих заходах, орофаціальних дисфункціях та апное у дітей, при артикуляційно-акустичній дисграфії.

Можливості кінезіотерапії широко використовуються в оториноларингології – при гострому та хронічному отиті, при патології барабанної перетинки, при парезі гортані, при патології м'язів гортані, при логопедичній корекції психомовних порушень.

Кінезіотерапія, у тому числі за допомогою механотренажерів, поширена в офтальмологічній практиці – для профілактики міопії, при глаукомі, для підвищення резервів зорової адаптації, при гіперметропії.

При ожирінні кінезіотерапія також виявляється досить ефективною, покращуючи м'язову функцію. У спорті та спортивній медицині застосування кінезіотерапії широко поширене – у реабілітації, у легкоатлетів як антитеза допінгу, у тому числі за допомогою різних механотерапевтичних пристроїв.

Напрямок реабілітації із застосуванням спеціальних пристроїв та тренажерів називають механотерапією. Даний термін був введений ще в XIX ст., і неодноразово його трактування змінювалося, оскільки проводилися клінічні дослідження, що дозволяють поновому поглянути на принципи впливу та ефекти, що отримуються, аж до молекулярних змін, що викликало необхідність диференціювання методів один від одного і корекції наявних раніше дефініцій [2].

Все більшу популярність останніми роками набирає скандинавська ходьба, яка завдяки включенню різних груп м'язів може не лише збільшувати витривалість, спричиняти зниження маси тіла, а й зменшувати біль у спині.

Активно розвивається високотехнологічна реабілітація. Нині широко застосовується метод біологічного зворотного зв'язку, що дозволяє пацієнтам швидше досягти лікувального ефекту, відчути своє тіло у просторі, відновити координаційні навички, зменшити вираженість м'язового спазму та больового синдрому шляхом розслаблення м'язів та відновлення правильної біомеханіки рухів. Існують спеціальні комп'ютеризовані системи, призначені для розвитку автохтонної мускулатури спини за допомогою навантаження, що точно відтворюється, і дозволяють розвивати загальну мускулатуру торса і підвищувати рівень координації. Високочутливі цифрові датчики записують найменші рухи, які виконує пацієнт, з виведенням записів на оптичний дисплей тренажера.

Розроблено різноманітні тренажери, реабілітаційні системи та апаратно-програмні роботизовані комплекси, що реалізують підвищення рухової активності людини як у ранні, так і в пізні терміни після пошкоджень. Такі апарати та тренажери найчастіше є системами для пасивної реабілітації, що примусово забезпечують рухи. З розвитком програмно-

апаратного підходу останніми роками стали застосовуватися складні мехатронні пристрої, оснащені елементами інтелектуального управління. Розробляються математичні моделі та алгоритми керування заданими рухами реабілітаційними пристроями з активними елементами, зокрема, нижньої кінцівки: тазостегновим, колінним та гомілковостопним суглобами. При цьому здійснюються задані рухи нижньої кінцівки з урахуванням базових локомоцій, що значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів.

Висновки. Кінезіотерапія (лікування рухом) є основою лікувальної фізичної культури, що включає методику і практику фізичного виховання і впливу, заснована на психолого-педагогічному контакті пацієнта з лікарем-фахівцем. У цій дисципліні сконцентровано знання медицини, педагогіки, біомеханіки, біохімії. Показанням до застосування цього методу є не тільки захворювання хребта, дорсопатії, але й такі варіанти неврологічних захворювань, як перенесений інсульт, хвороба Бехтерєва, дитячий церебральний параліч, хвороба Паркінсона та ін. Кінезіотерапія використовується при захворюваннях органів дихання (бронхіальна астма), в оториноларингології (гострі та хронічні отити, патологія барабанної перетинки та ін.), в офтальмології (міопії, гіперметропія, глаукома та ін.), у спортивній медицині, при ожирінні. Інновації в механотерапевтичному напрямку в кінезіотерапії полягають у створенні та використанні роботизованих програмно-апаратних комплексів як самостійно, так і в поєднанні різних способів між собою.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Клінічна реабілітація та абілітація: сучасний стан проблематики. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 219-224.

2. Панченко О.А. Комплексний нейрореабілітаційний досвід та перспективи / О.А. Панченко, С.М. Радченко // Матеріали XVI з`їзду Всеукраїнського лікарського товариства Кам'янець-Подільський, 28 вересня – 1 жовтня 2017 року. – Кам'янець-Подільський, 2017. – С.131-132.

3. Панченко О.А. Инновационные методы медико-психологического контроля в нейрореабилитации / О.А. Панченко, С.М. Радченко // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, Вип.1. – С. 171.

4. Ha SY, Sung YH. Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exerc Rehabil. 2016; 12 (6): 542. DOI: 10.12965/jer.1632804.402.

5. Souchard PE, Meli O, Sgamma D, Pillastrini P. Rieducazione posturale globale. EMC-Med Riabilitat. 2009; 16 (3): 1-10. DOI: 10.1016/S1283-078X(09)70207-X.

УДК: 159.942

Гнатюк О.В., кандидат психологічних наук,
провідний науковий співробітник,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна

ОСНОВНІ ПРОЯВИ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Актуальність. Проблема адаптації та адаптаційних розладів в учнів початкових класів в умовах воєнного стану є однією з важливих і актуальних, адже стресори, які впливають на психіку дитини – війна; часті сигнали тривоги (перебування тривалий час в укритті або бомбосховищі); важкі побутові умови життя (відсутність світла, опалення, води, зв'язку); переїзд до нового місця перебування, зокрема й в інші країни; освітній процес, що проходить в нових незвичних умовах з використанням різних режимів навчання – онлайн, офлайн, змішаного та багато іншого призводять до зниження адаптаційних можливостей учнів. Це, своєю чергою, призводить до зниження навчальної діяльності, порушення психічного здоров'я, деформації міжособистісних відносин, розвитку невротичних станів, формування девіантних форм поведінки тощо.

Несприятливий перебіг адаптації дітей до сучасних умов свідчить про зниження функціональних резервів організму і перенапруження регуляторних систем, що супроводжується виникненням соматичних захворювань та призводить до адаптаційних розладів. Тому існує гостра потреба у розпізнаванні та діагностуванні адаптаційних розладів у дітей молодшого шкільного віку, визначенні їхніх причин та якнайшвидшої допомоги, ефективної корекційної роботи.

Актуальність дослідження зумовлюється ще й тим, що в умовах воєнного стану збільшується кількість стресорів, зокрема, надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (тобто потенційно травматичних подій). Питання вивчення станів, зумовлених стресовими та травмівними подіями, набуває особливої важливості як для науковців, так і для практиків – психологів, лікарів, соціальних працівників, педагогів тощо.

Мета. Визначити основні прояви адаптаційних розладів у здобувачів освіти в умовах воєнного стану.

Основні результати. Навчання у школі дуже важливий період в житті кожного учня. Наскільки успішно пройде процес адаптації школярів, зокрема при переході до нової школи багато в чому залежить від педагогів та шкільних психологів, від їхньої обізнаності про вікові та індивідуальні особливості дітей.

Однією з важливих проблем сучасної системи освіти є проблема розвитку адаптаційних можливостей особистості і профілактика дезадаптації, а також критичні періоди психічного розвитку. Особливої уваги потребують діти молодшого шкільного віку, адже молодший шкільний вік є тим етапом онтогенезу, в якому активно і стрімко розвиваються соціальні емоції, самосвідомість, формується самооцінка, відбувається вибудовування ієрархії мотивів і їх супідрядність у ґенезі соціального розвитку дитини, закладається специфіка спілкування з дорослими і однолітками.

Найважливішим є те, що процес звикання до шкільного життя та його умов є складним. Одні діти проходять цей процес легко без психічних травм, а інші – важко, з чого і випливає проблема адаптаційних розладів учнів.

Сьогодні і спеціальні наукові дослідження, і щоденна психолого-педагогічна практика свідчать про загострення проблеми порушення адаптації дітей до навчання у школі. Так, за даними різних досліджень у початковій школі перебуває у стані недостатньої адаптації чи дезадаптації від 15% до 40% дітей [1].

Нами було визначено, що у дітей, які перебувають в напружених зовнішніх умовах (наприклад, проживання в небезпечному, неблагополучному місці, під час змін, у місцях

масових заворушень, у зоні бойових дій тощо) або стикаються з медичними проблемами, часто діагностуються розлади адаптації (40-50% з них). Суттєве значення має також недостатня сформованість вікових соціальних навичок, відсутність особистого досвіду, труднощі в пристосуванні, соціальне походження, стать. Визначено, що дівчатка схильні до більш високого ризику розладів адаптації, ніж хлопчики, навіть у дитячому віці.

Адаптаційні розлади є реакцією організму на чітко виявлений психосоціальний стрес, зазвичай діагностуються після першого місяця дії стресу і тривають до 6 місяців. Розлади, як правило, припиняються незабаром після того, як закінчується дія факторів стресу, або ж, якщо стресова ситуація триває, досягається новий рівень адаптації. Емоційні та соматовегетативні порушення, що зберігаються понад 6 місяців, вже належать до посттравматичних стресових розладів, або до соматоформних (психосоматичних), розладів [2].

Розлади адаптації необхідно відокремлювати також від гострих реакцій на стрес (наприклад, аварія, смерть близьких, стихійне лихо тощо). У разі домінування виразних і стійких депресивних симптомів тривоги, страхів або поведінкових порушень вони повинні кваліфікуватися як «емоційні розлади і розлади поведінки, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці», «розлади настрою» або «тривожно-фобічні розлади». Адаптаційні розлади – це стани суб'єктивного дистресу та емоційних порушень, що перешкоджають соціальному функціонуванню і виникають у період адаптації до значної зміни в житті, стресу [4].

Таким чином, розлади адаптації можуть розглядатися як порушені пристосувальні реакції на пролонгований стрес в тому сенсі, що вони перешкоджають дії механізму успішної адаптації й тому призводять до порушеного соціального функціонування [3].

Виходячи з усього сказаного вище, легко уявити, як багато чинників може порушувати адаптацію дитини до школи. Зрозуміло, що і прояви, і поєднання причин, що їх зумовлюють, будуть різними і потребують різної програми діагностико-корекційної роботи зі школярами.

Особлива увага педагогів має бути прикутою до учнів молодшого шкільного віку, які мають статус внутрішньо переміщених осіб. Встановлено, що особливі труднощі в процесі адаптації до навчання виникають у дітей, які, внаслідок активних бойових дій, стали вимушеними переселенцями, адже, окрім стресу, спричиненого війною, вони відчувають складнощі через виникнення нового соціального становища. Травматичні події можуть викликати у дітей різні поведінкові особливості, почуття, які важливо відстежувати та адекватно допомогти дитині пережити, проявити й пропрацювати їх. Це можуть бути почуття незахищеності, страх майбутнього, гнів, агресія, сором і відчуття провини, відчуженість та ізоляція від оточуючого середовища, сум. Діти молодшого шкільного віку після травми починають більше боятися, соромитися і проявляти підвищену тривожність. Може виникнути регресивна поведінка (повернення до попередніх стадій розвитку), що включає енурез, смоктання пальця, дитячий лепет, бажання тримати постійно поряд із собою іграшку. У дітей цього віку може розвиватися втрата апетиту, скарги на болі в животі, головні болі, запаморочення. Під час напружених емоційних станів у дитини змінюється міміка, темп мовлення, з'являється метушливість, змінюється дихання, пульс, колір обличчя, можуть з'явитися сльози. Також поширені проблеми з навчанням, такі як нездатність зосередитися, відмова відвідувати школу, агресивна поведінка в школі тощо.

Таким чином, адаптаційні розлади сприяють появі у дитини молодшого шкільного віку негативних емоційних станів, які, при відсутності належної психологічної допомоги, адекватних змін умов навчання, можуть перейти у стійкі властивості особистості та деформувати її подальший розвиток психіки, стати причиною погіршення успішності навчальної діяльності, поведінки, зумовити порушення взаємовідносин з однолітками та дорослими. Тому існує гостра потреба у якнайшвидшому розпізнаванні адаптаційних розладів у дітей молодшого шкільного віку і визначенні їхніх причин.

В процесі дослідження виявлено основні несприятливі фактори, що провокують адаптаційні розлади у дитини: неправильні методи виховання в сім'ї; відсутність єдиних вимог до дитини з боку батьків та інших членів родини; вседозволеність як фундамент

егоцентризму; слабкість пізнавальної діяльності; агресивність; педагогічна занедбаність; гіперопіка; наявність хронічних соматичних захворювань; порушення мовлення, зорового сприйняття, фонематичного слуху, уваги; конфліктність; порушення динаміки протікання нервових процесів; низький освітній рівень батьків; низька функціональна готовність до навчання; дефіцит комунікації; неадекватне усвідомлення свого становища (позиції) у групі однолітків; низька працездатність; конфлікти в сім'ї; відсутність умов для підготовки до занять тощо. А в умовах воєнного стану ситуація ускладнюється постійними сигналами тривоги, перебуванням у бомбосховищах і укриттях, відключенням світла (в результаті припиненням занять), перебуванням в незвичних і некомфортних умовах (відсутність опалення, світла, зв'язку, нове помешкання, нові люди тощо).

За проведеним дослідженням основні прояви адаптаційних розладів у молодших школярів в умовах воєнного стану можна представити у вигляді реакцій організму на стрес, зокрема:

• *фізичні:* головний біль, нудота, блювання, утруднене дихання, напруження в м'язах або в усьому тілі, втрата апетиту, безсоння або нічні жахи, біль у животі, втома, тремор, потіння, сухі губи, переляк (за відсутності причин), знервованість, серцебиття;

• *психологічні*: шок, заперечення, невіра, гнів, дратівливість, перепади настрою, почуття провини, сорому, самозвинувачення, сум, відчуття безнадійності, труднощі із концентрацією уваги, занепокоєння і страх, відокремлення від інших;

• *когнітивні:* сплутаність мови, байдужість до того, що відбувається навколо, труднощі у спілкуванні та розумінні, повторювані думки про події;

• *поведінкові:* завмирання («я мов у мушлі»), уникнення, чіпляння, страх звуків, особливо вибухів, феєрверків, перезбудження, підозрілість;

• *психосоматичні:* логоневроз (заїкання), енурез (нетримання сечі), бронхіальна астма, нейродерміти та ін.

Висновки та перспективи. Увага до проблеми адаптації та адаптаційних розладів молодших школярів в сучасній психолого-педагогічній теорії й практиці зростає у зв'язку з тим, що зростає кількість дітей, які мають труднощі в навчальній діяльності, які відчувають підвищену тривожність, проблеми у встановленні міжособистісних взаємин та ін. Стрес, напруга, тривожність, розлади психічного здоров'я в учнів молодшого шкільного віку заважають успішній соціалізації дітей, їх гармонійному розвитку, перешкоджають подальшому навчанню та загальній соціально-психологічній адаптації молодших школярів.

Перспективою подальших досліджень є діагностування адаптаційних розладів у здобувачів середньої освіти.

Список використаних джерел:

1. Кононко О.Л. Шкільна адаптація та психологічний вік. *Початкова школа*. 2002. № 1. С. 5-7.

2. Титаренко Т.М. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді. Київ : Міленіум, 2006. С. 105-131.

3. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. /за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2011. 272 с.

4. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.

УДК: 159.913:316.485.26 «364»

Гордієвський Д.Є., практичний психолог,
Драч Н.В., директор,
Щербанівський ліцей
с. Щербані, Полтавська область, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ

Актуальність роботи. Через військову агресію з боку Росії проблема збереження ментального здоров'я стала ще гостріше ніж була дотепер. Ідея збереження ментального здоров'я випливає з розуміння того, що тільки людина в ресурсі здатна адекватно реагувати на ситуацію довкола неї, співчувати оточуючим і надавати їм першу психологічну допомогу. Серед багатьох питань, що виникають при вивченні проблеми збереження ментального здоров'я в умовах дії воєнного стану, на наш погляд, необхідно проаналізувати ті, що пов'язані з конкретизацією наукового уявлення про поняття «збереження ментального здоров'я», а також із розкриттям структури та обґрунтуванням змісту компонентів цього явища.

На сьогодні збереження ментального потенціалу особистості – одна з прерогативних задач національних інтересів держави, що включає в себе інтегрований підхід до створення системи здоров'язбережувальних технологій з урахуванням специфіки ситуації в Україні, що зумовлена агресією з боку Російської Федерації. Підтвердженням цьому є заява представника ВООЗ в Україні Ярно Хабітха, який під час прес-брифінгу зазначив, що за оцінками його організації до 10 000 000 людей перебувають під загрозою того чи іншого психічного розладу, від тривоги та стресу до більш важких станів. Саме така ситуація потребує розробки саногенної психодидактичної технології для збереження ментального здоров'я людей, що постраждали від війни.

Мета. Описати способи збереження ментального здоров'я в умовах дії воєнного стану, розкрити сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковій літературі, обґрунтувати ефективність застосування технологій, спрямованих на збереження ментального здоров'я.

Основні результати. Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму статуті визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». Для нашого дослідження особливу значимість представляють варіанти розкриття поняття «здорова особистість», надані у роботах зарубіжних вчених. Так, наприклад, А. Адлер підкреслює, що здорова людина – це інтегративна цілісність в рамках соціальної системи. В працях Ф. Перлза ми знаходимо думку про те, що «більше вірить в переучування, ніж навчання в навчанні шляхом впізнавання, а не шляхом побудови і тренування» [6]. При осмисленні цієї концепції важливими для формування здорової особистості є внутрішні відчуття. На основі цього можна зробити висновок, що здорова особистість – це самостійна, усвідомлювана істота, здатна до саморегуляції та при потребі надати першу психологічну допомогу іншим. Подібна думка простежується в роботах Н.Д. Творогової. Автор дотримується цілісного підходу до людини «як суті природному, як соціальному індивідууму (належить тій чи іншій культурі, суспільству), як суб'єкту психічної, духовної (творчої та свідомої) діяльності» [1]. В її роботах введене поняття саногенної поведінки, під яким розуміється низка дій, що за своєю спрямованістю і способам виконання наближає людину до здоров'я, благополуччя в різних сферах його життя. Узагальнюючи викладене, можна сказати, що рівень суб'єктивного благополуччя для кожної особистості виступає як цільова функція та орієнтир напрямку її активності особистості, а «досягнутий при цій активності рівень здоров'я виступає як умова продовження активності».

На думку Є. Фромма, головне в збереженні ментального здоров'я духовна цілісність – самобутність, а саме «почуття ідентичності і впевненості в собі, відчуття себе на своєму місці, всебічне самопізнання і саморозвиток» [7]. На думку Г. Олпорта, головним у

ментальному здоров'ї є «духовна цілісність – це здатність розкрити свій потенціал самопізнання, наявність чіткого уявлення про свої чесноти і вади» [8].

У своїх працях А. Маслоу констатує великі можливості далекі межі людської психіки, вводячи нове поняття «психічно здорові індивідууми», яке слід розуміти як люди зрілі, з високим ступенем самоактуалізації. Він також розвиває теорію психічно здорового суспільства, яке сприяє найбільш повному розвитку і реалізації людських можливостей [6]. Спираючись на ці концепції, можемо окреслити, що здорові в психологічному сенсі люди мають адекватну життєву позицію, можуть критично осмислювати події довкола та підтримувати власний ресурс навіть за критичних обставин. В основі системи цінностей такої людини лежить її філософське ставлення до життя, прийняття себе, своєї біологічної природи, соціальної ролі та фізичної реальності. Під час війни в Україні зросла кількість запитів до психологів. Відчуття втрати, небажання щось робити, відсутність мотивації, тривожність – це деякі приклади того, з чим клієнти сьогодні приходять до фахівця. В даному контексті слід розрізняти першу психологічну (екстрену) допомогу, яку може за потреби надати людина, що має базові навички та знаходиться в ресурсі й професійну допомогу на рівні психологічного консультування, корекції, психотерапії.

Ментальне здоров'я – це певний резерв сил людини, завдяки якому вона може подолати стреси або труднощі, які виникають у виняткових обставинах. При оцінці стану ментального здоров'я клієнта без психодіагностичного інструментарію доцільно застосовувати наступні критерії: адекватний до віку рівень зрілості пізнавальної, емоційно-чуттєвої та вольової сфер особистості, здатність керувати своєю поведінкою, здатність вибирати життєві цілі та розумно планувати їхнє досягнення, особистісний та соціальний оптимізм, задоволення від діяльності, від особистого й суспільного життя, спілкування, споглядання картин природи, розуміння прекрасного, комічного й трагічного, відповідність суб'єктивних образів об'єктам, що їх відображають здебільшого стабільний позитивний настрій, адаптивність у мікросоціальних відносинах, відчуття щастя тощо.

На ментальне здоров'я людей впливає велика сукупність чинників, їх можна класифікувати за різними ознаками. За місцем розташування виокремлюють дві великі групи – внутрішні та зовнішні чинники. До зовнішніх чинників належать ті, що містяться поза особистістю, насамперед у середовищі, яке її оточує. У свою чергу їх поділяють на природні, планетарні та суспільні, які можна розкласти на цілу низку складових. Реальне зовнішнє суспільне психічне середовище має багато кіл впливу: первинне (сім'я, шкільний клас, робоча бригада (група), мала фірма, група за інтересами, друзі тощо), вторинне (школа, село, місто, організація, велика фірма, партія та ін.), розширене (етнічна група, велика соціальна група, релігійна спільнота тощо), широке (ціле суспільство), глобальне (вся планета). До внутрішніх чинників слід віднести психологічні характеристики особистості (характер, темперамент, пам'ять), а також наявність або відсутність ментальних патологій [5].

При оцінці стану ментального здоров'я можна виділити три рівні його збереження: високий, середній, низький. Високий рівень мають клієнти зі стійкою адаптацією до середовища, маючи резерв сил для подолання стресових ситуацій, активно, творчо ставляться до навколишньої їх дійсності. У даній категорії клієнтів відсутня тривожність, домінує впевненість в собі й товариськість. Середній рівень мають ті клієнти, що приймають ситуацію, але виявляють лише окремі ознаки дезадаптації та підвищену тривожність. Для клієнтів з низьким рівнем ментального здоров'я характерна дезадаптованість, інколи втрата зв'язку з реальністю, відсторонення від контактів, зацикленість на ситуації. В цьому випадку ми можемо говорити про нездатність клієнта описати словами свої внутрішні переживання, нездатність до диференціації почуттів і тілесних відчуттів, недостатність уяви, ригідність. Задачею фахівця є допомога з відновлення внутрішньої та зовнішньої саморегуляції. Виділяють два типи алекситимії: первинна, як етіологічний фактор психосоматозу і вторинна, що є реакцією на хворобу, пов'язана з психосоматичним досвідом хвороби. Люди, які страждають первинною формою алекситимії, піддаються терапії набагато гірше, ніж ті, що страждають від вторинної [2].

При допомозі клієнту відновити ментальне здоров'я важливо розуміти, що ступінь відкритості клієнт дозує сам і бере відповідальність за результат на себе. В цьому випадку відкритість до своїх переживань передбачає глибоке та адекватне усвідомлення своїх думок і почуттів, відсутність тенденції вироблення неадекватних психологічних захистів від неприємних почуттів без загрози цілісності «я». Також важливо для клієнта випрацювати довіру до себе, тобто здатність приймати свої почуття і думки як основу для вибору моделі поведінки. Саме відкритість до переживань і опора на власні судження в ситуаціях вибору, на наш погляд, важливі для розуміння стану ментального здоров'я, оскільки дозволяє людині взяти на себе відповідальність за своє життя. Головна особливість саморозвитку – це те, що особистість бере на себе відповідальність за свій розвиток. Для цього необхідно, щоб у людини було присутнє знання про свої ресурси й доступ до них. Найбільш ефективно на даному етапі використовувати терапевтичні метафори, оскільки вже в самій структурі метафори закладено звернення до ресурсів. Зазвичай виділяють наступні компоненти терапевтичної метафори: метафоричний конфлікт або поява ситуації, в якій герою стає погано через наявну у нього проблеми (несхожості на інших, наявність страхів тощо); метафорична кризанаступ нездійсненної для героя ситуації, що несе символіку смерті; пошук і знаходження ресурсів всередині себе – відкриття героєм в собі нових можливостей, необхідних для вирішення кризи; торжество і свято – прихід ситуації успіху, визнання з боку оточуючих згідно з якою в самосвідомості виділяється ім'я людини, домагання на соціальне визнання, психологічний час особистості (її минуле, сьогодення, майбутнє), соціальний простір (її права та обов'язки), статева ідентифікація. Таким чином, у свідомості клієнта формуються: прийняття свого імені; прийняття своїх рис характеру; прийняття свого минулого, сьогодення, майбутнього; прийняття своїх прав і обов'язків; прийняття себе як людини певної статі [3].

Одним із можливих способів подолання дискомфорту в емоційній сфері, що виникає через наслідки війни, є розвиток емпатії, здатності доброзичливо ставитися до оточуючих, розпізнавати емоційні стани. Стратегія діяльності фахівця по збереженню ментального здоров'я людей, що постраждали від війни базується на просвітницькій діяльності та популяризації відновлюваних практик. Провідною ідеєю такого підходу є збереження ментального здоров'я, психологічна підтримка та створення умов для реалізації потенціалу особистості в умовах дії воєнного стану. Практична значимість результатів дослідження полягає в їх спрямованості на вдосконалення якості психологічної допомоги, індивідуальному підході при доборі методів відновлення ментального здоров'я.

Висновки та перспективи. Провідною тенденцією для збереження ментального здоров'я можна назвати розвиток навичок стресостійкості, включення механізмів психологічного захисту у критичній ситуації. Проведений нами аналіз з проблеми дослідження дозволяє стверджувати, що для сучасних умов характерна широкомасштабна соціальна депривація, тобто обмеження або недостатність тих чи інших умов матеріальних і духовних ресурсів, необхідних для виживання, повноцінного розвитку і соціалізації в умовах дії воєнного стану. Сьогодні стрімке зниження показників ментального здоров'я, що полягає в підвищеній тривожності, депресивності, агресивності та невмінні людини усвідомлювати й адекватно висловлювати свої почуття, є сигналом для впровадження відновних практик, навичок саморегуляції. Саме профілактика і корекція зазначених показників є пріоритетним завданням для фахівців.

Результати нашого дослідження дозволяють зробити висновок, що збереження ментального здоров'я є необхідною умовою повноцінного функціонування і розвитку людини в процесі її життєдіяльності. Це сукупність психічних властивостей людини, що забезпечують гармонію між потребами індивіда і суспільства та є передумовою орієнтації особистості на виконання свого життєвого завдання. Провідною ознакою психологічно здорової людини можна назвати здатність до саморегуляції, тобто можливість залишатися в ресурсі навіть за несприятливих умов та негативних впливів на кшталт дії воєнного стану.

Слід зазначити, що ментальне здоров'я протягом життя людини постійно змінюється через взаємодію зовнішніх і внутрішніх факторів. При цьому набуття власного досвіду

подолання труднощів є необхідним компонентом для створення умов емоційного комфорту в системі аксіологічного, інструментального і мотиваційного компонентів. При цьому аксіологічна частина змістовно представлений цінностями власного «я» людини та цінностями «Я» інших людей. Їй відповідає позитивне ставлення до себе та інших людей. Інструментальна складова передбачає володіння людиною рефлексією як засобом самопізнання, здатністю концентрувати свою свідомість на собі, своєму внутрішньому світі та своєму місці у взаєминах з іншими. Мотиваційна складова визначає наявність у людини потреби в саморозвитку. Депривація однієї або декількох структурних ланок може призвести до розвитку тривожності, депресивності, відповідно стати фактором ризику порушення ментального здоров'я.

Таким чином, процес збереження ментального здоров'я в умовах дії воєнного стану можна представити як систему комплексних заходів, що допомагають тримати баланс між особистими потребами та зовнішніми факторами.

Список використаних джерел:

1. Буленко Т.В. та ін. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога: [наук.-метод. посіб.] / Т.В. Буленко, М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко. – Луцьк: РВВ – Вежа‖ Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 1996. – 331 с.

2. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика / І. Галецька, Т. Сосновський. – Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.

3. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: [навч. посіб.] / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко. – К. : Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Ніжин : Міланік, 2007. – 115 с.

4. Мушкевич М.І. Клінічна психодіагностика: [метод. рек. для студ. спец. – Медична психологія‖] / М.І. Мушкевич. – Луцьк : РВВ – Вежа‖ Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2006. – 160 с.

5. Слободянюк І.А. та ін. Психолого-педагогічна допомога 363 дітям з акцентуаціями характеру / І.А. Слободянюк, О.О. Холодова, О.І. Олексенко. − Вінниця : Б в., 1996. – 52 с.

6. Hyer L., Davis H., Boudewyns P., Woods M.G. A short form of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD // Journal of Clinical Psychology.− 1991.− Vol. 47.− P. 510-518.

7. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology.− 1988.− Vol. 56.− P. 85-90.

8. Taft C.T., King L.A., King D.W., Leskin G.A., Riggs D.S. Partners' ratings of combat veterans' PTSD symptomatology // Journal of Traumatic Stress.− 1999.− Vol. 12.− P. 327-334.

УДК: 614.2+616.831-005.4

Гуменюк В.В., інженер з патентної та винахідницької роботи,
молодший науковий співробітник,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

МЕТОДИ В КЛІНІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНСУЛЬТІВ

Актуальність роботи. Інсульт залишається однією з найактуальніших медико-соціальних та економічних проблем сучасного суспільства, продовжуючи займати провідне місце серед усіх цереброваскулярних захворювань за поширеністю, смертністю та стійкою інвалідизацією серед дорослого населення. Крім ураження життєво важливих центрів організму інсульт часто ускладнюється різними руховими розладами (порушення статики та координації, геміплегії, геміпарези), мовними (дизартрія, афазія) та когнітивними (зниження пам'яті, уваги, інтелекту) порушеннями. Додатковим соціальним аспектом даної патології є високий рівень постінсультного неврологічного дефіциту, який призводить не лише до обмеження фізичної та розумової активності самих хворих, але й до зниження якості життя їхнього оточення. Так, за даними різних авторів, 60-70% пацієнтів у постінсультному періоді не можуть повністю або частково здійснювати діяльність, спрямовану на самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку та займатися трудовою діяльністю, що вимагає допомоги додатково сторонніми людьми (медичний персонал, соціальні працівники, родичі).

Мета. Вивчити сучасні підходи до реабілітації пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт.

Основні результати. У процесі реабілітації хворих, які перенесли порушення мозкового кровообігу, від медичного персоналу незалежно від його спеціалізації потрібні заходи, спрямовані не тільки на відновлення порушених функцій організму та функціональне перетворення збережених систем мозку із запобіганням розвитку патологічних станів, що перешкоджають зворотному розвитку дефекту, а й на підвищення якості життя пацієнта як задоволеність рівнем функціонування за умов хвороби. У цих умовах все більший інтерес медичної спільноти щодо як фундаментальних досліджень, так і клінічних робіт викликає медична наука – реабілітологія [1]. Головною детермінантою цієї науки виступає медична реабілітація як комплекс заходів, спрямованих на максимальне відновлення або компенсацію втрачених функцій внаслідок захворювання, а також соціальну адаптацію та реінтеграцію у суспільство.

Сучасні підходи до реабілітації пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, засновані на ранньому початку реабілітаційних заходів, послідовності, тривалості та активній участі самого хворого та осіб, які здійснюють догляд.

Нині широко вивчається концепція нейропластичності та можливості її застосування у реабілітаційних заходах. В її основі лежить здатність нервової тканини до структурно-функціональної перебудови та реорганізації під дією різних факторів, а також можливості відновлення втрачених зв'язків нервових клітин [2].

Більш ніж у 70% пацієнтів, які перенесли інсульт, спостерігаються рухові порушення типу спастичності. Заходи, спрямовані на зниження спастичності та профілактики контрактур, включають наступні реабілітаційні процедури: укладання кінцівок (лікування за допомогою положення), вибірковий масаж, використання лікувально-гімнастичних вправ на розслаблення, кінезотерапія, гідротерапія, термотерапія [1]. Пацієнтам з вираженою спастикою в кінцівках протипоказані вправи, які можуть її посилити: стиск гумового кільця, вправи з використанням еспандера для розвитку згинальних рухів. Метод дзеркальної терапії (дзеркало встановлюють так, щоб хворий бачив зображення здорової кінцівки, а уражена зникала з поля зору) призводить до виникнення ілюзорного відчуття, що обидві ноги

чи руки працюють однаково. Центри, що відповідають за рухову функцію, в корі головного мозку активізуються, в результаті чого покращується діяльність хворої кінцівки. Цей метод активно використовується для реабілітації хворих, які перенесли інсульт у багатьох країнах.

Також одним з найбільш поширених та чимало вагомим ускладненням є порушення мови, афазія та дизартрія. Відновлення мови проводять шляхом багаторазових повторень і вправ лицьової мускулатури і язика.

Складним питанням у реабілітації хворих є корекція когнітивних порушень. Порушення когнітивних функцій представлені дефіцитом уваги та зниженням пам'яті. Відновлення цих функцій здійснюють методами активації психічної діяльності, як читання, тренування пам'яті. У сучасних умовах використовують спеціальні навчальні комп'ютерні програми. Зарубіжними дослідниками було виявлено, що щоденне тренування уваги покращує асоціативну здатність мозку [3].

За останнє десятиліття у структурі методів медичної реабілітації відбулися суттєві зміни: до традиційних методів реабілітації (фізіотерапія, мануальна терапія, лікувальна фізична культура, рефлексотерапія) додалися передові розробки, засновані на застосуванні цифрових технологій, комп'ютеризованих систем та роботизованих пристроїв, а також можливостей телемедицини.

Одним із сучасних методів реабілітації є система віртуальної реальності – модельне тривимірне довкілля, створене комп'ютерними засобами, що реалістично реагує на взаємодію з пацієнтами. Заняття з використанням системи віртуальної реальності мають високу ефективність при відновленні рухових порушень. Система дозволяє змоделювати будь-які повсякденні ситуації. Пацієнт інстинктивно застосовує кінцівки під час перебування у віртуальній реальності, що максимально наближена до матеріального світу. Таким чином, розвивається моторика рук, почуття рівноваги, навички ходіння. В цей час віртуальна реальність, ґрунтується не тільки на візуальних ефектах, але й залучає інші аналізатори: нюх, смак, дотик.

Транскраніальна магнітна стимуляція – метод активізації клітин головного мозку заснований на дії змінного магнітного поля. Вплив на м'язову систему – один із найбільш популярних напрямів транскраніальної магнітної стимуляції. Цей ефект обумовлений локальною стимуляцією мотонейронів в зоні передньої прецентральної звивини та моторних шляхів, що починаються від них. При локальному транскраніальному впливі магнітного поля індукується відповідь лише тих м'язів кістки, чия зона топографічного кіркового представництва була простимульована. Це дає можливість прицільного впливу на м'язові групи. Численні дослідження свідчать про безпеку та ефективність стимуляції магнітним полем клітин головного мозку в лікуванні хворих, які перенесли інсульт [4].

З'являється дедалі більше експериментальних робіт щодо застосування у постінсультній реабілітації програмно-апаратних комплексів [5]. Є докази, що систематичне цілеспрямоване повторення ілюзорних патернів рухової активності сприяє активації сенсомоторних зон кори головного мозку, насамперед завдяки механізмам нейропластичності. Сучасний інтерфейс здатний фіксувати активні сигнали головного мозку, що виникають при візуальному поданні руху кінцівок пацієнтом і підтверджені інструментально електричними імпульсами від нейронів і передавати дані імпульси на зовнішній пристрій – екзоскелет.

Апарати з біологічним зворотним зв'язком (БЗЗ) – сучасна система, що дозволяє здійснювати корекцію функціональних розладів пацієнтів, які перенесли інсульт, методом психофізіологічного тренінгу. Апаратно-програмний комплекс БЗЗ здійснює високоточну реєстрацію індивідуальних фізіологічних сигналів організму людини та за допомогою зовнішнього зворотного зв'язку подає інформацію про стан фізіологічних процесів, що дозволяє пацієнту навчитися контролювати фізіологічні параметри та закріплювати ці навички для подальшого використання їх у повсякденному житті.

Сучасні тенденції розвитку управлінських систем охорони здоров'я вимагають максимального інтегрування, з одного боку, ефективних, а з іншого – ресурсозаощаджувальні для галузі технологій надання медичної допомоги. Використання дистанційних технологій у

реабілітації постінсультних пацієнтів може суттєво мінімізувати витрати. Розвиток методів дистанційної реабілітації з використанням сучасних технологій, включаючи використання телемедицини, дозволить уникнути перерв між курсами реабілітації, охопити більшу частину пацієнтів, які не можуть проходити реабілітацію у спеціалізованих центрах. Це дозволить підняти на якісно новий рівень ефективність відновного лікування, забезпечити пацієнта та його близьких доступними методами реабілітації.

Висновки. Реабілітація хворих, які перенесли інсульт, вимагає організації системи надання допомоги з формуванням мультидисциплінарного підходу стосовно фізичних, психологічних, соціальних та правових питань. Сучасні реабілітаційні підходи включають активне використання різних комп'ютерних технологій, у тому числі дистанційних програм та методик. Електронні інформаційні технології можуть, з одного боку, ефективно впроваджуватись у наявні комплексні програми реабілітації, а з іншого – бути базовою частиною нових відновлювальних підходів реабілітології постінсультних пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Клінічна реабілітація та абілітація: сучасний стан проблематики. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 219-224.

2. Панченко О.А. Комплексний нейрореабілітаційний досвід та перспективи / О.А. Панченко, С.М. Радченко // Матеріали XVI з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства Кам'янець-Подільський, 28 вересня – 1 жовтня 2017 року. – Кам'янець-Подільський, 2017. – С.131-132.

3. Панченко О.А. Принципи інформаційно-психологічного комфорту особистості в умовах цифровізації. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір*: матеріали III міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 червня 2022 року). – Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. – 299 с.

4. Панченко О.А. Влияние динамической электронейростимуляции на сосудистое русло головного мозга у больных дисциркуляторной энцефалопатией / О.А. Панченко, С.М. Радченко // Фізіотерапевтичні методи та реабілітаційні підходи в сучасній неврології: зб. матеріалів наук.-практ. конференції з міжнародною участю. Київ, 22 березня 2012р. – Київ, 2012. – С. 30-33.

5. Панченко О.А. Застосування доплеро- та реоенцефалографічної візуалізації при аналізі ефективності церебральної гемодинаміки / О.А. Панченко, С.М. Радченко // V З'їзд українського біофізичного товариства: тези доповідей. – Луцьк: Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2011. – С. 109.

УДК: 37.018.43+614.46

Єфременкова Л.Н., доктор медичних наук,
доцент, професор кафедри внутрішніх хвороб
Ковалевська Л.А., доктор медичних наук,
професор, проректор з науково-медичної роботи
Врублевська С.В., кандидат медичних наук,
доцент, доцент кафедри внутрішніх хвороб
Міжнародний гуманітарний університет,
м. Одеса, Україна

ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Актуальність роботи. XXI століття ознаменувалось суттєвою зміною способів обробки та зберігання інформації. На зміну паперовим носіям інформації прийшли електронні. Це дозволило значно прискорити та спростити доступ до джерел інформації. В теперішній час немає потреби у відвідуванні бібліотеки, всю потрібну інформацію можна отримати за допомогою телекомунікаційних технологій. Такі зміни в способах обробки інформації не могли не накласти відбиток на процес освіти і щодо способів роботи з джерелами, і щодо методів викладання. За останні 20 років набули значного поширення комп'ютерні технології навчання, візуалізації, тестування. Впровадження таких методів дозволяє значно вдосконалити процес навчання, об'єктивізувати результати контролю за засвоєнням матеріалу [1, 2].

Застосування комп'ютерів та мережі Інтернет дозволяє також фізично не контактувати викладачу і здобувачу освіти, тобто робить можливим дистанційне навчання навіть в такій галузі, як медицина, де заочне навчання не допускається. Різні елементи цифровізації процесу навчання поступово впроваджувались в навчальний процес студентів-медиків протягом тривалого часу, але цей процес був досить плавним [3]. Різкий ривок у напрямку дистанційного навчання було зроблено у 2020 р., коли виникла потреба забезпечити підготовку життєво важливих кадрів майбутніх лікарів в умовах протиепідемічних заходів [4].

Зрозуміло, що тривале (протягом декількох семестрів) проведення освітнього процесу студентів-медиків лише в дистанційному форматі призведе до певних огріхів у підготовці здобувачів вищої освіти, що потім матиме несприятливий вплив на якість їхньої професійної діяльності. Але нагальна потреба в підготовці кадрів лікарів і розуміння того, що неможливість підготувати достатню кількість медпрацівників, зокрема лікарів, може мати фатальні наслідки навіть в масштабах країни призвела до того, що всі сили викладацької спільноти та допоміжних служб було кинуто на швидке та повне впровадження дистанційного навчання. Оскільки альтернативи йому не було, як теоретично, так і емпірично було розроблено різні форми та засоби забезпечення викладання студентам-медикам в умовах дистанційного навчання [5, 6].

Мета роботи: аналіз запровадження та ефективності дистанційного навчання студентів-медиків у м. Одесі.

Основні результати. Початок дистанційного навчання був пов'язаний з цілою низкою технічних та організаційних проблем. Одночасний перехід з очного на дистанційне навчання всіх середніх та вищих навчальних закладів призвів на перших порах до утруднення функціонування цифрової інфраструктури, оскільки вона не була розрахована на одночасне підключення такої кількості споживачів. Однак Інтернет-провайдери дуже швидко забезпечили достатню пропускну здатність цифрової інфраструктури. Для викладачів старших вікових категорій іноді ставало проблемою застосування Інтернет-платформ, тому доводилось в робочому режимі проводити курси для викладачів з комп'ютерної грамотності. Ще одною проблемою протягом останнього року стали відключення електроенергії, що призводило як до неможливості окремого студента вийти на зв'язок, так і до відсутності Інтернету, оскільки обладнання, що забезпечувало телекомунікаційні послуги, залишалось

без електроенергії та, відповідно, не функціонувало. Тому в деяких ситуаціях доводилось застосовувати дублюючий час для занять, оскільки не всі здобувачі могли вийти на зв'язок у фіксований час. Особливі складнощі виникали під час заліків та екзаменів. Одним з варіантів розв'язання такої ситуації стало призначення дублюючого часу заліку (екзамену) протягом доби або призначення додаткового часу в інші дні, коли здобувачі могли вийти на зав'язок. Для дистанційного навчання застосовувались платформи Zoom, Microsoft Teams та Moodl.

У дистанційного навчання студентів-медиків, як і у будь-якого явища природи та суспільства, можна знайти як позитивні, так і негативні сторони, причому це стосується як здобувачів, так і викладачів. Позитивною для викладача є можливість урізноманітнити викладання матеріалу, широко застосовувати наочність на цифрових носіях – презентації та відеофільми, що допомагають студентам одержати не тільки текстову, а й візуальну інформацію про патологічні процеси. Є можливість добре проілюструвати результати додаткових методів дослідження не лише в статиці, а й в динаміці. Цінність таких методів викладання полягає в тому, що інформація в такому наочному вигляді є більш цікавою, легше засвоюється і триваліше зберігається в пам'яті.

І для викладачів, і для здобувачів дистанційне навчання дозволяло забезпечити зменшення кількості контактів і, відповідно, більшу епідеміологічну безпеку. До переваг дистанційного навчання для студентів можна також віднести гнучкість навчального процесу щодо часу, академічну мобільність, широкий доступ до навчальних матеріалів інших країн, відсутність необхідності витрачати час та ресурси на дорогу до інституту і назад. Для певного числа здобувачів дистанційне навчання стало додатковим засобом самовдосконалення.

До недоліків для викладачів можна віднести різке збільшення часу на перевірку письмових робіт. Виникають складнощі щодо академічної доброчесності студентів, а іноді навіть щодо їх ідентифікації.

До недоліків для студентів можна віднести відсутність живого спілкування з ровесниками, що забезпечує соціалізацію індивідуума і дуже важливо для розвитку особистості, особливо в молодому віці. Самостійне навчання потребує значної самодисципліни, яка не завжди присутня, особливо в умовах хронічного стресу, викликаного несприятливими суспільними явищами. Мінімізація соціальних контактів у молодому віці значно збільшує тривожність, погіршує мотивацію до навчання і психологічний стан особистості. І, звичайно, важливість живого спілкування з пацієнтом, навички комунікації, суб'єктивного та об'єктивного дослідження пацієнта неможливо переоцінити і практично нічим замінити, а в дистанційному режимі викладач може застосовувати лише їх сурогати.

Тому медичні вищі навчальні заклади проводять спроби переходу до змішаної форми навчання, коли значна частина практичних занять проводиться очно, а лекції – дистанційно. Така форма поєднання очного та дистанційного навчання дозволяє максимально відпрацювати вміння та практичні навички, що їх застосовує лікар у якості основних методів дослідження.

Аналіз результатів пробного тестування в симуляційних центрах практичних навичок студентів, що навчалися дистанційно, показав, що дистанційне навчання погіршує володіння студентів практичними навичками суб'єктивного (на пробних пацієнтах) та об'єктивного (на симуляторах) дослідження пацієнта, що надалі може призвести до проблем в професійній діяльності. Однак, коли суспільство стоїть перед вибором – не готувати лікарів взагалі чи готувати їх в дистанційному форматі, реалістичною є точка зору щодо необхідності підготовки фахівців з урахуванням того, що в період проходження інтернатури вони повинні будуть відпрацювати практичні навички, з якими були проблеми під час дистанційного навчання. Розуміння цієї проблеми дозволить забезпечити послідовність зміни поколінь лікарів, які виходять з працездатного віку, виїжджають за кордон або, на жаль, вмирають від COVID-19 та інших причин, і відповідно, повноцінне функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні в цей надскладний час, коли потреба в медичних працівниках велика, як ніколи.

Висновки та перспективи. Дистанційне навчання студентів медиків в умовах пандемії COVID-19, а потім і воєнних дій дозволило забезпечити послідовність вищої медичної освіти в умовах, що радикально змінились, підготовку вкрай необхідних у цих умовах фахівців-лікарів. Незважаючи на певні напрацювання в цій галузі, процес переходу на дистанційну освіту був пов'язаний зі значними труднощами, вимагав як від викладачів, так і від здобувачів, значних зусиль. Однак координовані зусилля викладацької спільноти, фахівців у галузі цифрових технологій та прагнення здобувачів вищої освіти до продовження навчання навіть у надзвичайних умовах дозволило забезпечити задовільні результати оволодіння фахом. Зміни в формах освіти є загальносвітовою тенденцією, але у підготовці майбутніх лікарів потрібно буде знайти гармонічне поєднання застосування найсучасніших, в тому числі цифрових, технологій з відпрацюванням практичних навичок об'єктивного дослідження та комунікацією майбутнього лікаря з пацієнтом.

Список використаних джерел:

1. Ярошенко Т. Дистанційне навчання в системі вищої освіти: сучасні тенденції [електронний ресурс]. *Інженерні та освітні технології.* 2019. № 4. С. 8-21.

2. Крицька Г.А., Крицький І.О., Загричук Г.Я. перспективи та труднощі інноваційних технологій для забезпечення професійної підготовки студентів-медиків при вивченні клінічних дисциплін. *Медична освіта.* 2017. № 21. С. 78-83.

3. Кущ О.Г., Омелянчик В.М., Бесараб Г.У., Жирнова Н.П., Степанова Н.В., Тихоновська М.А., Морозова О.В., Сухомлинова І.Є. Дистанційне навчання в систем медичної освіти (перший досвід кафедри нормальної фізіології ЗДМУ). *Медична освіта.* 2017. № 4. С. 85-89.

4. Ісаєва О., Шайнер Г. Дистанційне навчання студентів-медиків у кризових умовах. *Молодь і ринок.* 2022. № 3-4 (201-202). С. 49-52.

5. Височина І.Л., Авраменко І.В., Башкірова Н.С.Дистанційне навчання на кафедрі сімейної медицини ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» очима студентів-медиків другого курсу (аналіз результатів анонімного анкетування). *Медична освіта*. 2020. № 1. С. 5-9.

6. Димар Н.М., Сойка Л.Д., Шевчук А.М. Формування професійних компетентностей фахівців медичних спеціальностей в умовах дистанційного навчання. *Інноваційна педагогіка.* 2021. Вип. 39. С. 139-142.

УДК: 617.75

Єчіна Д.С., студентка-магістранка
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
Науковий керівник: Селіванова К.Г. к.т.н. доцент кафедри БМІ ХНУРЕ
м. Харків, Україна

ПІДБІР ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ У СУЧАСНОМУ КАБІНЕТІ ОПТОМЕТРИСТА

Актуальність роботи. Підбір засобів корекції у кабінеті оптометриста розпочинається з виявлення зорових проблем пацієнта, з якими він звертається, при цьому оптометрист не збирає повний анамнез, як це робить лікар. Важливою інформацією є наявність діабету та супутніх захворювань, які можуть впливати на стан зору [1].

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз наявних методів корекції зору у кабінеті оптометриста.

Основні результати. Послідовність методики визначення зорових порушень розпочинається з проведення попередніх тестів на рухливість очних яблук, зорової реакції на світло та визначення гостроти зору для корекції, в якій прийшов пацієнт за наявності та без неї. Також визначається положення зорових осей у корекції при погляді вдалину та при погляді зблизька [2-4].

Наступним етапом перевірки зору є об'єктивне дослідження за допомогою авторефкератометра, який надає попередні дані про рефракцію. При дослідженні прилад працює в інфрачервоному спектрі. Промені проходять через зіницю, переломлюються, відбиваються від сітківки та уловлюються спеціальними датчиками. Здатність ока заломлювати світло розраховується комп'ютерною програмою. Результати отримуються у вигляді роздруківки з низкою цифрових показників. Якщо ж прилад дає недостовірний результат або на прийомі у фахівця маленька дитина, то застосовується метод – ретиноскопія. Після цього виконується індивідуальний підбір корекції за допомогою механічного чи електронного фороптера або пробного набору лінз. Останній варіант не дуже зручний як для пацієнта, так і для оптометриста.

Принцип дії фороптера полягає в тому, що пацієнт дивиться через нього на таблицю знаків, а оптометрист змінює лінзи та інші налаштування, запитуючи пацієнта про його суб'єктивну реакцію на те, які налаштування дають найкращий зір. Фороптер може також вимірювати форії (природне положення очей у спокої), амплітуду акомодації, запізнення акомодації, стан акомодації, горизонтальні та вертикальні вергенції тощо. У старих механічних фороптерах потрібно було самостійно перемикати лінзи. У сучасних приладах лінзи перемикаються автоматично, а керування здійснюється зі спеціального пульта. У більшості сучасних фороптерів використовуються три диски зі сферичними та циліндричними лінзами.

З метою уникнення процедури циплоплегії використовується метод «затуманювання». Цей метод заснований на принципі постановки більш плюсової (затуманюючої) лінзи. Відповідно до цієї методики, після перевірки гостроти зору пацієнта без корекції та у відповідності з даними об'єктивного обстеження, сила сферичної корекції збільшується на +1.5 – +2.0D, таким чином, ретинальне зображення переміщується вперед (перед сітківкою), що призводить до відчуття розмитості зображення; потім поступово зменшується сила цієї лінзи, поки зображення знову сфокусується на сітківці. У результаті цих дій виконуються сферичні корекції, уточнюється це за допомогою червоно-зеленого тіста. Далі визначається вісь і сила коригуючого циліндра за допомогою кроссциліндру, таким чином, компенсується астигматизм. Потім ще раз уточнюється сфера монокулярно.

Наступним етапом є виявлення домінуючого ока та створення бінокулярного балансу. Після чого визначається гострота зору у підібраній корекції. Для цього дається пацієнту

5-7 хвилин на пробне носіння, оскільки дискомфорт може з'явитися не відразу, при необхідності підбирається комфортніший варіант.

Після того, як була підібрана корекція, виконуються дослідження на близьких відстанях. Вимірюється амплітуда акомодації, потім виявляється найближча точка ясного бачення і розраховується аддидація, якщо вона необхідна чи акомодаційна відповідь за допомогою ретиноскопа, тобто уточнюється зір у близькості. Кінцевим етапом є тестування бінокулярних порушень та проведення стереотестів.

Завершується процедура підбору засобів корекції зору призначенням рецепта, виходячи з фізіологічних особливостей та зорових потреб пацієнта. У рецепті повинні бути зазначені наступні параметри: монокулярна міжцентрова відстань, а також параметри лінзи – рефракція, тип і категорія лінзи (монофокальна, астигматична, прогресивна, офісна), дизайн (сферична, асферична).

З досвіду роботи в оптиці компанії «Елді» у Болгарії автором, прийом з підбором засобів корекції зору тривав приблизно 40-60 хвилин, при цьому є можливість підібрати максимально комфортну корекцію для пацієнта (клієнта). З 300 клієнтів – проблеми з переносимістю методик дослідження мали лише двоє людей. В обох випадках це були клієнти віком понад 50 років, у яких був некоригований астигматизм. Звичайна сферична корекція не дає достатнього результату, проте є більш звичною для пацієнта.

Нові технології надають можливість скоротити час прийому та розрахувати індивідуальну лінзу за допомогою приладів з широким функціоналом, які дозволяють не тільки визначити рефракцію та діаметр рогівки, а також визначають топографію, розмір зіниці, обчислюють прості та складні аберації ока і т.д.

Прикладом такого апарату є DNEye Scanner від компанії Rodenstock. Він дозволяє в автоматичному режимі отримати цифровий «зліпок» ока. Саме з цього «зліпку» формуються особливості лінз, розташування зон оптичної дії та інші параметри. Нестандартні розміри зіниці, довжини переднього та заднього відрізків ока, асиметрія очного яблука та інші параметри можуть впливати на зір і тому повинні враховуватись при підборі лінз. Сканер оцінює загальний стан очей: можливі вікові зміни, порушення сутінкового чи нічного зору, низьку контрастність зображення на сітківці, наявність аномалій будови рогівки та інші проблеми, які завжди можна виявити при звичайній перевірці. Ця технологія включає: ретинальну камеру для візуалізації сітківки, оптичний когерентний томограф для лазерного сканування тканин задньої та передньої камер, роговичний топограф, який створює 3D-карту передньої поверхні рогівки, периметр для оцінки периферійного зору, автоматичний фороптер та трасувальник лінз для тривимірного вимірювання оправ. Отримані відомості відображаються на екрані. Вся інформація зберігається у спеціальній програмі RoCo. Дані зберігаються тривалий час, це дозволяє лікарю вести картку клієнта, оновлювати дані про його стан і спостерігати динаміку. Одночасно з цим результати перевірки надходять у програму WinFit, яка формує замовлення та передає його на німецький завод Rodenstock. Ця ж програма розраховує параметри лінзи – її розміри, товщину, базову кривизну та вагу. Інноваційна комп'ютерна діагностика проводиться в автоматичному режимі та дозволяє за 90 секунд отримати найточніші відомості про індивідуальні параметри зору.

На кафедрі біомедичної інженерії ХНУРЕ (https://www.bme.nure.ua/) також є офтальмологічний прилад перевірки гостроти зору TOPCON SS3; інклюзивне обладнання для слабозорих людей – електронна портативна лупа Visum Ecare 3,5 та збільшуючий монітор Low vision International Magnilink ZIP LVT 19; а також власні розробки – пристрої та методики корекції зорових порушень у дітей та дорослих [5-6]; тренажери зору та динамічні тести [7-9], системи просторової орієнтації для незрячих людей [10-12].

Висновки. У науковій роботі було проаналізовано сучасні методики, апарати, прилади, види комп'ютерної діагностики, спеціалізовані комп'ютерні програми та був врахований особистий досвід роботи автора в оптиці.

Список використаних джерел:

1. The Rodenstock DNEye® Scanner [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://www.harrisblakeparsons.com.au/eyecare/our-technology/.

2. Офтальмологические фороптеры – обзор, цены [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://www.livemedical.ru/tags/foroptepy/.

3. Авторефрактометрия: что это такое и как ее проводят? [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://medsi.ru/articles/avtorefraktometriya-chto-eto-takoe-i-kak-ee-provodyat/.

4. DNEye Scanner: инновация в области подбора коррекции зрения [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://happylook.ru/blog/zdorove-glaz/dneye-scanner-innovatsiya-v-oblasti-podbora-korrektsii-zreniya-/. Биомедсистемы, 2012. – С. 164-166.

5. Авер'янова Л.О. Комп'ютерні технології корекції амбліопії в системі фізичної реабілітації у дітей з порушенням зору / Л.О. Авер'янова, К.Г. Селіванова // Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія / за загальною редакцією проф. Ю.Д. Бойчука. – Харків: Оригінал, 2018. – 724 с. – С. 627-633.

6. K. Selivanova, D. Kostin and M. Tymkovych, «Conception of a Mixed Reality Eyesight Training System Based on the Parallel Robot», *2021 IEEE 8th International Conference on Problems of Infocommunications, Science and Technology (PIC S&T)*, 2021, pp. 241-244, DOI: 10.1109/PICST54195.2021.9772244.

7. Костін Д.О. Розробка тренажеру зору / Д.О. Костін, М.Ю. Тимкович // XXIV Міжнародний молодіжний форум «Радіоелектроніка та молодь у XXI столітті». Зб. матеріалів форуму. Т. 1. – Харків: ХНУРЕ. 2020. – 216 с. – С. 155-156.

8. Костін Д.О. Розробка динамічних тестів для тренування м'язів очей та розвитку уваги / Д.О. Костін // Сучасний рух науки: тези доп. IX міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 2-3 грудня 2019 р. – Дніпро, 2019. – Т.2. – С. 129-131.

9. Костін Д.О. Пристрій корекції зорових порушень у дітей / Д.О. Костін, К.Р. Біценко // Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я: тези доповідей XXX міжнародної науково-практичної конференції MicroCAD-2022, 19-21 жовтня 2022 р. – Харків : НТУ «ХПІ», 2022. – С. 898.

10. Соколов А.А. Перспективи розробки системи просторової орієнтації для незрячих людей / А.А. Соколов, О.Г. Аврунін, А.М. Соколов // Авіація, промисловість, суспільство: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м.Кременчук, 12 трав. 2022 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Кременчуц. льотний коледж., Наук.парк «Наука та безпека». – Харків : ХНУВС, 2022. – С. 287-290.

11. Соколов А.А. Розробка системи орієнтації для незрячих людей / А.А. Соколов, О.Г. Аврунін, А.М. Соколов // Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Збірник наукових праць за загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка. 2021. Київ. КВІЦ. – С.295-298.

12. Sokolov A. Architectures of Portable Systems for Orientation of the Blind / Andrii Sokolov, Oleg Avrunin, Andrii Sokolov // IV International Scientific and Practical Conference Theoretical and Applied Aspects of Device Development on Microcontrollers and FPGAs (MC&FPGA-2022), Kharkiv, Ukraine, 2022, pp. 39-40. DOI: 10.35598/mcfpga.2022.014.

УДК: 616.981.21/. 958:578.834.1]-06-07-085-084

Златкіна В.В., доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб і сімейної медицини
Немцова В.Д., доктор медичних наук,
професор кафедри внутрішніх хвороб і сімейної медицини
Дунаєвська М.М., кандидат медичних наук,
доцент кафедри внутрішніх хвороб і сімейної медицини
Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»
м. Харків, Україна

УДОСКОНАЛЕННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ

Актуальність роботи. Концепція серцево-судинного континууму була висунута для оптимізації профілактичних і терапевтичних підходів до таких захворювань, як гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця, інсульт, серцева недостатність та інш. Неухильне прогресування цих захворювань з неминучим летальним результатом і неможливість при цьому іноді визначити причинно-наслідковий зв'язок зажадали розробки єдиних підходів до лікування та профілактики.

В останні роки змінилися погляди на терапію есенціальної гіпертензії, що знайшло відображення в редакції Національних рекомендацій з лікування ГХ [1-2]. В якості альтернативи монотерапії АГ пропонується застосування комбінацій двох або більше антигіпертензивних препаратів. Нині відомо, що монотерапія ефективна лише у 30-50% пацієнтів з ГХ I-II ступеня за класифікацією Європейського товариства кардіологів та Українського товариства кардіологів. За даними різних досліджень цільовий рівень АТ досягався у хворих на ГХ при використанні комбінації двох (або більше) препаратів у 62-92% пацієнтів.

Таким чином, при ГХ, захворюванні з багатофакторним патогенезом, найбільш прийнятною визнана терапевтична стратегія, яка передбачає застосування препаратів з різним механізмом дії, тобто комбінована антигіпертензивна терапія.

На даний час велике значення та увага надається метаболічним ефектам вищевказаної терапії. Це, насамперед, зв'язано з тим, що ожиріння (ОЖ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу найбільш часто супроводжують ГХ, значно збільшують число серцево-судинних ускладнень і смертність [3]. При лікуванні ГХ у хворих з ЦД 2 типу та ОЖ оптимальний препарат повинен не тільки забезпечувати досягнення цільових значень артеріального тиску (АТ), але і володіти вираженими органопротективними властивостями та бути метаболічно нейтральним. При використанні комбінованої антигіпертензивної терапії, оцінюється не тільки антигіпертензивний ефект, але і здатність препаратів впливати на зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та прогноз у хворих на ГХ з порушеннями вуглеводного обміну, а саме інсулінорезистентність (ІР) та ЦД 2 типу. Всіма цими властивостями, з великою доказовою базою, володіють блокатори ренінангіотензинової системи, в комбінації з антагоністом кальцію, метаболічно нейтральним амлодипіном.

Мета. У зв'язку з вищевикладеним і у світлі сучасних поглядів на розробку оптимальних комбінацій антигіпертензивних засобів метою цього дослідження було вивчення впливу комбінації периндоприл + амлодипін порівняно із комбінацією олмесартан + амлодипін.

Основні результати. За дизайном дослідження хворі на ГХ з ОЖ були розподілені на групи за наявністю метаболічних порушень, 1-шу групу склали хворі виключно з ГХ та ОЖ (102; 30,4%), 2-гу групу хворі на ГХ з ОЖ та наявністю ДЛП (115; 34,3%), 3-тю групу пацієнти з ГХ, ОЖ та ЦД 2 типу (58; 17,3%), 4 групу – хворі з поєднанням ДЛП і ЦД 2 типу, на тлі ГХ та ОЖ (60; 18%). Тому, пацієнтам основної групи та групи порівняння була призначена антигіпертензивна схема в дозі 5-10 мг/доб периндоприлу та амлодипіну

5-10 мг/доб. 3 місяці потому було проведено контрольне дослідження, де був виявлений недостатній антигіпертензивний ефект: як зменшення систолічний артеріальний тиск (САТ) (17%) так і діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) (15%), що підтверджувалось невірогідним зменшенням показників мікроальбумінурії (МАУ) в основній групі ($p>0,05$). Так, у хворих основної групи рівень МАУ мав наступну динаміку, та зменшився на 8%, однак досягти нормоальбумінурії ні в одній групі не вдалось, на відміну від хворих групи порівняння, де вдалось досягти зменшення МАУ на 23,5%.

Отримавши недостатній антигіпертензивний та органопротекторний ефект в раніше призначеній терапії, пацієнтам основної групи була змінена лікувальна тактика. Був призначений олмесартан в дозі 10-20 мг/доб в комбінації з амлодипіном (5-10 мг/доб) вранці. Використання даної стратегії лікування дозволило стійко контролювати АТ на цільових рівнях у 82,2% обстежених пацієнтів вже до 3 місяців терапії. Повне обстеження антропометричних, лабораторних та Ехо-КГ показників проводилось через 6 та 12 місяців терапії.

У проведеному нами дослідженні було показано ефективне зниження АТ тиску, значуще через 6 місяців після початку терапії. Достовірних відмінностей досягли величини САТ у всіх обстежених групах, які стійко контролювалися до року терапії. ДАТ достовірно знижувався у всіх групах у порівнянні з базовими показниками ($p<0,05$). Комбінована терапія (олмесартан і амлодипін) в незначній мірі змінює антропометричні показники, пов'язані з вагою: спостерігається тенденція до зниження маси тіла, ІМТ і зменшенню ОТ в обстежених пацієнтів до року прийому препаратів. Ймовірно, ці незначні, але все ж зміни, пов'язані з PPAR-модулируючей активністю олмесартану, яка зачіпає ліпідний і вуглеводний обміни та диференціацію адипоцитів [4-5]. Тенденція до зниження антропометричних параметрів свідчить, ймовірно, про можливий перерозподіл жиру в організмі пацієнтів між жировими депо. Так в основній групі ІМТ знизився на 15% до 12 місяців лікування.

Також, обрана комбінована терапія, сприяла компенсації вуглеводного обміну і стабілізації ліпідного спектра. Динаміка показників ліпідного обміну була така: вже до 6 місяців лікування у більшості пацієнтів спостерігається зниження рівня загального холестерину (ЗХС) у середньому на 9%, а до 12 місяців лікування на 12% у порівнянні з вихідними рівнями. Достовірні відмінності виявлені в 1-й та 2-й групах до 12 місяців терапії. Рівні тригліцеридів (ТГ) мали тенденцію до зниження і статистично значимо знижувалися на 38% до 12 місяців терапії у пацієнтів 3-ї групи. Концентрація ХСЛПВЩ підвищувалася достовірно тільки до 12 місяців прийняття препаратів у всіх групах.

Зміни показників глікемічного профілю призвели до зниження рівнів глюкози в середньому на 15% до 6 місяців терапії. Через 12 місяців лікування нормальних величин досягли рівні глюкози в усіх обстежених групах, крім 3-ї та 4-ї груп, хоча зміни в цих групах пацієнтів були достовірними в порівнянні з базовим рівнем.

Значних змін у рівнях інсуліну натще не відзначається. Концентрація інсуліну знижується, але не досягає значень контрольної групи. Ймовірно, тому величини HOMA-IP досягли значень контрольної групи тільки у 76% пацієнтів 1-ї та 2-ї групи й у 60% пацієнтів 3-ї та 4-ї групи до 12 місяців терапії.

З боку ще одного маркера ендотеліальної дисфункції були продемонстровані наступні дані. Так, рівень МАУ до лікування у хворих 1-ї групи склав (46,2±6,9) мг/доб, у 2-й (51,5±9,4) мг/доб, в 3-й (77,1±10,1) мг/доб, в 4-й (79,7±9,6) мг/доб. В групі порівняння цей показник складав (33,4±5,8) мг/доб, $p<0,001$. При вивченні впливу зазначеної антигіпертензивної терапії у хворих основної групи виявлене покращення стану ендотеліоцитів, що проявилося у вигляді зменшення екскреції альбуміну з сечею. Слід зазначити, що на тлі проведеної терапії вже через 6 місяців спостерігалося достовірне зниження рівня МАУ у всіх обстежених групах. Так, у хворих 3-ї та 4-ї групи рівень МАУ зменшився на 22%, однак досягти нормоальбумінурії у всіх пацієнтів даної групи не вдалося.

Аналогічна динаміка рівня МАУ виявлена й у хворих 1-ї та 2-ї груп, $p<0,001$, але в даній групі хворих у переважної більшості хворих з МАУ було досягнуто рівня нормоальбумінурії. Через 12 місяців даної комбінованої терапії у більшості пацієнтів

досягнута нормоальбумінурія, окрім пацієнтів 4-ї групи, де поєднувались на тлі ГХ з ОЖ такі коморбідні стани як ЦД 2 типу та ДЛП. У цій групі тільки у 38 з 60 пацієнтів рівні альбуміну в сечі знизилися до величин контрольної групи (19,6±1,9) мг/доб.

Висновки та перспективи. Отримані дані вказують на відповідну антигіпертензивну дію, а саме, зменшення проявів ендотеліальної дисфункції, і, як слідство, нефропротекторний ефект комбінованого застосування олмесартану та амлодипіну, що, своєю чергою, призводить до більш значного зниження кардіоваскулярного ризику у пацієнтів із даною коморбідністю, ніж у пацієнтів, що отримували комбінацію периндоприл і амлодипін, що є дуже перспективним, щодо зниження кількості ускладнень та смертності у даної категорії пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, Ramirez A, Schlaich M, Stergiou GS, Tomaszewski M, Wainford RD, Williams B, Schutte AE. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun; 75 (6): 1334-1357. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026. Epub 2020 May 6. PMID: 32370572.

2. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/384_2012ykpmd_ag.pdf.

3. O. Bilovol, V. Nemtsova, I. Ilchenko, V. Zlatkina Influence of hormonal disorders on endothelial dysfunction in patients with arterial hypertension and comorbide endocrinopathies. October 2019. Inter Collegas 6 (3): 132-136 URL: https://doi.org/10.35339/ic.6.3.132-136.

4. Miyoshi T, Doi M, Hirohata S, Kamikawa S, Usui S, Ogawa H, Sakane K, Izumi R, Ninomiya Y, Kusachi S. Olmesartan reduces arterial stiffness and serum adipocyte fatty acid-binding protein in hypertensive patients. Heart Vessels. 2011 Jul; 26 (4): 408-13. DOI: 10.1007/s00380-010-0060-x. Epub 2010 Nov 10. PMID: 21063874.

5. Maeda A, Tamura K, Wakui H, Ohsawa M, Azushima K, Uneda K, Kanaoka T, Kobayashi R, Ohki K, Matsuda M, Tsurumi-Ikeya Y, Yamashita A, Tokita Y, Umemura S. Effects of the Angiotensin receptor blocker olmesartan on adipocyte hypertrophy and function in mice with metabolic disorders. Biomed Res Int. 2014; 2014: 946492. DOI: 10.1155/2014/946492. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24991574; PMCID: PMC4060760.

УДК: 159.942+159.96:355.1]-053.2

Іванкова А.С., медичний психолог,
педіатр консультативно-діагностичного відділення
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДИТИНИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

Актуальність роботи. На жаль, тема війни – це не тема минулого, це тема сьогодення. Сьогодні майже мільйон українських дітей позбавленні дитинства. У свої незначні роки вони отримали тяжкий досвід війни та її нещадних проявів: обстрілів, поранень, смертей, розрухи та занепаду. Психіатричні та психологічні дослідження показали, що війна має довготривалі наслідки для дітей і підлітків.

Під час війни діти в різній мірі зіштовхуються з двома типами травматичних подій: несподівані травматичні події та довготривалі несприятливі події, що зумовлюють виникнення непродуктивних стратегій подолання труднощів. У результаті діти значно частіше, ніж їх однолітки без досвіду перебування на війні, страждають від таких проблем як тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, дисоціативні розлади (добровільна соціальна ізоляція, деперсоналізація, дереалізація, небажання розмовляти, кататонічний синдром), поведінкові розлади (зокрема агресія, асоціальна і злочинна поведінка, схильність до насильства), а також більш схильні до зловживання алкоголем і наркотичними засобами (Joshi and O'Donnell 2003, Machel 2001, Wexler et al 2006) [1]. Як зазначають Джоші та О'Доннелл (Joshi and O'Donnell 2003:288), психічні розлади насправді є «нормальною реакцією на ненормальні події». Отже, довготривалий вплив насильства на дітей підвищує «ризик розвитку багатьох і нерідко тривалих форм фізичної, психологічної та соціальної дезадаптації».

За даними всесвітньої організації охорони здоров'я, десять відсотків дітей, які пережили травматичну подію, пізніше матимуть симптоми психологічної травми, а ще десять відсотків демонструватимуть поведінкові зміни або психологічні розлади, які стануть перешкодою для повноцінної участі в повсякденному житті (найпоширенішими розладами є тривожний розлад, депресія і психосоматичні розлади).

При цьому попри нелюдські умови, діти мають величезний потенціал життєстійкості (De Jong 2002, Fernando and Ferrari 2013, Jones 2013), що дозволяє їм вирости та стати повноцінними індивідами всупереч отриманим психологічним травмам [2]. Дослідники визначили кілька захисних механізмів, найважливішими серед яких є ефективні стратегії подолання труднощів, позитивна система переконань, здорові сімейні стосунки та дружба. Бідність, неналежні житлові умови, домашнє насильство, дискримінація і соціальна ізоляція – це лише кілька проблем, які потребують розв'язання після закінчення війни, щоб уникнути наслідків травматичних подій і зміцнити життєстійкість.

Мета: дослідити вплив стресу на емоційний стан дитини в умовах військового конфлікту.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось в ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» за період з травня 2022 року по вересень 2022 року. Вибірка склала 34 дитини, віковий діапазон 6-14 років. Всі діти були обстежені педіатром, медичним психологом, дитячим невропатологом, дитячим психіатром, дитячим кардіоревматологом, дитячим отоларингологом.

Дітям проведені загально клінічні обстеження: збір анамнезу життя та скарг, аналіз крові клінічний, аналіз сечі загальний, електрокардіографія (ЕКГ), пульсоксеметрія, вимірювання артеріального тиску. За результатами медичного обстеження органічної патології не виявлено.

З боку соматичного статусу звертають на себе увагу зміни в роботі вегетативної нервової системи у 100% обстежених, симптоми вегетативної дисфункції (млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності, неадекватність до фізичних навантажень, зниження настрою) спостерігалась у 67,8% (23 особи), з боку сечостатевої системи (нейрогенний сечовий міхур) у 2,9% (1 особа), порушення функції травного каналу (дискінезії жовчовивідних шляхів і кишечнику, біль у животі нападоподібного характеру) у 5,8% (2 особи), формування неврозів нав'язливих рухів у 8,7% (3 особи), порушення серцевого ритму (тахікардії та брадікардії) у 14,8 % (5 осіб) [3].

Психодіагностичний комплекс склали: Анкета дитини шкільного віку, дитячий опитувальник неврозів (С.С. Седнєв, З.Б. Збарський, А.К. Бурцев), [5] графічна методика «Кактус» М.А. Панфілової [4]. Заповнення опитувальників проводили, коли діти потрапляли до консультативно-діагностичного відділення ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України». Опитувальники пропонували для самостійного заповнювання, в індивідуальному порядку пояснювали інструкції роботи з ним.

Основні результати. З результатів застосування Анкети дитини шкільного віку виявлено, що з 34 дітей 11 мають статус вимушено переміщеної особи (ВПО), 8 з них мають скарги на зниження настрою, млявість, поганий сон, зниження апетиту, прискорене або сповільнене серцебиття, почуття внутрішнього напруження, страху.

Дитячий опитувальник неврозів дозволив виявити високі показники за шкалами «Порушення сну» у 4 дітей (36,4%) ВПО та 5 дітей (21,7%) місцевих; «Тривожність» – ВПО 3 дитини (27,3%) та місцеві теж 3 дитини (13,1%) (рис. 1).

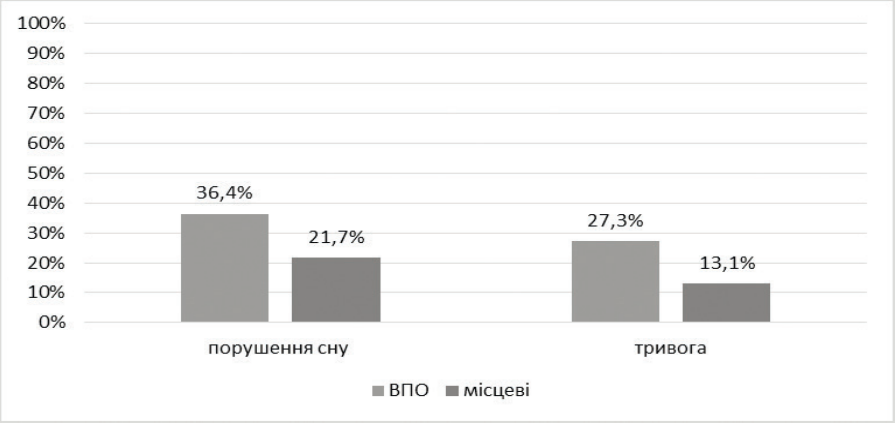


Рис. 1. Сформований невротичний симптомокомплекс

Також у дітей був діагностований ризик виникнення невротичного симптомокомплексу за окремими шкалами, про що свідчать середні показники за методикою «Дитячий опитувальник неврозів». Отже, середні показники за шкалами «Порушення поведінки» – 5 дітей (14,7%) ВПО, «Вегетативні порушення» – ВПО 2 дитини (18,1%) та 7 дітей (30,4%) місцеві, «Астенія» – 1 дитина (9,1%) ВПО та 3 дитини (17,4%) місцеві (рис. 2).

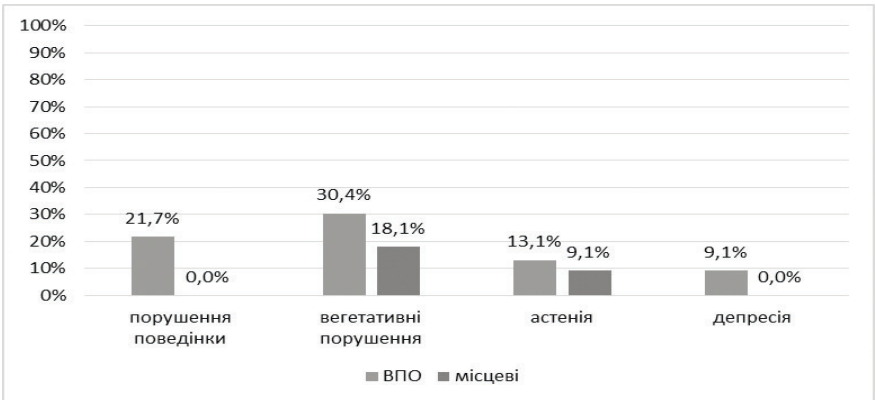


Рис. 2. Ризик виникнення невротичного симптомокомплексу

З результатів тестування та медичного обстеження виявлено 1 дитину (9,1%) з симптомами депресії, котра належать до ВПО стан якої потребує поглибленого вивчення на предмет ідентифікації депресивного захворювання. Для неї рекомендована консультація дитячого психіатра.

За графічною методикою «Кактус» 9 дітей із них 6 дітей (54,5%) ВПО та 3 дитини (27,3%) місцеві намалювали великі, товсті голки що говорить про наявність агресії, така дитина відчуває злість, агресію, роздратування. Агресія може бути виражена в звичайній поведінці дитини, а може бути і прихована як неприйнятна форма взаємодії. Про спрямованість агресії каже напрямок росту голок. Були намальовані голки, що ростуть вгору – агресія спрямована до людей, що стоять вище людини за статусом (батьки, педагоги тощо); в сторони – на ровесників, «рівних»; вниз – на слабших, залежних (інших дітей, тварин). 5 дітей, із низ 3 дитини (27,3%) ВПО та 2 дитини (8,7%) місцеві, намалювали пустельний кактус, що говорить про відчуття самотності**.** Цим категоріям рекомендована консультація практичного психолога та подальша індивідуальна та/або групова психокорекція.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження демонструє, що емоційний стан дітей, які проживають в країні в умовах військового конфлікту, характеризується наявністю у біля третини дітей сформованих невротичних симптомокомплексів тривожності та порушень сну. Також наявний ризик виникнення невротичних симптомокомплексів за шкалами порушень поведінки у 15%, вегетативних порушень у 26%, астенії у 12% обстежених дітей. Агресія виявлена у 26% та відчуття самотності у 15% дітей.

З результатів роботи також видно, що військовий конфлікт значно впливає на емоційний стан дитини, в більшій мірі страждає при цьому емоційна сфера дітей, які є вимушено переселеними. Вірогідно, що це пов'язано з додатковим психоемоційним та стресовим навантаженням на дитину через фактор вимушеного переселення, розірвання соціальних зв'язків, умов проживання в місцях колективного поселення ВПО, що потребує додаткових досліджень та подальшого аналізу. Зважаючи на поєднання соматичних та емоційних проблем, діти з виявленими проблемами потребують комплексної медико-психологічної допомоги.

Список використаних джерел:

1. De Jong, J et al. Trauma, war and violence: Public mental health in socio-economic context. 2002. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Jun; 57 (6): 472.

2. Fernando, C. Ferrari, M. Handbook of Resilience in Children of War. New York, 2013. 311.

3. Леженко Г.О., Пашкова. О.Є. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика. *Дитячий лікар.* 2011. № 4. С. 20-32.

4. Підготовка психолога-практика до використання малюнку в діагностико-корекційному процесі (психодинамічний підхід): навчальний посібник / уклад. Н.В. Гриньова. Умань: Візаві, 2014. 174 с.

5. Дудкевич Т.В. Дитяча психологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2012. С. 113-424.

УДК: 159.942/.95/.98+613.8+614.8/.39

Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна

ВІД ПСИХІАТРИЧНОЇ СТИГМАТИЗАЦІЇ ДО ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ

Актуальність роботи. Кількість навантаження на психіку людину значно зростає з кожним днем. Це характеризується постійними соціально-політичними, економічними та інформаційно-психологічними змінами нашого суспільства, ряд з яких несуть умовні або реальні ризики для здоров'я і безпеки життя людини.

Кожна пертурбація несе у собі порушення стабільності й наявність значної небезпеки, особливо у час кризових подій (пандемія, збройний конфлікт та інше), а також, значних емоційних витрат. Тому, життя, і часом довготривале, за таких умов призводить до виснаження особистісних ресурсів людини та формування значних змін її психіки й організму в цілому.

Як відомо, психіка людини – це суб'єктивне відображення об'єктивної дійсності, що відбувається за допомогою відчуттів, уявлень, думок та інших суб'єктивних образів особистості на основі чого формується її життєдіяльність. Особи, які зазнали кризисних подій і несприятливих обставин мають більший ризик виникнення соціальних складнощів і проблем психічного здоров'я. Особливо це стосується тих, хто знаходиться в дистресі. Тому необхідно надати доступ до різних видів допомоги з різною інтенсивністю інтервенцій.

Мета. Визначити шляхи дестигматизації проблем ментального здоров'я, а також представити досвід поетапного надання медико-психологічної допомоги та реабілітації населенню, яке зазнало впливу негативних стресових подій.

Основні результати. Уявлення про вплив стресових факторів та несприятливі події на великі групи населення формувалося переважно на підставі спостережень розвитку психічних порушень у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, а також в осіб, які потрапили до зони лиха чи катастрофи за надзвичайних ситуацій. У зв'язку з почастішанням цих подій та підвищенням уваги суспільства до психічного стану громадян, які перебувають у критичних ситуаціях, особливе місце у психіатричній практиці другої половини XX століття зайняли посттравматичні психічні розлади. При цьому динамічний психопатологічний аналіз, проведений закордонними та вітчизняними авторами, свідчить про досить загальний стереотип розвитку непсихотичних психічних розладів у людей, які перебувають у різних життєнебезпечних ситуаціях або пережили екстремальні впливи, пов'язані з воєнними діями, техногенними, природними та іншими катастрофами. Розвиток психічних розладів у цих випадках повторює загальну схему «неврогенезу»: від реакції адаптації – до невротичних реакцій, невротичних станів та патохарактерологічного (невротичного) розвитку особистості. Але через стигматизацію втрачається час звернення за спеціалізованою допомогою, що призводить до погіршення стану ментального здоров'я і посилення психосоматичного відображення. Слід відмітити, що стресова подія по різному впливає на кожного, на його самопочуття та психіку загалом і це залежить від ряду факторів серед яких такі-от:

✓ прогностичність події;
✓ інтенсивність;
✓ тривалість;
✓ особистісні характеристики та життєвий досвід особистості, яка сприймає ситуацію.

Отже, не всі потребують спеціалізованої допомоги, але всім потрібна певна підтримка. Підтримка і допомога повинні надаватися в залежності від актуальних потреб людини (рис. 1).

Рис. 1. Піраміда інтервенцій психосоціальної підтримки та допомоги

При несприятливих обставинах за пірамідою інтервенцій на перше місце виступає задоволення базових потреб і забезпечення безпеки (перший рівень інтервенцій) і потреба в таких складає від 75% до 100% постраждалих. Відносно психологічної складової на цьому етапі надається перша психологічна допомога і проводиться інформаційна просвіта.

На другому рівні виступає підтримка постраждалих з боку сім'ї та громади (від 60% до 70%), тут заходи проводяться на рівні громад, такими виступають: відкриті групи за інтересами, тематичні зустрічі тощо.

Третій рівень (від 30% до 40%) – цільова неспецифічна підтримка, де здійснюється психологічна допомога у вигляді індивідуальних, групових консультацій, тренінгів, корекційних груп, і на четвертому рівні проводиться спеціалізована допомога (від 10% до 20%) – спеціалізована медико-психологічна допомога, коли особи зазнали значного впливу на ментальне здоров'я від негативних факторів і для подолання наслідків потрібна комплексна медико-психологічна діагностика з подальшим відповідним курсом лікування та реабілітації.

Слід наголосити, що за умов низької обізнаності населення, слабкої організації доступу до психосоціальної підтримки і допомоги, то по факту розподіл серед потреб постраждалих зміщується навпаки, тобто – першу психологічну допомогу отримають до 20% населення, а спеціалізованої потребують більше 75%.

Задля ефективності підтримки та надання медико-психологічної допомоги доцільним виступає реалізація системи перенаправлення між службами екстреного реагування, мобільними бригадами психосоціальної допомоги, пунктами незламності, закладами

охорони здоров'я, центрами юридичної допомоги, центрами соціального захисту тощо.

Слід звернути увагу, що перенаправлення може відбуватися як послідовно між рівнями піраміди інтервенцій, так і ні, наприклад на першому рівні постраждала особа одразу може бути перенаправлена на третій чи четвертий рівень. Задля цього суттєвим є організація діяльності всіх суб'єктів надання психосоціальної підтримки та медико-психологічної допомоги в одному інформаційному полі (волонтери, співробітники служб екстреного реагування, психологи, лікарі, юристи, соціальні працівники, представники міжнародних гуманітарних організацій). Для більшої користі та зручності, як користувачів, так і надавачів допомоги, повинна бути інтерактивна карта з розміщенням локацій, що стануть потрібними у час впливу несприятливих подій.

Поряд із вище наведеним та ураховуючи довготривалі, сильної інтенсивності, несприятливі події в нашій країні, що змінюють ситуацію в громадському, соціальному житті, люди зазнають суттєвих збитків здоров'ю, а тому зростає потреба в зміні надання підтримки та медико-психологічної допомоги населенню. При цьому першим і обов'язковим виступає інформаційна підтримка щодо супроводу дітей в умовах воєнного стану. На сьогоднішній день науковими співробітниками ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» підготовлено монографію «Інформаційна безпека дитини» (авт. Панченко, 2016), навчально-методичний посібник «Підтримка дитини в умовах емоційного напруження» (авт. Кабанцева, Корнєєва, 2018), планується вихід навчального посібника «Буквар інформаційної безпеки» та навчально-методичного посібника «Ментальне здоров'я дітей та підлітків: фактори ризику та дії зцілення».

Попередження розвитку стигматизації починається з формування інформаційно-психологічної культури серед дітей і їх батьків. Підготовлений навчальний посібник «Буквар інформаційної безпеки» представлено тематичними термінами, цікавими фактами, просвітницькою інформацією з питань інформаційної культури та комп'ютерної грамотності. При укладанні ураховано особливості індивідуального розвитку дитини, диференційний підхід до освітніх потреб, принцип наступності й цілісності системи освіти. Результатом взаємодії з Букварем стане примноження знань та практичних навичок створення безпечного інформаційного середовища і зміцнення ментального здоров'я усіх учасників освітнього процесу. Також, під час виконання науково-дослідних робіт науковим колективом ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» розроблено ряд інформаційно-психологічних рекомендацій, пам'яток для дітей, підлітків і дорослих під час війни, зокрема: «Пам'ятка для батьків у час небезпеки», «Поради батькам малечі у стані психологічної напруги», «Що потрібно знати дорослому, щоб захистити дитину у неспокійний час», «7 важливих кроків допомоги дитині при гострому стресі», практичні рекомендації «Як зберегти власне психічне здоров'я і психологічну рівновагу під час небезпеки», «Через 4 стихії до рівноваги і гармонії», «Самодопомога в ситуації гострого стресу», «Пам'ятка як протистояти впливу дезінформації і зберегти психічне здоров'я в умовах гібридної війни», «Психологічна самодопомога та допомога в умовах війни».

Науково-технічний прогрес і сучасні зміни вимагають іншого формату надання допомоги з проблем психічного здоров'я. Яскравим прикладом дестигматизації є діяльність державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України». Профіль закладу психоневрологічний, а основними принципами роботи Центру є:

– відкритість та доступність – відсутність закритих відділень та грат на вікнах;

– індивідуальний підхід – кожний пацієнт проходить діагностику, лікування та реабілітацію за власним індивідуальним планом;

– етапність – покрокове надання допомоги в залежності від необхідності та потреби пацієнта;

– пильність та піклування – турбота про кожного пацієнта від першого його звернення в реєстратуру і до завершення повного циклу відновлення свого здоров'я;

– створення комфортних умов для працівників і відвідувачів Центру.

Із початком бойових дій на сході України, з травня 2014 року співробітники Центру проводили моніторинг емоційних станів, виявлення актуальних проблем психічного і соматичного ґенезу мешканців регіону Донецької та Луганської областей, а з квітня 2022 року проведення моніторингу додалось в Івано-Франківській, Вінницькій, Київській областях. Усього за цей час обстежено 5 661 дорослий та 2 151 дитина. За результатами діагностики і за потреби планувалася подальша робота з особами, які зазнали збитку ментальному здоров'ю.

Технологічність психологічної та психіатричної допомоги дорослим, полягає у проведенні 5 етапів, серед яких: ІТ-експрес-діагностика, первинна діагностика, поглиблена діагностика, психокорекція та психотерапія, психологічна реабілітація.

В свою чергу, технологічність психологічної та психіатричної допомоги дітям та підліткам також включає 5 етапів серед яких: первинна діагностика, диференційна психологічна діагностика, redirect (переорієнтування), системно-діяльнисний або комплексний, підсумково-рекомендаційний, реабілітаційний / рекреаційно-профілактичний.

Особливості відновлення здоров'я дітей і підлітків полягають у взаємодії батьків, психологів, педагогів і лікарів. А також налагодження взаємозв'язку між закладом освіти та охорони здоров'я за технологією «Системне коло».

Ураховуючи клінічний досвід Центру надання медико-психологічної допомоги та у рамках виконання НДР «Теоретико-методологічні засади державного регулювання медико-психологічної реабілітації та абілітації» (термін виконання 2020-2022 рр., номер держреєстрації – 0120U100628) розроблено Проєкт програми створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги. Стратегічною метою Програми стало: розробка цілеспрямованої мережі забезпечення та удосконалення заходів надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги задля підвищення якості життя та задоволення базисних потреб людини. У Програмі висвітлено ряд цілей серед яких: розширення та удосконалення медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги населенню; підвищення ефективності заходів, спрямованих на поліпшення якості та ефективності надання допомоги; відновлення та зміцнення психічного здоров'я і психологічного благополуччя, створення комфортних умов та широка доступність до медико-психологічної допомоги; формування психологічної культури та стабілізації соціально-психологічного клімату в суспільстві; забезпечення захисту прав на охорону здоров'я, зниження інвалідизації та підвищення якості життя населення України.

У Програмі обґрунтовано шляхи і засоби реалізації Програми, що полягають у формуванні єдиної мережі надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної й абілітаційної допомоги, представлені основи організації й завдання, наведені засади та підґрунтя Програми, описані система функціонування Мережі і модель окремого Центру, що складається з консультативного, діагностичного, лікувального, медико-психологічного, реабілітаційного й абілітаційного блоків. У змісті Програми представлено технологію об'єктивізації стану людини та цикл відновлювального процесу, особливості формування індивідуальної програми реабілітації, визначені орієнтовні групи пацієнтів та окреслена потреба у фахівцях реабілітаційної команди, обґрунтовано необхідність в маршрутизації пацієнта під час проходження комплексної реабілітації. Очікуваними результатами виконання Програми стали:

• створення технології медико-психологічної клінічної реабілітаційної й абілітаційної допомоги, а саме: проведення психодіагностичних обстежень, надання психокорекційної, психопрофілактичної допомоги особам із зміненою внаслідок хвороби особистістю;

• покращення забезпечення амбулаторних та стаціонарних підрозділів медичних центрів сучасною високотехнологічною медичною апаратурою, обладнанням та інструментарієм, що необхідне для здійснення об'єктивної оцінки стану соматичного і психічного здоров'я пацієнтів та проведення клінічної реабілітації й абілітації; удосконалення системи діагностики, лікування і реабілітації;

• ефективне надання комплексної медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги враховуючи сучасний світовий досвід аналогічних медичних центрів;

• зменшення соціального навантаження на суспільство з питань надання медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги хворим з важкими захворюваннями, особливо які мають статус інвалідів та дітей-інвалідів;

• забезпечення кожного рівним доступом до високоякісної клінічної реабілітаційної медико-психологічної допомоги та абілітації за стандартами незалежно від місця проживання та соціального статусу;

• створення умов для проведення наукових досліджень та науково-технічних розробок у галузі медичної, психологічної, клінічної реабілітаційної допомоги, виконання роботи за державними цільовими програмами й державним замовленням, розробки нормативних актів щодо реабілітації хворих;

• впровадження та постійна підтримка функціонування телекомунікаційних мереж, медичної інформаційної системи для забезпечення автоматизації основних процесів медичних центрів: реєстрація пацієнтів, ведення медичних форм, інтеграція з медичним обладнанням, формування аналітичної та статистичної звітності та інші функції, що будуть відповідати сучасним вимогам до подібних систем та підтримувати можливість обміну інформацією з іншими системами;

• концентрація кадрових та матеріальних ресурсів, створення методично-організаційних та навчальних центрів підготовки кадрів з питань клінічної реабілітації й абілітації, функціонального та психологічного стану людини;

• створення нових робочих місць в системі охорони здоров'я, посилення економічного зростання країни, підвищення соціальної стійкості, громадської безпеки.

У Програмі передбачено координацію та контроль за виконанням, а саме оцінка стану виконання Програми проводиться Міністерством охорони здоров'я України у співпраці з Національною академією медичних наук України, науково-дослідними установами, іншими органами державної влади, органами місцевого самоврядування, інститутами громадянського суспільства. За результатами щорічної оцінки ефективності виконання Програми, у разі потреби, може здійснюватися перегляд її завдань та заходів.

Висновки та перспективи.

1. Несприятливі події сьогодення все більше актуалізують потребу у зміні формату щодо забезпечення спеціалізованою допомогою. Вектор змін повинен бути спрямований на повну ліквідацію тоталітарної психіатрії і значним збільшенням психосоціальної підтримки та надання комплексної медико-психологічної допомоги на ранніх стадіях патологічних станів.

2. Практична реалізація Програми створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги знизить стигматизацію та забезпечить надання медико-психологічної клінічної реабілітації та абілітації, що дозволить об'єктивно оцінювати стан соматичного і психічного здоров'я пацієнтів, проводити відповідне лікування, клінічну реабілітацію за рахунок безперервного ланцюга лікувального впливу як на організм, так і на особистість хворого, з використанням різноманітних реабілітаційних технологій і засобів.

УДК: 316.62:004.77]:[364.62:613.86]

Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна
Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Антонов В.Г., начальник адміністративно-інформаційного відділу,
молодший науковий співробітник наукового відділу,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ФАКТОР ПСИХОТЕХНОЛОГІЙ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ

Актуальність роботи. Психотехнології – одне з найскладніших, багатовимірних та дискусійних понять у дослідженнях вчених та практиків останніх десятиліть. У різних наукових площинах – соціальній, політичній, психологічній, інформаційній вони розглядаються по-різному. Прикладні аспекти психотехнологій знаходять застосування у різних галузях людської діяльності: політиці, бізнесі, менеджменті. Вони взяті на озброєння оборонних відомств та спецслужб; покликані служити гуманітарним цілям збереження здоров'я, розвитку та виховання; з їх допомогою здійснюються серйозні злочини; окремі співгромадяни стають послідовниками релігійних деструктивних культів, які добровільно відмовляються від своїх грошей, майна, звичних життєвих цінностей тощо.

Мета дослідження: розкрити сутність поняття «психотехнології» у ракурсах, які стосуються якості життя в контексті сучасних інформаційних технологій.

Основні результати. Якість життя (quality of life, QOL) – це рівень розвитку та ступінь задоволення всього комплексу потреб та інтересів людей. В його структуру зазвичай включають наступні складові: якість довкілля, якість організації та управління суспільством, якість населення, якість людини [1].

Цифровізація робить свій внесок у розуміння якості життя. Можна виділити такі основні показники цифрової складової якості життя населення:

1. Забезпечення населення цифровими благами (доступ до різноманітних сервісів Інтернету, наукових знань, дистанційної освіти, електронний бізнес, банкінг тощо).

2. Цифрова якість населення (готовність населення до цифрової трансформації, користування Інтернетом тощо).

3. Якість трудового життя (електронний документообіг, використання локальних інформаційних мереж в організаціях, кількість персональних комп'ютерів на загальний штат організації та ін.

4. Якість соціальної сфери та послуг (цифровізація освіти, соціальних послуг, охорони здоров'я тощо).

5. Електронні державні послуги населенню (електронні документи, подання документів для отримання послуги дистанційно через комп'ютер чи смартфон тощо).

6. Безпека інформаційної діяльності населення (забезпечення конфіденційності та цілісності інформації, недопущення несанкціонованих дій, нейтралізація шкідливої інформації тощо).

Про підвищення якості життя у зв'язку з цифровізацією можна говорити у тому випадку, коли технології дозволяють спростити взаємодію між державою та соціальними суб'єктами (індивідами, бізнес-структурами, соціальними групами та організаціями). На це вказує поява нових можливостей підтримки та збереження здоров'я та працездатності завдяки розвитку технологій, оптимізація використання часу, підвищення продуктивності праці та якості проведення дозвілля, зростання гнучкості та оперативності надання послуг у різних сферах суспільного буття. Іншими словами, наявність якісної цифрової інфраструктури сприяє створенню сприятливих умов для розвитку соціального капіталу та потенціалу кожного індивіда (тим самим створюючи реальну можливість для якісного покращення життя людей) лише у поєднанні з активним її використанням усіма верствами населення.

Якість життя в умовах цифровізації може бути покращена або, навпаки, погіршена таким фактором, як «психотехнологія». Насамперед, слід зазначити, що це поняття носить багатовимірний характер. Для одних «психотехнологія» означає тренінгову форму навчання, для інших – нейролінгвістичне програмування чи транзактний аналіз, для третіх – розробку та випробування психотронної зброї, четверті розуміють під психотехнологією методи контролю свідомості тощо. Так чи інакше кожен із авторів переконаний, що говорить про речі якихось знайомих і зрозумілих, які не потребують особливого уточнення. Видається цікавим дослідження М.Д. Вузлова, який спробував систематизувати різні підходи до розуміння психотехнології. Автор розглядає використання цього поняття через категорії продуктивної діяльності, орієнтовної основи дій, алгоритму вирішення психологічних завдань, інтегративної моделі. На основі цього він пропонує таке визначення: «психотехнологія – це організована і продуктивна діяльність людей у різних сферах соціальної практики, орієнтована на ефективне вирішення психологічних завдань із заздалегідь визначеним соціальним ефектом, і являє собою сукупність прийомів, засобів та методів психологічного впливу, об'єднаних певним алгоритмом їх застосування» [2]. Виходячи з цього визначення психотехнологія – це предмет прикладної психології. На цьому акцентуються і вчені з Індонезії, які провели вже третю міжнародну конференцію з питань психотехнології (5-6 вересня 2018 р. http://psychology.binus.ac.id/icop). Ось що сказано в анонсі до цієї конференції: «Психотехнологія визначається як: сукупність психологічних фактів та принципів, пов'язаних із практичним застосуванням психології; застосування таких знань. Це визначення близьке до прикладної психології, тобто: застосування теорій, принципів та методів психології до практичних проблем, таких як політичні кампанії, можливості споживачів, промисловість, ергономіка, освіта, реклама, професійна орієнтація, проблеми життя або виживання, а також проблеми довкілля.

Словник визначає психотехнології як «технології високого рівня, що дозволяють діагностувати та коригувати психічний і фізичний стан людини шляхом прямого доступу в підсвідомість. Психотехнологія дозволяє визначати причини багатьох порушень у стані здоров'я людини та виробляти нелікарську корекцію; прискорювати, інтенсифікувати та посилювати міцність засвоєння інформації у процесі професійного навчання; вирішувати завдання професійного відбору, профорієнтації; проводити постійну поточну профілактику стресів та перевтоми; проводити психогігієнічні та профілактичні заходи та оцінювати їх ефективність» [3].

Впровадження психотехнологій у повсякденну практику прискорилося завдяки принципово новим інструментальним засоби дослідження, аналізу та корекції неусвідомлюваних психічних процесів – комп'ютерних психотехнологій. Вони дозволили вченим як зав'язати опосередкований діалог з підсвідомістю людини, так і розробити методи взаємодії із нею.

Одним із перших творців комп'ютерних психотехнологій був І.В. Смирнов. Він є основоположником нового наукового напряму – психоекологія [4]. Смирнов вважав, що вивчати вплив навколишнього середовища на психіку людини дуже важливо, оскільки життя – це інформаційний процес. Інформація оточує нас із першого подиху. Наш розвиток відбувається через навчання – тобто через передачу інформації. Ми щосекунди отримуємо інформацію, засвоюємо її, переробляємо, передаємо, обмінюємося. І з цього погляду людина – також інформаційна система. На думку Смирнова, сьогодні людство має доступ до інструментального виміру та контролю психічних функцій, а значить і до посилення, придушення, розвитку чи ослаблення власного духу. Оскільки більшість контролю не підлягає волі свідомості, то може бути здійснена без згоди людини. Тому обов'язковою умовою використання цих технологій є дотримання правових та етичних норм.

Основні напрямки досліджень психоекології – психозондування та психокорекція. Перше дозволяє виявити, – чи не приховує що-небудь людина, чи немає в неї небезпечних для суспільства або його здоров'я схильностей. Технологія побудована таким чином, що людина може і не підозрювати про дослідження, що проводиться над нею, і підсвідомість людини відповідає на питання чесно, тому що не вміє брехати. Друге дозволяє керувати станом і поведінкою людини. До методів психокорекції відносять акустичні композиції, що містять несвідомі, але ефективні навіювання для людини, яка страждає на хронічну втому, стреси або безсоння. За допомогою психокорекції мозок сам починає справлятися з проблемами організму.

Використання методів психокорекції на основі сучасних інформаційних технологій відкриває нові перспективи у медичній, педагогічній та соціальній практиці. Остання видається вкрай важливою з точки зору використання в екстремальних соціальних ситуаціях, наприклад, для ліквідації масової паніки після бойових дій, актів терору, природних катастроф та стихійних лих.

Зазначимо, що сучасний підхід до вивчення психотехнологій не обмежується лише сферою прикладної психології. На думку Вільяма Аммермана, психотехнологія – це міждисциплінарна область на стику комп'ютерних наук, прикладної психології та теорії комунікацій. Дослідник виділяє чотири компоненти психотехнології: персоналізація інформації, наука переконання, машинне навчання та обробка природної мови.

Персоналізація інформації. Всесвітня павутина змінила засоби масової інформації, дозволивши виробникам контенту персоналізувати свої повідомлення для людей на основі даних про те, що нам подобається, куди ми ходимо та кого ми знаємо. Технології цифрової реклами (AdTech) вперше застосували персоналізацію для вирішення завдання надання вузькоспрямованої реклами певним сегментам аудиторії на основі їхньої поведінки в Інтернеті. Маркетингові технології (MarTech) розширили підхід до доставки персональних повідомлень аудиторії як онлайн, так і офлайн на основі інформації, зібраної з онлайнових та офлайнових джерел. Наприклад, нативна реклама (native advertising – природна реклама) імітує зовнішній вигляд онлайн-контенту новин, доставляє індивідуалізовані повідомлення цільової аудиторії за допомогою адаптованих заголовків, зображень і контенту. Вона не просуває продукт безпосередньо, не порушує досвід користувача і доставляється так, щоб не заважати поведінці користувача в конкретному випадку. Соціальні мережі надають людям унікальний контент на основі їхніх інтересів та асоціацій.

Наука переконання. Медіа-алгоритми «догоджують» нам, доносячи те, що хочемо почути. «Лайк» у соціальних мережах викликає невеликий викид дофаміну, який викликає задоволення у нашому мозку і робить нас залежними від наших каналів у соціальних мережах. Розробники відеоігор використовують подібні тригери, щоб заохочувати нас і підтримувати залежність від ігор. Дослідники перетворили вивчення способів переконань на науку, продемонструвавши, що можуть розвивати дружні стосунки зі своїми комп'ютерами. Чим більше людиноподібними здаються комп'ютери, тим сильніше співчуття виявляють до них люди. У міру того, як комп'ютери набувають більше людських якостей, таких як мова, вони стають переконливішими.

Машинне навчання. Сучасні алгоритми не просто прогнозують – вони наказують та покращують. Досягнення у галузі штучного інтелекту, включаючи навчання з учителем, навчання без учителя та навчання з підкріпленням, гарантують покращення тактики маркетологів та рекламодавців для доставки переконливих та персоналізованих повідомлень. У буквальному значенні комп'ютери навчаються переконувати нас, використовуючи персональну інформацію.

Обробка природної мови. З появою цифрових помічників (Siri від Apple, Google Assistant, Cortana та ін.), люди почали взаємодіяти з комп'ютерами через голосовий інтерфейс користувача (VUI). Штучний інтелект використовує обробку природної мови (NLP) для отримання ознак з людської мови, інтерпретації цих ознак як слів, підготовки відповідей та складання мови для людей. Люди почали спілкуватися із машинами.

Говорячи про перспективи психотехнології, У. Аммерман, стверджує, що наслідки вражають – вони одночасно і приголомшливі, і жахливі. Психотехнології знаходять застосування у ЗМІ, маркетингу, фінансах, освіті та навіть у мистецтві. Щодо охорони здоров'я, психотехнології обіцяють допомогти нам подолати такі проблеми, як, наприклад, залежність, переконавши нас прийняти здоровіший спосіб життя. Досліджуючи психотехнологію, люди можуть навчитися застосовувати її конструктивно у своєму житті, розділяючи її можливості та небезпеки.

Висновки. Підвищення якості життя в умовах цифровізації забезпечується новими технологіями, що дозволяють спростити взаємодію між державою та соціальними суб'єктами (індивідами, бізнес-структурами, соціальними групами та організаціями), появою нових можливостей підтримки та збереження здоров'я, оптимізацією використання часу, підвищенням продуктивності праці та якості проведення дозвілля, зростанням гнучкості та оперативності надання послуг у різних сферах суспільного буття.

Психотехнології, удосконалюючись і набуваючи нових меж в умовах цифровізації, можуть сприяти поліпшенню якості життя населення за наявності доброї волі розробників та відповідальних за їх застосування, конструктивного втілення у життя самою людиною.

Список використаних джерел:

1. Макроэкономика. 2016. URL: https://bstudy.net/702732/ekonomika/kachestvo_uroven_zhizni_naseleniya_indeks_chelovecheskogo_razvitiya.

2. Н.Д. Узлов. Психотехнология: к проблеме определения понятия. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2011. Выпуск 1 (5). С. 32-42.

3. Психотехнологии. URL: https://didacts.ru/termin/psihotehnologii.html.

4. Смирнов И.В. Пихоэкология. М.: ООО «Издательский Дом «Холодильное дело» при техническом содействии ООО «Спецмонтажстрой – СТ». 2003. 336 с.

5. William Ammerman. The Invisible Brand: Marketing in the Age of Automation, Big Data, and Machine Learning. N.-Y.: McGraw Hill. 2019. 320 p. URL: https://wammerman.com/psychotechnology/.

УДК: 616.833.37-001+615.82

Коваленко М.В., студентка 1 курсу
спеціальність Фізична терапія, ерготерапія
другого (магістерського) рівня вищої освіти,
Науковий керівник – Радченко А.В.,
кандидат педагогічних наук, доцент,
Навчально-науковий інститут фізичного
виховання і спорту Луганського національного
університету імені Тараса Шевченка,
м. Лубни, Полтавська область, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ НЕВРОПАТІЄЮ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВА ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Актуальність роботи. З 24 лютого 2022 року з початком широкомасштабного наступу російської федерації на Україну внаслідок активних бойових дій значно зросла кількість мінно-вибухових травм. Серед них і травми верхніх кінцівок, що своєю чергою часто стають причинами ураження периферичних нервів. Значну частку серед них займають невропатії променевого нерва верхніх кінцівок. За даними дослідників 38% із них займають моно-невропатії різної етіології [2]. Пацієнти скаржаться на слабкість у кінцівці, обмеженість або відсутність будь-яких рухів, оніміння, болі тощо. В розвинених країнах світу, як і в Україні, відсоток неврологічних захворювань зростає. Захворювання периферичної нервової системи постійно знаходяться на порядку денному [2].

Реабілітація на сьогодні є одним з важливих і соціально значущих напрямків сучасної медицини. Аналіз останніх публікацій по проблематиці надання допомоги особам з обмеженими можливостями життєдіяльності, свідчить, що значно назріли питання необхідності удосконалення підходів, методів і технік фізичної терапії, оцінки їх ефективності [2].

Мета – розглянути сучасний досвід реабілітації та особливості фізичної терапії військовослужбовців при посттравматичній невропатії променевого нерва з урахуванням супутніх захворювань та травм.

Основні результати. За анатомічною будовою більшість периферичних нервів проходять через сформовані кісткові канали або тунелі, а також ділянки, утворені кістками, м'язами, сухожиллями, фасціями. Порушення функції променевого нерва часто призводить до грубих порушень функції кисті та в 63,2% випадків до невропатій [3].

Визначення оптимальних термінів хірургічних втручань, проведення операцій ортопедичного характеру, вибір способів відновлення дефектів нервів, доцільність дистракції, мобілізації, транспозиції, натягнення є в фокусі уваги дослідників протягом останніх десятиліть.

На сьогодні дослідниками обґрунтовані та описані різноманітні способи хірургічного лікування пошкоджених нервових стовбурів: зшивання нерва епіпериневральним, епіневральним, периневральним швами; за способом ізоляції нерва – власними тканинами, пуповиною, фібриновою плівкою; різні трансплантати пластики дефекту нерва – власні та консервовані, заморожені, опромінені, васкуляризовані та інше [3].

Доведено, що відновлення рухів і чутливості після зшивання нерва відбувається через волокна, що зростаються, шляхом випадкового «пошуку» своїх старих шляхів в дистальному відрізку нерва [3]. Коли хірург поєднує не окремі пучки або пучкові групи, а поперечні зрізи нерва в цілому, тобто при традиційному епіневральному і мікрохірургічному епіневральному шві, процес випадкового «пошуку» не порушується. Під час використання міжпучкового шва процес випадкового «пошуку» волокнами, що зростаються, відбувається повільніше і важче.

Сучасна модель фізичної терапії передбачає обов'язкове врахування оцінки ступеня порушення рухових функцій людини, що дозволяє вибрати оптимальний вид і спосіб терапії в кожному конкретному випадку. В процесі фізичної терапії використовується проблемно орієнтований підхід. Аналізуючи пораненого, травмованого військовослужбовця, ми бачимо перед собою цілий ряд проблем, і завдання полягає в послідовній оцінці їх важливості та невідкладності.

Розглянемо європейський досвід відновлення втрачених функцій після перенесених травм і захворювань. Так, у Великобританії в реабілітаційному процесі спираються на біопсихосоціальний, цілісний або холістичний підхід, що характеризується комбінуванням індивідуального і групового лікування, поєднанням роботи по відновленню когнітивних функцій і психотерапевтичного впливу. До основних компонентів цього підходу відносяться терапевтичне середовище, загальне розуміння цілей і тісний контакт в міждисциплінарній бригаді, цілеспрямовані заходи, значимі для самого пацієнта, вивчення компенсаторних стратегій і перенавчання практичним навичкам, робота з сім'ями та опікунами [2].

З появою великої кількості поранених та травмованих військовослужбовців в умовах воєнного часу в Україні проблема своєчасності та якості здійснення комплексної терапії стала актуальною. З початком широкомасштабних бойових дій медична допомога військовослужбовцям надається в єдиному медичному просторі до якого увійшли, як військові, так і цивільні заклади охорони здоров'я.

Реабілітацію потрібно пристосовувати до постійно мінливої структури хвороби, а також враховувати технічний прогрес і зміни соціальних структур (гнучкість), керованість, з урахуванням показань і протипоказань, що змінюються в процесі відновлення.

Запорукою ефективної терапії військовослужбовців є дотримання мультидисциплінарного принципу. Необхідна наявність мультидисциплінарних бригад, фахівці які функціонують не окремо, а як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій, забезпечуючи тим самим цілеспрямований підхід до проведення реабілітаційних заходів є важливою при реалізації даного принципу. Реабілітація повинна проводитися групою фахівців: лікарі, ерготерапевт, психолог, соціальний робітник, фізичний терапевт, медичні сестри. До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди включають пацієнта, членів його сім'ї або осіб, які доглядають за пацієнтом, соціальну підтримку (підрозділ), громадські організації.

Членам мультидисциплінарних бригад необхідно розробити всебічний індивідуальний план реабілітації в якому врахувати тяжкість захворювання, потреби й завдання пацієнта. Після щотижневої оцінки стану пацієнта, обговорення прогресу і проблем в його стані, корекції реабілітаційної мети і застосовуваних реабілітаційних заходів цей план повинен уточнюватись [4].

Як при консервативному, так і при оперативному лікуванні невропатій променевого нерва у відновленні пацієнтів велику роль відіграє лікувальна фізична культура. За її основу беруть певний комплекс фізичних вправ.

При фізичній терапії військовослужбовців з посттравматичною невропатією променевого нерва верхніх кінцівок використовують комплекси фізичних вправ.

Покладіть руку на поверхню столу чи будь-яку іншу поверхню (передпліччя при цьому – під прямим кутом до столу), зігніть руку в ліктьовому суглобі перпендикулярно до лінії тулуба. Виконуйте рухи пальцями. Намагайтеся великий палець повільно опускати та одночасно спробуйте підняти вказівний. Зробіть 10 повторень.

Після цього спробуйте середній палець підіймати, а вказівний опускати. Зробіть 10 повторень.

Згинайте і розгинайте основні фаланги пальців пошкодженої руки здоровою рукою, після – здоровою рукою стисніть в кулак пальці хворої руки та випряміть їх. Зробіть 10 повторень.

При наявності відповідних умов доцільно використовувати під час фізичних вправ силу спротиву води. Коли пацієнт виконує рухи хворою рукою у воді, йому доводиться

докладати зусилля для подолання спротиву води і тим самим розвивати пошкоджену кінцівку. Для реабілітації пацієнтів застосовуються лікувальні комплекси вправ у воді.

При фізичній терапії променевого нерва доцільно використовувати й лікувальний масаж, який може мати загальну та локальну дію. При загальному масажі масується більша частина тіла, але з акцентом на уражені зони. При цьому тривалість перших сеансів повинна бути 20-25 хвилин, поступово збільшуючись. Процедура проводиться щоденно, чи через день, в залежності від перебігу терапії.

Сприяє лікувальній дії на окремі частини тіла локальний масаж. Тривалість процедури до пів години, в залежності від того, яку частину тіла масажують. Під час масажу застосовуються різні рухи та прийоми [4]. Основні з них: прогладжування, розминання, вібрація, розтирання. Допоміжні: потряхування, штрихування, поплескування, рублення, накочення та інші. Допоміжні прийоми використовуються для посилення чи послаблення основних прийомів масажу. Масаж починається з прогладжування, потім – легке розтирання, вібрації, розминання та ударних прийомів, закінчується прогладжуванням. Лікувальний масаж може знизити чи підвищити загальну нервову збудженість пацієнта, покращити трофіку тканин, привести в дію майже втрачені рефлекси, функціонування провідних шляхів, діяльність багатьох внутрішніх органів та посилити рефлекторні зв'язки м'язів [4].

Ефективність фізичної терапії у функціонально-тренувальному періоді оцінюється індивідуально при різних ушкодженнях за результатами функціональних проб. Санаторний етап терапії при вогнепальних травматичних ушкодженнях кінцівок проводиться в санаторіях Міністерства оборони України або в спеціально організованих реабілітаційних центрах. На цей етап направляються військовослужбовці, які після лікування підлягають тривалій терапії з використанням спеціальних методів. Диспансерний нагляд за військовослужбовцями, які перенесли травматичне ушкодження кінцівок, на амбулаторно-поліклінічному етапі проводиться з виконання заходів з підтримки працездатності, попередження вторинних і пізніх ускладнень, підвищення неспецифічного імунітету, поступового включення у військово-професійну діяльність [1; 4].

Механотерапія застосовується переважно на початковому відновлювальному періоді у вигляді блокових та маятникових апаратів. Механотерапія сприяє попередженню чи усуненню розвитку контрактур, відновленню сили, функцій і витривалості м'язів, покращення місцевої трофіки тканин і гемодинаміки. Використовуються сеанси градієнтної, дозованої, послідовної компресійної терапії та ортезотерапія. Серед новітніх методів значний позитивний результат у відновленні хворих з невропатією променевого нерва принесло використання новітніх роботизованих систем фізичної терапії для відновлення рухів кисті та пальців: апарат для пасивної розробки пальців кисті Кінетес-R, роботизований апарат ARTROMOT-F, роботизовані реабілітаційні комплекси Amadeo та ReoGo™.

Реабілітаційні заходи закінчуються коли хворому надано всебічну допомогу в досягненні максимальної фізичної повноцінності та здатності до військово – професійної діяльності [4].

Отже, можна зробити висновок, що при невропатії променевого нерва призначається відновне консервативне лікування з метою відновлення сили м'язів плеча, об'єму рухів в суміжних суглобах, контроль болю та набряку.

Таким чином, реабілітаційний процес спрямований на повернення спроможностей військовослужбовця до самостійного функціонування, відновлення його фізичних та психічних якостей, при цьому військовослужбовець розглядається як активний учасник цього процесу.

Висновки та перспективи. З досвіду функціонування системи реабілітації в умовах воєнного стану в Україні, можна зробити висновок, що мультидисциплінарний підхід при терапії військовослужбовців з невропатією променевого нерва є найбільш ефективним в зниженні вираженості електроміографічних і клінічних порушень.

Метою фізичної терапії військовослужбовців з посттравматичною невропатією променевого нерва верхніх кінцівок є відновлення об'єму рухів в суміжних суглобах, сили

м’язів плеча, контроль набряку та болю.

Основні принципи та цілі терапії: швидкий початок реабілітаційних заходів, безперервність терапії, що доповнює лікувальні заходи, в тому числі оперативні втручання; попередження стійких дисфункцій організму; безперервність терапії до функціонального відновлення; комплексний характер реабілітаційних заходів під керівництвом травматолога-ортопеда; індивідуалізація реабілітаційної програми в залежності від специфіки пораненого і патологічного процесу; застосування терапії в колективі поранених для прискорення відновлення функцій; повернення реабілітанта до виконання суспільно корисної праці, відновлення бойової здатності [4].

Мінно-вибухові травми, які мають множинний характер травмування, оперативні втручання, іммобілізації, спонукали до обов’язкового індивідуального мультидисциплінарного підходу, щодо планування терапевтичних заходів, вибору методики та програми. Адже саме мультидисциплінарний підхід дає змогу значно підвищити ефективність фізичної терапії посттравматичної невропатії променевого нерва.

Такі порушення периферичної нервової системи, як невропатія променевого нерва лікуються комплексно з використанням хірургічного та консервативного лікування. До них відносять засоби фізичної терапії, які мають важливе значення та діють цілеспрямовано на різноманітні прояви патологічного процесу. Основними засобами є: лікувальна фізична культура, масаж, механотерапія, тейпування, ортезування, ерготерапія, ідеомоторне навантаження, дзеркальна терапія, фізіотерапія. До перспективного напрямку в реабілітації належить застосування роботизованих комплексів та систем фізичної терапії для відновлення рухів кисті та пальців.

Список використаних джерел:

1. Абрамова В.В., Смирнова О.Л. Фізична реабілітація, спортивна медицина. – Д.: Журфонд, 2014. 456 с.

2. Бісмак О.В., «Периферичні невропатії верхньої кінцівки як медико-соціальна проблема», Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Випуск 7 (115) 19. 2019. С. 12-16.

3. Погорєлов О.В., Школьник В.М., Бараненко О.М. та ін. Гострі та невідкладні стани в неврології: навч. посібник / Київ : Медкнига, 2017. 139 с.

4. Мухін В.Н. Фізична реабілітація. 2-ге вид., перероб. та допрац. Київ : Олімпійська література, 2010. 438 с.

УДК: 316.454.7

Кочубейник О.М., доктор психологічних наук,
головний науковий співробітник
лабораторії психології політико-правових відносин
Інститут соціально та політичної психології НАПН України
м. Київ, Україна

ПОСТВІЙНА: НАРИСИ ДО СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Актуальність проблеми. Війна в Україні порушила порядок функціонування усіх сфер суспільства і проблематизувала в силу численних причин можливість швидкого відновлення діяльності різних соціальних інститутів та систем. Це стосується також і системи охорони здоров'я, при чому тут проблематизація, на наш погляд, є подвійною. По-перше, медичні заклади – від пунктів первинної медико-санітарної допомоги до лікарень і реабілітаційних центрів і – під час війни працюють «поза межею» своїх можливостей, що переводить їхній персонал в зону ризику професійного вигоряння. Варто враховувати, що значна кількість медичних закладів різного призначення повністю зруйновані, а деякі із них перебували (або досі перебувають) у зоні тимчасової окупації, що фактично означає повне їхнє пограбування. По-друге, під час війни пріоритет надається фізично пораненим, однак рівень психологічного стресу населення є надзвичайно високим. Мало того, слід очікувати, що закінчення війни не означатиме зникнення цього високого рівня, адже кількість психотравмованих людей зростатиме через інші форми психологічної травми, пов'язані з війною. Водночас Україна поки що не має розгалуженої та розвиненої системи психотерапевтичної допомоги, яка спроможна працювати із таким масштабом травматизації населення.

Досвід інших країн, що переживали період поствоєнної реабілітації [3], показує, що доцільно зосередити таку роботу на конкретних групах населення, що мають високий ризик розвитку воєнних та післявоєнних стресових розладів. До таких груп належать: 1) особи, що у засобах збереження свого фізичного та психологічного здоров'я переважно залежать від оточення (діти, підлітки, люди з інвалідністю, люди похилого віку тощо); 2) політравмовані особи або особи, які зазнали дуже інтенсивних стресів (в'язні таборів, сім'ї зниклих безвісти або загиблих); 3) військовослужбовці, які зазнали тривалого бойового стресу; 4) особи з інтенсивним реагуванням на психотравму внаслідок преморбідного психічного розладу, психіатричні хворі, особи з хронічними соматичними захворюваннями; 5) переміщені особи та біженці, які ще перебувають у місцях тимчасового розміщення, а також ті, що повертаються додому; 6) особи з вторинною травматизацією, тобто перенесеною травмою (сім'ї постраждалих військовополонених).

Мета роботи полягає в окресленні шляхів побудови цілісної системи психотерапевтичної допомоги населенню.

Основні результати. Головним чинником, що призводить до екстремального навантаження на систему охорони здоров'я є масштабність травматизації населення. Адже під час цієї війни мільйони людей були змушені залишити свої домівки як біженці чи переміщені особи та шукати тимчасовий або тривалий притулок за кордоном чи західних (певною мірою безпечніших) регіонах країни. Точний показник навести тут складно через його динамічність, проте йдеться саме про мільйони: так, лише за кордоном, за різними даними, перебуває від 9 до 12 млн українців. Потреба цих людей у психолого-психіатричній допомозі та соціальній підтримці є величезною. Її надання слід організовувати за кількома «лінійками»-напрямами, серед яких: надання психолого-психіатричної допомоги військовослужбовцям та окремо – військовополоненим, психологічна допомога пораненим у хірургічних відділеннях та реабілітаційних центрах, надання психологічної та психіатричної допомоги переселенцям,

охорона психічного здоров'я дітей, захист і допомога психіатричним хворим, профілактика неадекватних психологічних реакцій і розладів населення загалом.

Іншими словами, сьогодні слід водночас вирішувати два різноспрямованих завдання: з одного боку, програми мають бути надзвичайно варіативними відповідно до конкретних проблем, з іншого – повинна існувати система «переходів» між різноманітними ланками мережі допомоги, оскільки можна очікувати, що «політравма війни» буде проявляти себе різними проблемами. І очевидним є те, що не існує унікальної моделі в профілактиці та лікуванні психотравмованих осіб, а метод, обраний для лікування, часто залежить від освіти терапевта. (Це стає досить виразним у випадку із ПТСР: психологи/психотерапевти рекомендують первинні психотерапевтичні методи лікування ПТСР та його наслідків, тоді як фахівці із медичною освітою частіше рекомендують психофармакологічне лікування). Тривалість програм допомоги залежатиме від дотравматичних, травматичних і посттравматичних факторів, вираженості клінічних проявів та інших факторів, що також означає високий ступінь варіативності цих програм.

Мережа психосоціальної допомоги повинна враховувати також той досвід інших країн [2], який вказує, що під час війни найпоширенішими причинами психіатричного лікування біженців та переміщених осіб є самогубства, тривала ризикована поведінка, психофізична декомпенсація, зловживання алкоголем та серйозні загострення психічних розладів, які існували до війни. Крім того, воєнний період є періодом диференціації серед біженців та переселенців на тих, у кого виникли психічні розлади, і тих, хто більш-менш успішно адаптувався до нового середовища. Однак завершення війни означатиме не лише можливість повернутися до своїх домівок, але й зіткнення з новими труднощами, що порушуватимуть стан крихкої рівноваги психічного здоров'я та психологічного благополуччя. Окремою формою травми є переживання в сім'ях, де рідні люди зникли безвісти, тобто сім'ї пережили відкладений траур.

І тому «політравма війни» стає специфічною зоною психосоціальної допомоги, оскільки політравмованим людям потрібно більше часу для інтеграції свого травматичного досвіду [4].

Важливою ланкою у цій системі виявлятимуться міждисциплінарні команди «на місцях», які спроможні виконувати різноманітні функції, включаючи консультації місцевого населення, роботу із «групами самодопомоги» для вимушених переселенців, підготовку та розповсюдження матеріалів, що містять корисну інформацію та інструкції і, зрозуміло, надавати власне психотерапевтичну допомогу.

Створення комплексної мережі програм психосоціальної допомоги, крім того, дозволить вирішити проблеми «на місцях», зокрема, такі як неефективне витрачання коштів, нерівномірний розподіл психосоціальних програм у різних регіонах країни, дублювання проєктів тощо. Отже, головна ідея полягає у тому, щоб впровадити поступове застосування програм психологічної та соціальної допомоги людям, які постраждали від війни, відповідно до типу травми, інтенсивності реакцій та життєвих обставин. І ці програми повинні включати соціальну допомогу та підтримку, психологічне консультування, спеціальні види навчання, психотерапевтичне та психіатричне лікування, госпіталізацію у разі необхідності [1; 2].

Важливо взяти до уваги ще один параметр, пов'язаний з особливостями довоєнної організації життя країни, котрий зберігся під час війни й збережеться, очевидно у перші поствоєнні роки: нерівномірна доступність різного роду програм в різних за масштабом населених пунктах. Ефективність комплексної мережі психосоціальної допомоги буде високою лише тоді, коли її програми будуть реалізовуватися у місцях проживання її користувачів, тобто працювати не з «окремою особою, що постраждала», а буде можливість охоплювати сім'ю, місце роботи, школу, дитячий садок та всі важливі для людини установи. Така мережа потребує безперервної роботи в громаді, що має починатися якомога раніше, і потребує, отже, комплексного підходу та командної роботи освічених фахівців та координації на місцевому та національному рівнях.

Ця комплексність, окрім іншого, означає, що програми передбачатимуть профілактичні програми психічного здоров'я (тобто програми, котрі уможливлять стабілізацію базових життєвих та емоційних потреб населення), неспецифічну психологічну допомогу, серед якої насамперед слід увиразнити різні форми діяльності у громаді, де терапевтичний ефект досягається за рахунок відчуття спільності, з'єднаності, роботу психосоціальних бригад психологічної допомоги, що здійснюватимуть спеціалізовану психологічну допомогу та консультування, нарешті, психіатричну допомогу окремим особам (у разі потреби психіатрична допомога в стаціонарі). І, зрозуміло, така складна комплексна мережа означає координацію роботи та її оперативне планування на національному рівні.

Висновки. Комплексна мережа психосоціальної допомоги повинна надавати різні типи програм, такі як стаціонарна програма, денний стаціонар та різні типи амбулаторних програм. Приміром, амбулаторні програми доцільно зосереджувати на конкретних травматичних переживаннях, таких як бойова травма, ув'язнення або втрата члена сім'ї. Програма денного стаціонару може бути орієнтована переважно на групову та індивідуальну психотерапію, а стаціонарна програма включатиме додаткове фармакотерапевтичне, соціотерапевтичне та психотерапевтичне лікування. Крім того, комплексна мережа психосоціальної допомоги повинна складатися із таких форм роботи як психоедукація, психотерапія, соціотерапія та психофармакологічне лікування. Метою психоедукації є інформування пацієнта про його розлад та особливості його лікування (тобто про інші ланки цієї мережі: психофармакологічну, соціальну та психотерапевтичну). Можливо, у межах психоедукації буде корисним також висвітлення таких тем, як сенс життя, окремі екзистенційні питання, розуміння емоцій, таких як лють, злість, страх, провина, роль трауру у переживанні втрати, пошук значущих та емоційно важливих стосунків. Групова психотерапія, або групова психотерапія в поєднанні з індивідуальною психотерапією, є найпоширенішим методом лікування психотравмованої людини. Групова психотерапія може бути використана для досягнення різних терапевтичних цілей і може бути зосереджена на почутті ізоляції, почутті сорому, провини та самозвинувачення, які часто присутні у багатьох жертв війни. Соціотерапія – як різновид терапії – орієнтована на середовище й спрямована на підвищення здатності пацієнта функціонувати у звичному оточенні, мати значущі стосунки з людьми (сім'я, професійне середовище, коло друзів. Соціотерапія також може включати музикотерапію, бібліотерапію, трудотерапію, рекреаційну терапію тощо. Психофармакологічне лікування може поєднуватися зі складними аномаліями в різних біологічних системах. Автори погоджуються з часто суперечливими результатами щодо покращення фармакологічної терапії ПТСР, а фармакотерапія часто розцінюється як паліативна, оскільки рідко є достатньою для забезпечення повної ремісії ПТСР. Саме тому мова повинна йти про комплексну систему психосоціальної допомоги населенню, що координуватиметься на національному рівні.

Список використаних джерел:

1. Bernardsdóttir B., Sandahl H., Carlsson J., Mortensen E., Palic S. Psychotherapy readiness domains as predictors of psychotherapy outcome in trauma-affected refugees. *Journal of Affective Disorders*. 2022. № 12. С. 325.

2. Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic A. Masic I. The Importance of Group Psychotherapy in the Rehabilitation of War Survivors with Psychological Consequences. *Medical Archives*. 2009. № 63. С. 266-267.

3. Markeljeviæ J, Lackoviæ Z. The case of Croatian hospitals: is this the end of humanitarian rules? *Medicine and War.* 1994. № 10, С. 50-62.

4. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorders and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*. 2001. № 13. С. 95-98.

УДК: 616.314:614.3

Крижко В.В., лікар-інтерн 2 року,
КНП БМР «Дитяча стоматологічна поліклініка»
м. Біла Церква, Київська область,Україна
Науковий керівник: Салівон В.П., к.мед.н.,
завідувачка лікувально-хірургічним та
ортопедичним стоматологічним відділенням
Київської філії державного закладу
«Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»

ФОТОПРОТОКОЛ, ЯК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ЕТАП ДІАГНОСТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА

Актуальність роботи. Оскільки останнім часом зросла кількість позивів до суду на лікарів-стоматологів за ст. 140 КК України «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», лікарю потрібно максимально захистити себе та свою роботу, а також забезпечувати високу репутацію професійної галузі та якість надання допомоги кожному конкретному пацієнту. Проте лікарі повинні пам'ятати та враховувати, що у пацієнтів теж є права, згідно з Конституцією України, такі як: право на медичні профілактичні заходи, право на доступність у галузі охорони здоров'я, право на згоду на медичне втручання та право на відмову від медичного втручання, право на свободу вибору в галузі охорони здоров'я. Виходячи з цього, лікар повинен надавати свою допомогу згідно з цими правами.

Одним з методів захисту лікаря є ведення фотопротоколу на момент первинного обстеження пацієнта, потім на етапах лікування і обов'язково протоколювати остаточний результат. Даний метод має ряд переваг, основна з яких фіксація актуального стану ротової порожнини пацієнта та наявність фотоматеріалів як доказової документації. Тому, реалізація фотопротоколу, як обов'язкового етапу діагностики стоматологічного пацієнта є актуальною проблемою науки та практики щодо вибудовування ефективної технології забезпечення високоякісної стоматологічної допомоги населенню.

Мета роботи. Обґрунтувати необхідність впровадження фотопротоколу у професійну діяльність лікарів-стоматологів, як одного з основних методів діагностики патологій твердих тканин зубів, пародонту та захворювань слизової оболонки порожнини рота пацієнта.

Основні результати. На даний момент камери різних типів є основним елементом майже в кожній стоматологічній клініці, незалежно від спеціальності. Але багато років тому цього не було, був тільки рентген, який мало що давав в розумінні пацієнтом свого стоматологічного статусу.

Понад півстоліття тому стоматологи почали пошуки фотопристрою, який би дозволив пацієнтам бачити те, що бачить лікар-стоматолог. Тим не менш, навіть із розвитком традиційної плівкової фотографії фотографування зубів все було неможливим. Не було очевидного способу отримати світло від спалаху камери всередині темних умов порожнини рота.

Під час зйомки великим планом об'єктив часто знаходився в дюймах від об'єкта. Це світло, що виходить із корпусу камери, не може розсіюватися достатньо швидко, щоб пропустити достатньо світла глибоко всередину рота. Тому концепція стоматологічної фотографії стосувалася лише фотографії обличчя.

У 1952 році винахід круглого спалаху, прикріпленого до кінця об'єктива камери, дозволив точно визначити світло в роті пацієнта. Це забезпечувало повне освітлення всіх квадрантів порожнини рота. Цей винахід зробив революцію у комунікації лікаря з пацієнтом. Тепер за допомогою фотографії пацієнт може побачити те, що бачить стоматолог, і зрозуміти важливість лікування.

Наразі дентальна фотографія стала дуже популярною серед лікарів-стоматологів. Її використовують в усіх галузях стоматології для фіксації вихідної клінічної картини, фотографій на етапах лікування та після нього, в процесі динамічного спостереження, а також допомагає зробити портфоліо для лікаря.

Для отримання зображення зубів використовують звичайні фото- та відеокамери, внутрішньоротові відеокамери, цифрові фотокамери, однак тільки останні надають стоматологу оптимальну сумісність швидкості та якості знімка (рис. 1). Слід звернути увагу, що для отримання якісної картинки актуального стану стоматологічного статусу обов'язково необхідно використовувати специфічне додаткове обладнання, зокрема: ретрактори, внутрішньоротові дзеркала, контрасти та фотоспалах (рис. 2-4).

Рис. 1. Приклад цифрового фотоапарата

Рис. 2. Внутрішньоротові дзеркала

Рис. 3. Ретрактори

Рис. 4. Контрастери

Дентальний фотопротокол буває декількох типів:

– зовнішній (стоматолог фотографує посмішку, анфас та профіль пацієнта, іноді поставу);

– внутрішній (детальні фотографії окремо кожного зуба, який потребує лікування чи вже отримав таке).

Слід наголосити, що будь-який метод діагностики має певні переваги, недоліки і ризики застосування. Наведемо порівняльний аналіз зазначених категорій щодо використання стоматологічного фотопротоколу у діяльності лікаря-стоматолога (табл.).

Таблиця

Переваги та недоліки дентальної фотографії

Переваги	***Недоліки***
• Лікар та пацієнт бачать якість виконаної процедури. • Можливість розгледіти патологію тканин зуба/пародонта/зубних рядів у збільшеному форматі. • Можливість відстежувати результати лікування у динаміці. • Пацієнт краще розуміє яку роботу йому зробили та за що він здійснює оплату, що допомагає запобігти конфліктам. • Полегшення комунікації з зубним техніком. • Лікар може надати фото до суду в якості медичної документації. • Допомагає у разі консиліумів чи наукової діяльності презентувати клінічний випадок. • Полегшення спілкування зі страховими компаніями, надавання їм фотографій зробленої роботи. • Можливість відправки фото в електронному вигляді і отримати консультації колеги згідно з клінічною ситуацією дистанційно. • Фотографії в стилі «до та після лікування» можуть мотивувати пацієнта на продовження лікування та важливість профілактики. • Надає можливість лікарю регулярно переглядати свої клінічні випадки, аналізувати їх, тим самим постійно шукати що можна було б зробити краще – самовдосконалюватись.	• Необхідність купівлі досить дорогого основного та допоміжного обладнання для фото протоколу. • Необхідність додаткового навчання лікарів дентальній фотографії. • Збільшення часу прийому пацієнт. • Не кожний пацієнт надасть згоду на фотографування. • Все одно потрібно робити об’єктивний огляд пацієнта, оскільки для уточнення деяких нюансів необхідні такі обстеження, як наприклад, зондування твердих тканин зуба, вимірювання пародонтальних кишень.

Прикладом фіксування вихідної клінічної ситуації зубів 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 за допомогою фотопротоколу може бути представлено на зображенні (рис. 5).

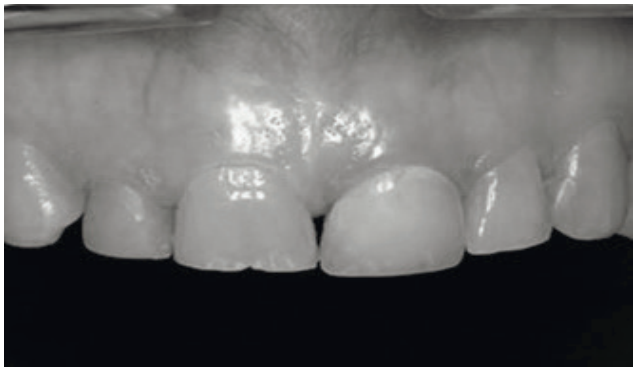


Рис. 5. Вихідна клінічна ситуація

Цей знімок зроблений з контрастером. На ньому ми чітко бачимо відкол ріжучого краю зуба 1.1, дисколорит та асиметрію зубів 1.1, 2.1, реставрацію з порушеним крайовим приляганням у зубі 2.3, наявність пігментованого нальоту на апроксимальних поверхнях всіх представлених зубів, окрім 2.1. За допомогою цього фото лікар може наглядно показати всі ці моменти пацієнту, щоб він переконався і, що дані проблеми дійсно є і їх треба вирішувати.

Висновки. Незважаючи на велику кількість переваг в сторону використання стоматологічного фотопротоколу, в даному методі є і суттєві мінуси, такі як досить висока ціна на обладнання та збільшення часу стоматологічного прийому. Проте, такі переваги як захист стоматолога з юридичного боку, запобігання конфліктів з пацієнтами, можливість якісніше діагностувати патологічний процес, що призведе до поліпшення якості лікування, все ж таки перевішують чашу ваг на сторону використання дентальної фотографії.

Список використаних джерел:

1. Кримінальний Кодекс України: ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником».

2. Р.В. Вовчок, І.Г. Красіцький, М.Є. Локота, Ю.Є. Локота, І.І. Майор, А.В. Маляр, Д.І. Чобей. Оптимальний варіант вибору фотосистеми для визначення естетичної картини в ортопедичній стоматології-Ужгородський національний університет. 2017.

3. Радлинский С. Цифровая фотография и омомиметика. Дент Арт. 2002.

4. History of dental photography, URL: https://www.favoriteplus.com/blog/history-dental-photography/.

5. Batista T., Coehlo R., Ferreira M., Chaves M. Digital photography in dentistry: Techniques and clinical importance. Accessed Octoberv 31, 2018.

6. Coachman C., Calamita MA, Sesma N . Dynamic documentation of the smile and 2D/3D digital smile design process. Int J Periodont Restor Dent. 2017; 37: 183-193.

7. Pani S. A review on clinical digital photography. Int J Appl Res. 2017; 3:10-

УДК: 614.2 + 352/354

Кузніченко С.О., доктор юридичних наук,
професор, завідувач відділом економіко-правових досліджень
Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій
м. Одеса, Україна

ВДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В РАМКАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ

Актуальність роботи. Останніми роками адміністративно-територіальна система України зазнає певних організаційно-правових змін, спрямованих на децентралізацію влади, у тому числі в її складових одиницях – об'єднаннях територіальних громад (далі – ОТГ). При цьому актуальною залишається проблема децентралізації управління в галузі охорони здоров'я в межах окремих територіальних громад, ця проблематика потребує подальшого розроблення. Постає необхідність вдосконалення основних нормативно-правових актів, що спрямовані на регулювання адміністративно-територіального реформування та реформування охорони здоров'я.

Згідно з ч. 1 ст. 2 Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад», добровільне об'єднання територіальних громад сіл, селищ, міст здійснюється з дотриманням принципів добровільності та економічної ефективності [1]. Частина 1 ст. 6 Закону України «Про засади державної регіональної політики» передбачає, що одним з напрямів державної регіональної політики стимулювання та підтримки місцевих ініціатив щодо ефективного використання внутрішнього потенціалу регіонів для створення та підтримання повноцінного життєвого середовища, підвищення якості життя людей [2].

Метою роботи є визначення основних чинників, що можуть негативно вплинути на просторове планування об'єднаних територіальних громад у частині управління галуззю охорони здоров'я. Відповідно до мети сформульовані такі завдання: виявити негативні фактори в основних нормативно-правових актах, що спрямовані на регулювання адміністративно-територіального реформування та реформування охорони здоров'я; встановити взаємозв'язки складностей створення об'єднаних територіальних громад і реформування місцевих систем охорони здоров'я.

Основні результати. В ході проведеного дослідження встановлено, що реформування проходить недостатніми темпами, процес створення ОТГ йде повільно, зумовивши гальмування створення мережі охорони здоров'я базового рівня. При цьому механізм адміністративної децентралізації передбачає перерозподіл владних повноважень і фінансових ресурсів від центральних органів державної влади до відповідних галузевих інституцій місцевої державної влади та місцевого самоврядування або до регіональних органів влади, а також регіональних чи функціональних органів влади у межах визначеної території, водночас зумовлюючи політичну відповідальність владних суб'єктів щодо здійснення планування, фінансування й управління визначених державних функцій.

Але встановлено проблему пасивної поведінки та мовчазного неприйняття моделі децентралізаційного адміністративного реформування на рівні керівників районних відділів охорони здоров'я та найбільше – на рівні сільських, селищних і міських голів. Останні, що безпосередньо залучені до процесів створення ОТГ, закладений у законі принцип добровільності часто використовують як аргумент для несхвалення відповідних рішень [3].

Отже, забезпечення функцій безпосереднього управління потребує створення спеціального виконавчого органу з повноваженнями розпорядника коштів. Такі органи, а не безпосередньо ради ОТГ, можуть розпорядитись медичними субвенціями, що відповідно до п. 3 ч. 1 ст. 89, п. 3 ч. 1 ст. 90 та ст. 103-4 Бюджетного кодексу України спрямовуються на охорону здоров'я та реалізацію заходів з оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Не органічне (штучне) поєднання населених пунктів в єдині територіальні громади є

потенційним фактором неспроможності ОТГ. Перерозподіл коштів у бік збільшення на користь мережі базового рівня та лікувальних закладів мережі третього рівня викликає реальну загрозу ліквідації мережі другого рівня в містах із понад 50 000 мешканців, що важливо для територіальних громад, які сформовані на базі цих поселень.

Спостерігається суперечність системи чинного адміністративно-територіального устрою з формуванням меж тих ОТГ, в яких об'єднуються поселення, що належать до суміжних, однак різних адміністративних районів. Отже, є загроза, що створені поспіхом госпітальні округи не будуть збігатися із майбутнім адміністративним устроєм, ускладнюючи на практиці визначення центральної районної лікарні, на базі якої створюватиметься установа інтенсивного лікування. Домінує показник негативної оцінки опитаними керівниками районних відділів охорони здоров'я процесу створення госпітальних округів до завершення створення ОТГ.

Пункт 2 Методики формування спроможних територіальних громад, що затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 214 від 08.04.2015, визначає спроможними територіальні громади (територіальні громади сіл, селищ, міст), які в результаті добровільного об'єднання (добровільного приєднання до об'єднаної територіальної громади) здатні самостійно або через відповідні органи місцевого самоврядування забезпечити належний рівень надання публічних послуг, зокрема у сфері охорони здоров'я, з урахуванням кадрових ресурсів, фінансового забезпечення та розвитку інфраструктури відповідної адміністративно-територіальної одиниці [4].

Статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [5].

Але Президія Профспілки працівників охорони здоров'я України відмічала, що фінансова та адміністративна децентралізація, яка запроваджується в Україні на виконання Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» йде в розріз з процесом реформування системи охорони здоров'я (розмежуванням медичної допомоги за видами, зокрема формування центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, центрів первинної медико-санітарної допомоги) та несе низку загроз як для трудових відносин у сфері охорони здоров'я, так і для діяльності закладів охорони здоров'я [6].

Висновки та перспективи. Таким чином можна зробити наступні висновки:

1. Створення об'єднаних територіальних громад показало:

– неефективність процедури створення з застосуванням принципу добровільності об'єднання територіальних громад і здійснення реформування галузі управління охороною здоров'я до повного завершення їх створення;

– застосування встановленого Законом України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» принципу добровільності надало можливість органам місцевого самоврядування та їхнім посадовим особам уникати об'єднання чи затримувати його, створює умови для об'єднання в неспроможні територіальні громади.

2. Потребує ухвалення Закону про засади адміністративно-територіального устрою України, яким встановлюються органи, до повноважень яких належить розгляд і розв'язання питань адміністративно-територіального устрою, порядок утворення та ліквідації адміністративно-територіальних одиниць.

3. Актуальним є прийняття Закону, спрямованого на регулювання децентралізації управління в галузі охорони здоров'я, яким визначити повноваження органів виконавчої влади та місцевого самоврядування у вказаній сфері.

Список використаних джерел:

1. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05 лют. 2015 р. № 157-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/157-19.

2. Про засади державної регіональної політики : Закон України від 05 лют. 2015 р. № 156-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/156-19/find?text=%E7%E4%EE%F0%EE%E2.

3. Шевченко М.В. Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я / М.В. Шевченко, Ю.Б. Ященко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 39-43.

4. Про затвердження Методики формування спроможних територіальних громад : постанова Кабінету Міністрів України від 08 квіт. 2015 р. № 214. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text.

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2801-12/find?text=%F3%F1%B3%F5.

6. Про вплив фінансової та адміністративної децентралізації на трудові відносини та діяльність закладів охорони здоров'я : Постанова Президія Профспілки працівників охорони здоров'я України від 23 лют. 2016 р. № ПР7-1-4. URL: http://medprof.org.ua/profspilka-pracivnikiv-okhoroni-zdorovja-ukrajini/postanovi-prezidiji/.

УДК: 32:159.9

Лазоренко Б.П., кандидат філософських наук,
провідний науковий співробітник,
лабораторії соціальної психології особистості,
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України
м. Київ, Україна
Кальницька К.О., кандидат психологічних наук,
доцент, Національний університет «Києво-Могилянська академія»,
м. Київ, Україна
Смоляр Я.Л., магістерка соцальної роботи
та соціально-психологічної допомоги населенню,
психолог-консультант, волонтер,
Психологічна кризова служба,
м. Чернігів, Україна

РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕАДАПТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ, ВОЛОНТЕРІВ ТА ВПО, ЇХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД В УМОВАХ ВІЙНИ

Актуальність роботи. В умовах війни учасники бойових дій, ветерани АТО/ООС, волонтери та мирне населення зазнає різних форм фізичних та психічних травм. Кожен із травмованих громадян, тою чи іншою мірою, потребує психосоціальної допомоги та соціально-психологічного супроводу реабілітації, відновлення та збереження свого здоров'я для активної участі у бойових діях, роботі у тилу, допомозі країні.

Мета: стисло окреслити науково-теоретичну, науково-дослідну та практичну роботу, результати набутого досвіду співпраці колективу науковців, ветеранів АТО/ООС, волонтерів, ВПО та членів їхніх сімей в умовах гібридної війни та її сучасного повномасштабного формату.

Основні результати. Методологічними та теоретичними засадами та принципами дослідження, а також надання соціально-психологічної допомоги слугували теорія особистісного життєконструювання та концепція соціально-психологічної реабілітації особистості Т.М. Титаренко, суб'єктно-вчинковий підхід В.О. Татенка, принцип парадоксальності трансформації негативних травматичних станів у позитивні на основі авторської версії парадоксальної інтенції Віктора Франкла, психотехніки парадокса Джеральда Р. Уікса, Лучіана Л'Абата, а також техніка безпеки у запобіганні ретравматизації особистості. У емпіричному дослідженні були використані наступні методики: «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції, В. Безшейко (для первинного скринінгу наявності ознак посттравматичних стресових станів) [1], Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А.Г. Маклакова і С.В. Чермянина (для визначення змін у показниках порушень адаптивності учасників) [2], «Опитувальник самооцінки змін якості життя учасників Школи соціально-психологічної допомоги» К.О. Кальницької та Б.П. Лазоренка (для з'ясування суб'єктивної оцінки досягнутих результатів).

У кінці 2017 р. фахівцями ІСПП НАПН України спільно з кафедрою організації соціально-психологічної допомоги населенню Чернігівського НТУ була організована «Школа соціально-психологічної допомоги». Серед основних завдань, які ставились перед школою, було: зменшення напруги стресових та посттравматичних станів; поліпшення адаптивності щодо своїх особистих та соціальних умов життя; а також покращення якості життя. Зокрема, акцент у психосоціальній роботі робився на засвоєнні учасниками навичок саморегуляції, навичок надання первинної психологічної допомоги близьким та рідним, набуття ефективних комунікативних практик вирішення своїх життєвих завдань.

Одним із важливих завдань було також проведення теоретичних та емпіричних досліджень отриманих результатів. Заняття школи проводилися на добровільній основі та волонтерських засадах, безоплатно на базі ЧНТУ. Всього було проведено дванадцять занять,

кожне з яких тривалістю три навчальні години, одне заняття на тиждень протягом чотирьох місяців з грудня 2017 р. по березень 2018 р. включно. При цьому в процесі навчання поєднувалися індивідуальна та групова роботи, виконання домашніх завдань із засвоєння навичок саморегуляції психоемоційних станів, участь у групових волонтерських заняттях у період між тижневими сесіями. Основними етапами реалізації зазначених засад і принципів у процесі навчання учасників школи виокремлено реінтеграцію особистості на основі застосування принципу парадоксальності трансформації травматичних станів у ресурс особистісного зростання та соціально-психологічний супровід реадаптації особистості щодо забезпечення сталого позитивного зв'язку особистості із її родинним та соціальним оточенням.

Однією з важливих особливостей проведення школи було емпіричне дослідження досягнутих результатів учасників ШСПД з числа ветеранів, волонтерів та ВПО. Загальна їх кількість склала 29 осіб, віком від 21 до 66 років, з них 15 жінок і 14 чоловіків. Серед них 11 ветеранів АТО і 18 волонтерів, у тому числі ВПО та члени родин учасників АТО. Тестування досліджуваних проводилося на початку навчання у Школі та після його завершення. Згідно з результатами емпіричного дослідження виявлено ефективність теоретичних підходів, реінтеграційних та реабілітаційних технологій відновлення ветеранів АТО й волонтерів [3, 4, 5], а також їхніх сімей у процесі навчання у Школі соціально-психологічної допомоги. Емпірично підтверджено зменшення ознак посттравматичних стресових станів та порушень адаптивності. Учасники школи набули умінь та навичок трансформації негативних станів у особистісний досвід, опанували засоби надання та отримання первинної психологічної допомоги. Згідно з самооцінкою членів подружжя, суттєво покращилась якість їхнього сімейно-родинного життя та взаємодія із зовнішнім соціальним оточенням [6]. Також покращилася якість життя ВПО [7]. За результатами аналізу отриманих даних з'ясувалося наступне. Стосовно ветеранів АТО основними запитами були: стабілізація психологічного стану та самодопомога. У результаті участі у заняттях школи у них зменшились прояви ознак посттравматичних станів та знизились показники порушень адаптивності. За їх оцінками покращився рівень якості життя: психологічний стан «покращився помірно»; «Навчився контролювати себе, перестав бути замкнутим у собі»; «Перестав бути категоричним»; ставлення до батьків, дружини «покращилось помірно/значно»; «Почав розуміти, що необхідно навести порядок у собі»; «Відчув моральну допомогу дружини»; «Почав більше цінувати сім'ю». Певна частина ветеранів АТО зазначили, що зможуть користуватися набутими навичками самодопомоги та допомагати своїм близьким.

Позитивні зміни у своїх психологічних станах та якості життя зазначили також волонтери. Серед їх запитів були: «вийти з депресії, підвищити кваліфікацію, навчитись більш якісно допомагати бійцям, а також стабілізувати свій психологічний стан». У результаті проходження навчання у волонтерів також зменшились прояви ознак посттравматичних станів та знизились показники порушень адаптивності. У цілому у них відбулись наступні зміни у якості життя: «Покращився фізичний і психологічний стан», «Стала спокійнішою, більш врівноваженою», «Адекватніше реагую, скоріше відновлююсь». Волонтери зазначили, що після завершення занять вони зможуть користуватись набутими навичками самодопомоги, допомагати рідним і близьким та тим, хто цього потребує. Для підвищення ефективності роботи школи були залучені важливі для фізичного та психологічного відновлення її учасників соціальні ресурси. Зокрема створена інформаційна група обміну досвідом та підтримки у соціальній мережі Facebook «Разом ми сильніші», учасники активно долучались до танцювальних занять у школі танців «Viva La Vida» О. Буренок. Також відбулась продуктивна зустріч із Київським плейбек-театром життєвих історій «Déjà vu plus» під керівництвом В.В. Савінова.

Після закінчення навчання у викладачів Школи виникла потреба у забезпеченні подальшого соціально-психологічного супроводу випускників. В результаті теоретичних досліджень було розроблено теоретичну модель такого супроводу [8], з'ясовано роль громади у його забезпечені [9]. Також було впроваджено відповідну консультативну

підтримку та супровід її учасників щодо поглиблення і вдосконалення набутих навичок за допомогою сучасних інформаційних інтернет-технологій (фейсбук, вайбер тощо); проведення систематичних зустрічей для зворотного зв'язку, корекції та дослідження отриманих результатів; підготовка виступів на наукових конференціях, творчих майстернях із поширення набутого досвіду. В результаті такої співпраці певна частина волонтерів продовжила навчання у Чернігівському НТУ на кафедрі організації соціально-психологічної допомоги населенню, здобула вищу освіту, а деякі ступінь магістру соціальної роботи за освітньою програмою соціально-психологічна допомога населенню. Такий взаємозв'язок існує і в умовах продовження теперішньої повномасштабної фази війни.

В процесі зазначеної діяльності повстало завдання поширення набутого досвіду щодо навчання курсантів психологів психотехнологіям опанування стресових та посттравматичних стресових станів, яке було вирішено спільно із фахівцями кафедри військової психології та політології Військового інституту КНУ ім. Тараса Шевченка [10, 11]. Також отриманий досвід показав свою ефективність і викликав певну зацікавленість у його застосуванні в такій важливій соціальній сфері, як вдосконалення практичних навичок психологів установ виконання покарань та слідчого ізолятора ДКВС України у стосунку реабілітації та ресоціалізації учасників бойових дій та ветеранів, які потрапили в місця позбавлення волі [12]. Наразі методика парадоксальної інтенції набула подальшого розвитку [13].

Висновки та перспективи. Важливим є належне узагальнення набутого вітчизняного досвіду у сфері надання психосоціальної допомоги постраждалим від воєнних дій. Перспективним – подальше вдосконалення діагностичного інструментарію та психосоціальних технологій корекції стресових та посттравматичних стресових станів стосовно особливостей потенційних користувачів та клієнтів, навчальних технологій передачі отриманого досвіду.

Список використаних джерел:

1. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. – Психосоматична медицина та загальна практика. Т № 1 № 1 (2016). URL. Режим доступу: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8.

2. Маклаков А.Г., Чермянин С.В. Многоуровневый личностный опросник Адаптивность (МЛО-АМ) – Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред. и сост. Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. С. 549.

3. Лазоренко Б.П. Соціально-психологічна реабілітація та реадаптація волонтерів: емпірична оцінка ефективності технології парадоксу //Наук. студ. із соц. та політ. психол.: Зб. статей / АПН України, Ін-т соц. та політ. психол.: Редкол.: С.Д. Максименко, М.М. Слюсаревський та ін. К.: Міленіум. 2018. С. 148-159.

4. Кальницька К.О., Лазоренко Б.П., Смоляр Я.Л., Василенко В.В. Досвід «Школи соціально-психологічної допомоги» у реабілітації ветеранів АТО та волонтерів. Робота з травмами війни: мат-ли 1-ої наук.-практич. конф. Київ 28-31. 03. 2018р. [за наук. ред. Л.А. Найдьоновох, В.О. Вознесенської, В.В. Савінова]. – К. : Вид-во ФОП Назаренко Т.В., 2018. С. 55-59.

5. Лазоренко Б.П., Кальницька К.О. Соціально-психологічний супровід реадаптації учасників АТО (ООС) та волонтерів до мирного життя. Матеріали доповідей учасників ІІ Всеукраїнського конгресу із соціальної психології. «Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи». К. 2019. С. 205-207. DOI: 10.33120/UCSPProceedings-2019.

6. Borys Lazorenko Kateryna Kalnytska,. Readaptation of ATO Veterans and their Wives: Experience of Psychosocial Assistance School. Mental Health Global Challenges XXI Century MHGC Proceeding. Var. 2, 2018, P. 59-60. Rome, 2018. Retrieved: https://www.mhgc21.org/uploads/MHGC-Proceedings-2018.pdf http://doi.org/10.32437/MHGCProceedings.Iss.

7. Лазоренко Б.П. Технології реабілітації та реадаптації вимушено переміщених осіб: досвід Чернігівської школи соціально-психологічної допомоги / Б.П. Лазоренко // Наукові

студії із соціальної та політичної психології. – 2019. – Вип. 43. С. 82-94. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsspp_2019_43_11.

8. Лазоренко Б.П., Кальницька К.О. Теоретична модель соціально-психологічного супроводу реадаптації ветеранів Антитерористичної операції / Операції об'єднаних сил в умовах гібридних війни та миру. Наукові студії із соціальної та політичної психології : Н12 зб. статей / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології ; [редакційна рада: М.М. Слюсаревський (голова), В.Г. Кремень, С.Д. Максименко, Т.М. Титаренко]. – Київ : Талком, 2019. – Вип. 44 (47) С. 26-36.

9. Кальницька К.О., Лазоренко Б.П. Громада як ресурс психологічної реабілітації та соціального супроводу членів сімей загиблих учасників АТО. (Mental Health Global Challenges XXI Century. International Public-Scientific Initiative «Community: Health. Human Potential. Socio-Economic Innovations» 29-31 May 2019 Ukraine, Kyiv, DOI: 10.33120/ UCSPProceedings-2019. ІСПП НАПН Індексовано у CROSSREF URL: https://mhgc21.org/en/mhgc21/events/2019may/Hromada-yak-resurs-psykholohichnoyi-reabilitatsiyi-ta-sotsialnoho-suprovodu-chleniv-simei-zahyblykh-uchasnykiv-ATO.

10. Лазоренко Б., Дубровинський Г. Підготовка військового психолога до використання технологій оптимізації психологічного стану особового складу щодо виконання завдань в особливих умовах. Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (Київ, 31 жовтня 2019 р.) / Міністерство оборони України . Національний у-т оборони України ім. І.Черняховського. – К.: НУОУ, 2019. С. 161-164.

11. Лазоренко Б.П. Навчально-методичний супровід опанування курсантами-психологами стресових станів засобами само- та взаємодопомоги. Наукові студії із соціальної та політичної психології : Н 12 зб. статей / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології ; [редакційна рада: М.М. Слюсаревський (голова), В.Г. Кремень, С.Д. Максименко, Т.М. Титаренко]. – Київ : Талком, 46 (49). 2020. С. 159-167. DOI: https://doi.org /10.33120/ ssj.vi 46(49).165.

12. Лазоренко Б.П. Рудницька І.М. Розділ 7. Окремі аспекти психологічної роботи з засудженими ветеранами війни. – Книга психолога установи виконання покарань та слідчого ізолятора ДКВС України – частина 2 / за заг. ред. О.В. Висоцької – Київ: ТОВ «Видавничий дім «АртЕк», 2022. С. 183-202.

13. Лазоренко Б.П. Парадоксальна інтенція: європейський та український досвід опанування посттравматичних стресових станів в умовах російсько-української війни. ВИКЛИКИ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ КРАЇН ЄС: ПЕРСПЕКТИВИ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО ДОСВІДУ [збірник тез методологічного семінару лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України]. Відп. ред. В.Л. Зливков; укладачі С.О. Лукомська, О.В. Котух. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2022. С. 37-40. Режим доступу: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/732124.

УДК: 159.98:616-051:616.0-009.17

Лефтеров В.О., доктор психологічних наук,
професор, перший проректор
Міжнародного гуманітарного університету
м. Одеса, Україна

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРЕНІНГІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

Актуальність роботи. Професія лікаря займає одне з перших місць за ризиком виникнення синдрому емоційного вигоряння. Численні емпіричні дослідження підтверджують типовість емоційного виснаження лікарів, що призводить до порушень у сфері спілкування та саморегуляції, здатне спричинити негативні особистісні зміни [1-6]. Так, І.П. Назаренко встановив, що альтруїстичний, практичний та естетичний типи емоційної спрямованості характеризуються низьким рівнем формування симптомів емоційного вигоряння. При цьому гедоністичний тип емоційної спрямованості (пов'язаної із задоволенням потреби у тілесному та душевному комфорті) підвищує ризик емоційного вигоряння, зокрема лікарів – психіатрів [3].

Л.Л. Лотоцька-Голуб у своєму дослідженні визначила природу, зміст та основні фактори соціально-психологічних механізмів, що лежать в основі емоційного вигорання лікарів та істотно впливають на продуктивність їх професійної діяльності. Явище резистентності до емоційного вигорання, на думку Л.Л. Лотоцької-Голуб, варто розглядати на трьох рівнях: на рівні особистісних та соціальних ресурсів; на рівні прояву специфічних поведінкових та когнітивних стратегій; на рівні індивідуальних стилів поведінки (індивідуальних копінг-стратегій) [4].

Т.А. Вежновець та В.Д. Парій обґрунтували, що профілактика синдрому емоційного вигоряння у медичних працівників має здійснюватися з урахуванням особливостей психотравмуючих факторів залежно від типу трудової мотивації [5].

Особливо актуалізується проблема профілактики емоційного вигоряння лікарів в умовах сучасних екстремальних викликів, пов'язаних із пандемією на COVID-19 та воєнним станом в Україні. Для мінімізації синдрому емоційного (професійного) вигоряння лікарів сьогодні пропонуються, крім створення адекватних умов роботи та відпочинку лікарів, підвищення їх соціального статусу, різні психокорекційні та психотерапевтичні методи. В той самий час недостатньо вивчені можливості профілактики та корекції емоційного вигоряння лікарів за допомогою комплексу навчальних симуляційних та психологічних тренінгів.

Сучасна система підготовки лікарів впроваджує симуляційні методи, які забезпечують не лише високий практичний рівень клінічної підготовки майбутніх та діючих лікарів, але, що не менш важливо – запуск-актуалізацію психологічних механізмів формування у них необхідних професійних та особистісних компетенцій. Загалом, симуляційні методи – як різновид імітаційних, моделюючих тренінгових технологій у навчанні, насправді історично не такі вже й нові, вони здавна використовуються у військовій справі, а також при підготовці найрізноманітніших фахівців операторів, водіїв, льотчиків, рятувальників тощо. Серед спеціальних засобів для медичної симуляції в навчанні лікарів виділяють: манекени, фантоми, муляжі, тренажери, симулятори та ін. Сьогодні симуляційні методи в медицині широко поширені в усьому світі [7; 8].

В Україні за останні десятиліття активно впроваджуються нові імітаційні технології у медичній освіті. Систематичне повторення ідентичних симулятивних ситуацій із подальшим дебрифінгом дозволяє закріпити отриманий комунікативний досвід як усвідомлену навичку [9].

Методи медичної симуляції зазвичай реалізуються у формі симуляційних тренінгів. Наголошуємо саме на групових тренінгах, що означає організовані особливим чином навчальні та тренувальні процедури. Тренінг виступає своєрідним інформаційно-предметним середовищем, заповненим тренінговими подіями, різноманітними симуляційними сценаріями, іграми, дебрифінгами тощо для цілеспрямованого професійно-психологічного тренування спеціаліста [9]. Без навчального тренінгового контексту симуляційні засоби є лише дорогими іграшками. Слід зазначити, що у медичній симуляції успішно застосовуються й індивідуальні симуляційні програми, але групові завжди ефективніше, як з економічної точки зору, так і з погляду якості навчання.

Мета. Вивчення можливостей симуляційних та психотренінгових методів у психокорекції та профілактиці синдрому емоційного вигоряння лікарів, а також формування їх психологічної компетентності.

Основні результати. Нами було проведено емпіричне психологічне дослідження, у якому взяли участь три групи лікарів сімейної медицини та педіатрії, у загальній кількості 44 особи, які проходять підвищення кваліфікації у формі симуляційного навчання тривалістю від 5 до 10 днів.

Дослідження включало три експериментальні етапи. На першому етапі з досліджуваними лікарями проводився констатуючий експеримент – «вхідне» анкетування та психодіагностичне тестування.

На другому етапі відбувався формуючий експеримент шляхом участі досліджуваних у симуляційних навчальних програмах і спеціально розробленому психологічному тренінгу «Свічка». У процесі симуляційних тренінгів здійснювалось моделювання різних клінічних ситуацій, зокрема із застосуванням методу «Стандартизований пацієнт». Для цього використовувалися роботизовані манекени-симулятори середнього та високого рівня реалістичності. Обов'язковим було здійснення відеозворотного зв'язку, що дозволяло проводити дебрифінги та психологічні консультації для детального розбору та аналізу помилок. Тренінг «Свічка» включав комплекс вправ та психотехнік для закріплення результатів симуляційного навчання, а також психокорекції та профілактики емоційного вигоряння. Серед методик тренінгу особливе місце займали вправи, спрямовані на розвиток емоційної та ціннісно-смислової сфери особистості лікаря, аналіз переживань своїх функціональних станів, а також рефлексію сенсу життя у минулому, сьогоденні та майбутньому.

Загалом, тренінг ми визначаємо, як інтегровану, універсальну систему цілеспрямованого психологічного тренування та розвитку людини відповідно до потреб та цілей її особистості та професійної діяльності. Філософським кредо тренінгу можна вважати слова: «Істину не можна визубрити, істину треба вистраждати». Саме тому професійно проведені тренінги у кілька разів перевищують навчальну ефективність традиційних, академічних форм навчання [9].

На третьому етапі дослідження проводилося «вихідне» анкетування досліджуваних одразу після закінчення навчання, а також повторне психодіагностичне тестування через два місяці після симуляційних та психологічних тренінгів.

Як методи психодіагностики використовувалася методика «Діагностика професійного вигоряння» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н.Є. Водоп'янової), яка дозволяє виявити як загальний показник професійного емоційного вигоряння, так і дає можливість проаналізувати результати за трьома складовими емоційного вигоряння: емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистих досягнень. Ми використовували варіант тесту для медичних працівників (лікарів). Для оцінки ступеня виразності того чи іншого психоемоційного стану досліджуваних застосовувалася «Методика самооцінки функціонального стану САН: самопочуття, активність та настрій» (В.А. Доскін та ін.).

Для виявлення достовірних взаємозв'язків та відмінностей порівнюваних показників застосовувалися методи математичної статистики (коефіцієнт кореляції Пірсона та t-критерій Стьюдента), що дозволило підвищити обґрунтованість висновків дослідження.

Математико-статистична обробка даних проводилася з використанням пакета прикладних програм SPSS 23.0.

В результаті проведеного нами «вхідного» та «вихідного» анкетування учасників симуляційних та психологічних тренінгів встановлено, що зміст програми симуляційного навчання значною мірою відповідав їхнім професійним потребам та особистим цілям. 81,8% анкетованих респондентів максимально оцінили рівень актуальності та інформативності проведених симуляційних тренінгів, 90,9% досліджуваних відзначили високий рівень практичності щодо своєї медичної діяльності. Показовою є емоційна оцінка, особливо психологічної частини тренінгового навчання. Так, 95,5% лікарів відмітили, комфортну обстановку та психологічну підтримку під час тренінгів, що сприяло успішному навчанню та набуттю як професійних навичок, так і умінь емоційного регулювання, стресостійкості та кращої адаптованості.

У ході констатуючого експерименту (до тренінгу) у лікарів було виявлено підвищені показники професійного вигоряння за шкалами «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація». Причому було встановлено прямий кореляційний зв'язок цих шкал зі шкалами методики опитувальника САН «самопочуття» ($r = 0,452$; $p = 0,003$) та «настрій» ($r = 0,305$; $p = 0,046$). Це свідчить про те, що у лікарів виявлено стани емоційної спустошеності, прояви пригніченості та апатії, а також пересичення від роботи, яка стала більш запеклою для них. У багатьох лікарів відзначається байдужість, черствість та зниження емоційної теплоти у відносинах з колегами та пацієнтами, що констатує наявність у них ознак професійної деформації. Все це відбувається на тлі зниженого настрою та самопочуття (відзначається ослабленість, втома, млявість, похмурість, песимістичність, розчарованість, невдоволення тощо).

Повторне психодіагностичне тестування через два місяці після симуляційних та психологічних тренінгів виявило зниження рівня професійного вигоряння лікарів практично за всіма шкалами. Порівняльний статистичний аналіз за t-критерієм Стьюдента показав, що значущі зменшення синдрому емоційного вигоряння зафіксовані за шкалами «Емоційне виснаження» ($t = -3,229$; $p = 0,003$) та «деперсоналізація» ($t = -2,44$; $p = 0,021$). Крім цього, через два місяці після тренінгів у лікарів значно зменшився «Загальний показник професійного емоційного вигоряння» ($t = -2,16$; $p = 0,043$).

Результати дослідження за «Опитувальником САН: самопочуття, активність та настрій» свідчать про те, що до тренінгів рівень емоційних станів у лікарів «нижчий за середній» за шкалами «Настрій» та «Самопочуття». Причому, на наявність втоми та виснаженості лікарів показує різне співвідношення всіх показників опитувальника САН, оскільки у людини, яка відпочила, без симптомів емоційного вигоряння оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно рівні.

Діагностика після тренінгів за опитувальником САН виявила, що у лікарів спостерігається тенденція зниження несприятливих станів, у ряді випадків відзначається значне зростання сприятливих станів та приблизно однакове співвідношення всіх показників. Так, значуще зростання зафіксовано за шкалами «Самопочуття» ($t = 2,101$; $p = 0,047$) і «Настрій» ($t = 2,198$; $p = 0,04$), що свідчить про достовірне поліпшення самопочуття, підвищення задоволеності, оптимізму та життєрадісності лікарів у результаті їх участі в симуляційних та психологічних тренінгах. Враховуючи встановлену кореляцію даних шкал методики САН зі шкалами «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація» методики «Діагностика професійного вигоряння», можна стверджувати, що в результаті участі лікарів у тренінгах відбувається психокорекція та профілактика симптомів емоційного вигоряння. Вони стають менш піддаванні емоційній спустошеності, втомі, апатії, більш відкриті та небайдужі, виявляють зацікавленість до колег і оточуючих людей, у них покращується загальний емоційний фон, самопочуття та настрій.

Висновки та перспективи. Таким чином, навчання лікарів методами симуляційної медицини, що проходить у комплексі з психологічними тренінгами, сприяє не тільки професіоналізації лікарів, а й профілактиці у них синдрому емоційного вигоряння. Тому в

системі симуляційного навчання рекомендується проведення різнопланових психологічних тренінгів та інших процедур психологічного супроводу та консалтингу, спрямованих як на корекцію дезадаптивних форм поведінки, так і на розвиток у лікарів навичок стресостійкості, саморегуляції, комунікативних умінь, клінічного, креативного мислення професійно значущих психологічних аспектів і, загалом формування їх психологічної компетентності.

Список використаних джерел:

1. Amoafo, E., Hanbali, N., Patel, A., Singh, P. What are the significant factors associated with burnout in doctors?, Occupational Medicine. 2015 March 2; (65): 117-121 Available from: https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144.

2. Shirom, A., Nirel, N., Vinokur, A.D. Work hours and caseload as predictors of physician burnout: the mediating effects by perceived workload and by autonomy. Appl Psychol. 2010; (59): 539-565.

3. Назаренко І.П. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери. Новости медицины и фармации» психиатрия [Інтернет]; 2011; (383) Доступно на: http://www.mifua.com/archive/article/20574.

4. Лотоцька-Голуб Л.Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук: 19.00.07 Київ. 2016. 258 с.

5. Вежновець Т.А., Парій В.Д. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту. Україна. Здоров'я нації; 2016; (1-2): 41-47. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_1-2_11.

6. Rosen, M.A., Hunt, E.A., Pronovost, P.J., et al.In situ simulation in continuing education for the health care professions: a systematic review. J Contin Educ Health Prof. 2012; 32 (4): 243-254.

7. Simulation Based Medical Education in Clinical Skills Laboratory. Akaike, Masashi, Miki Fukutomi, Masami Nagamune et al. The Journal of Medical Investigation. 2012; 59 (1-2): 28-35.

8. Артьоменко В.В., Семченко, О.С. Єгоренко Д.А. та ін. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід. Одеський медичний журнал. 2015; (6): 67-74.

9. Лефтеров В.О. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. Психологія і суспільство. 2012; (2): 91-107.

УДК: 615.851

Луньов В.Є., кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної і медичної психології
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Середа С.В., аспірант
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
м. Київ, Україна

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕЛЕПСИХОЛОГІЇ НА ЗАСАДАХ МЕТАКОГНІТИВНОГО ПІДХОДУ

Актуальність роботи. Віртуалізація соціальної та професійної взаємодії виступає новою реалістичною рамкою надання психологічних послуг в цілому світі [8]. Слід зауважити, що вимушене соціальне дистанціювання, спричинене карантинними обмеженнями в період пандемії COVID-19 та в умовах воєнного часу в Україні вимагає переосмислення усталених моделей взаємодії на рівні «психолог-клієнт» та зв'язку між соціальним дистанціюванням, психічним здоров'ям і соціальним благополуччям індивіда [6]. Надання психологічних послуг в Україні останніми роками набуло концепту телепсихологічного втручання та підтримки, що згідно з сучасними дослідженнями може зменшити тягар супутніх психічних захворювань і забезпечити благополуччя популяції.

Зокрема такий формат віртуальної взаємодії може забезпечити персоналізовану домашню терапію з інтерактивним спілкуванням між пацієнтами та клініцистами [2], ефективність навчання фахівців [3], зокрема в умовах пандемії COVID-19 [12] та воєнного часу [9].

Зазвичай, найпоширенішою формою доступу до психологічних послуг є безпосередня офлайн комунікація. В дослідженнях Sora, Nieto, Montesano, Armayones [11] виявлено, що особи, які поєднують психотерапію віч-на-віч з онлайн-психотерапією, сприймають останнє як більш ефективну та з меншими бар'єрами для доступу.

Водночас психологи стикаються з новими практичними проблемами, які вимагають адаптації їхньої клінічної практики та використання послуг телепсихології. Як відомо з сучасних протоколів, доступ до телепсихологічних послуг має супроводжуватися рекомендаціями щодо етичних питань і прозорою телепсихологічною інформацією про конфіденційність і безпеку [10]. Разом з тим сучасні дослідження зосереджуються навколо питань методології надання психологічних послуг, та власне компетенції самих психологів.

Мета. Визначити методологічні, організаційно-психологічні та технологічні особливості телепсихології на засадах метакогнітивного підходу.

Основні результати. Аналіз провідних досліджень обґрунтовує необхідність врахування метакогнітивного, нейродинамічного та, зокрема, нейрокогнітивного підходів до аналізу особистістю інформаційного навантаження, з огляду на його поведінкову, психосемантичну, стилістичну, дискурсивну, етичну складові. Відповідно необхідно врахувати евристичний потенціал метакогнітивного підходу до сучасних моделей теле- та онлайн-психології.

Що стосується телепсихології, нам відомо лише про кілька досліджень. У німецькій вибірці Eichenberg et al [4] засвідчили, що більшість німців віддають перевагу традиційній моделі психотерапії та консультування, хоча готовність використовувати технологічні доповнення до терапії збільшується, якщо пропонована програма має розповсюдження. Профіль пацієнтів, які повідомили про готовність використовувати телепсихологію, представлено в наступний спосіб: чоловіки, молоді люди, неодружені, з вищою освітою і доходом понад 2 500 євро на місяць. Нарешті, результати також показали значний зв'язок між використанням терапії за допомогою медіа та використанням різних джерел для отримання інформації про здоров'я [5]. Дослідження показали кращу прийнятність телепсихології серед молодих жінок з вищою освітою, а також серед тих, хто відчуває більше бар'єрів для

доступу до спеціалізованої психологічної допомоги [7]. Також виявлено, що користувачі віддають перевагу керованим втручанням або відеоконференціям, ніж некерованим веб-пакетам, що застосовуються самостійно [1]. Тим не менш, існує лише кілька досліджень, які виявляють взаємозв'язок між моделями використання, прийнятністю та ефективністю втручань електронної охорони здоров'я, а також із серйозними методологічними недоліками (малі та неоднорідні вибірки, описові результати, дефіцит психометричних показників) і, отже, точкою зору та уподобаннями клієнтів залишається недостатньо представленим у дослідженнях. Крім того, на жаль, в Україні бракує досліджень, які б узагальнювали профіль пацієнтів телепсихології.

Висновки та перспективи. Виявлені особливості становлення професійної компетентності психологів щодо надання телепсихологічних послуг можуть бути використані в процесі розробки програм підвищення кваліфікації. Визначені емпіричні кореляти ефективності телепсихологічних моделей психологічного консультування та психодіагностики можуть стати підставою для оцінки широкого кола програм телепсихології. Ми передбачаємо, що за результатами дослідження буде: визначено методологічні, організаційно-технологічні засади використання моделей телепсихологічної допомоги як сучасного напрямку психологічних послуг; застосовано IT-устаткування Metacognit.me у психокорекції метакогнітивної сфери особистості; встановлено специфіку застосування метакогнітивного підходу в контексті впровадження телепсихології в Україні; констатовано емпіричні кореляти ефективності телепсихологічних моделей психологічного консультування та психодіагностики; розроблено рекомендації застосування медитативної терапії адикцій.

Список використаних джерел:

1. Cejalvo Herraiz E. Manual de telesalud mental. Tecnologías digitales en la práctica clínica. Yulök Revista de Innovación Académica. 2023. Vol. 7, № 1. P. 120-121. URL: https://doi.org/10.47633/yulk.v7i1.577 (date of access: 28.01.2023).

2. Choi Y.-H., Paik N.-J. Mobile Game-based Virtual Reality Program for Upper Extremity Stroke Rehabilitation. Journal of Visualized Experiments. 2018. № 133. URL: https://doi.org/10.3791/56241 (date of access: 28.01.2023).

3. Effectiveness of Digital Education on Communication Skills Among Medical Students: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration / B.M. Kyaw et al. Journal of Medical Internet Research. 2019. Vol. 21, № 8. P. e12967. URL: https://doi.org/10.2196/12967 (date of access: 28.01.2023).

4. Eichenberg C., Wolters C., Brähler E. The Internet as a Mental Health Advisor in Germany-Results of a National Survey. PLoS ONE. 2013. Vol. 8, № 11. P. e79206. URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079206 (date of access: 28.01.2023).

5. Exploring patients' perspectives of an mHealth application: a qualitative study as part of EDGE COPD / V. Williams et al. International Journal of Integrated Care. 2013. Vol. 13, № 7. URL: https://doi.org/10.5334/ijic.1447 (date of access: 28.01.2023).

6. Maksymenko K., Kudermina O. Psychosemantic Reconstruction of Health Concepts in Patients with Somatogenia. PSYCHOLINGUISTICS. 2019. Vol. 25, № 1. P. 194-214. URL: https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-194-214 (date of access: 28.01.2023).

7. Moskalenko M.Y., Hadjistavropoulos H.D., Katapally T.R. Barriers to patient interest in internet-based cognitive behavioral therapy: Informing e-health policies through quantitative analysis. Health Policy and Technology. 2020. Vol. 9, № 2. P. 139-145. URL: https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.04.004 (date of access: 28.01.2023).

8. Psychological Peculiarities of Understanding by Students Internet Texts / S. Maksymenko et al. PSYCHOLINGUISTICS. 2020. Vol. 28, № 1. P. 187-213. URL: https://doi.org/10.31470/2309-1797-2020-28-1-187-213 (date of access: 28.01.2023).

9. Tkach B., Lunov V. The Brigade Model of Providing Comprehensive Psychological Assistance to Affected Ukrainians in the Conditions of a Full-Scale Russian Invasion. SSRN Electronic Journal. 2022. URL: https://doi.org/10.2139/ssrn.4266123 (date of access: 28.01.2023).

10. Toward establishing telepsychology guideline. Turning the challenges of COVID-19 into opportunity / M. M. J. Alqahtani et al. Ethics, Medicine and Public Health. 2021. Vol. 16. P. 100612. URL: https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100612 (date of access: 28.01.2023).

11. Usage Patterns of Telepsychology and Face-to-Face Psychotherapy: Clients' Profiles and Perceptions / B. Sora et al. Frontiers in Psychology. 2022. Vol. 13. URL: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.821671 (date of access: 28.01.2023).

12. Warrier U., Shankar A., Belal H. M. Examining the role of emotional intelligence as a moderator for virtual communication and decision making effectiveness during the COVID-19 crisis: revisiting task technology fit theory. Annals of Operations Research. 2021. URL: https://doi.org/10.1007/s10479-021-04216-8 (date of access: 28.01.2023).

УДК: 615.47

Носова Т.В., доцент, к.т.н.
кафедра біомедичної інженерії
Чечель Т.О. аспірант
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ КИСТІ

Актуальність роботи. Ураження суглобів унаслідок вродженої патології, перенесених травм і ревматоїдного артриту зрештою призводять до руйнації суглобових поверхонь і розвитку остеоартрозу, який є основною причиною інвалідності, та зумовлюють значні економічні втрати суспільства [1]. На сьогодні найефективнішим методом лікування уражень суглобів є їх ендопротезування – заміна зруйнованого суглоба на штучний аналог-імплантат [2]. Ця процедура є найбільш результативною пластичною операцією останнього століття.

Мета роботи. Провести аналіз літератури, присвяченої післятравматичному відновленню функції суглобів пальців кисті шляхом ендопротезування.

Основні результати. Нині у світі активно впроваджуються методики ендопротезування суглобів у людей різного віку з різноманітною патологією. За останній рік у США виконано понад 1 млн ендопротезувань суглобів, у Німеччині – майже 500 тис. За даними американських дослідників, кількість операцій з ендопротезування суглобів до 2030 року збільшиться майже до 4 млн [4]. В Україні на сьогодні виконується 7 500 – 8 500 операцій, за потреби 35-45 тис. ендопротезувань на рік [2, 4].

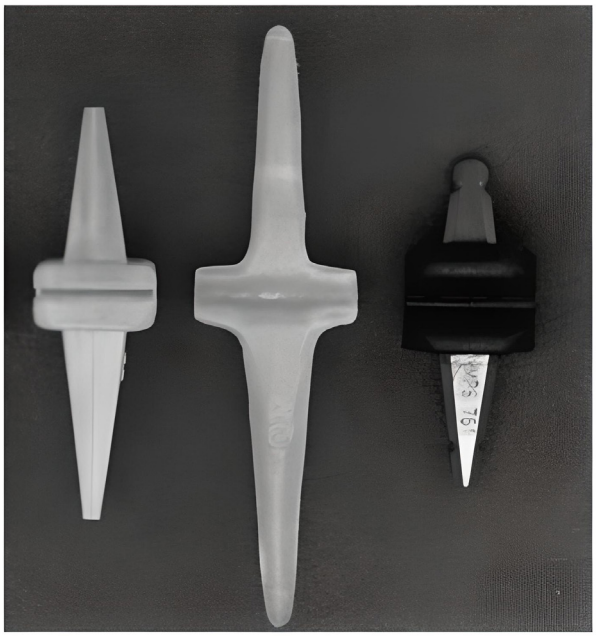
Інтенсивність розвитку ендопротезування суглобів різних локалізацій у сучасній медицині має суттєві відмінності, оскільки обсяги ендопротезування великих суглобів в останні роки прогресивно зростають. На відміну від значної кількості публікацій, присвячених імплантаціям великих суглобів, у сучасній літературі зустрічаються нечисленні роботи щодо заміщення дрібних суглобів пальців кисті [2, 3].

Лікарі, які спеціалізуються в хірургії кисті, ставляться до артропластики суглобів цієї локалізації вкрай стримано і відчувають певне розчарування з огляду на те, що їм не вдається досягти настільки ж великих успіхів, як фахівцям, які виконують артропластику великих суглобів. Високий рівень тяжких внутрішньосуглобових пошкоджень свідчить про потребу в конструкціях ендопротезів, які відновлюють рухомість пальців, усувають деформацію суглоба і покращують косметичний вигляд кисті [4].

Розробкою ендопротезів суглобів пальців кисті, визначається різновидами елементів кріплення та рухомих частин імплантату. Виходячи з особливостей конструкції ендопротезів суглобів кисті та варіантів фіксації різних моделей, фахівці об’єднують численні типи в кілька груп. Протези поділяють за їх функціональними типами: взаємодією (зв’язані, напівзв’язані, незв’язані); парами тертя (метал-метал, метал-поліетилен, керамічні, пірокарбонові, силіконові); типом фіксації (цементні, без цементні [3]).

У світі розроблено цілу низку протезів з металу та пластику для ендопротезування суглобів кисті [3]. Попри відмінності в дизайні, у більшості з них використовувався металевий компонент, що обертається усередині поліетиленового компонента. Багато з таких протезів ламаються, зношуються.

Однокомпонентні полімерні протези, розробка яких розпочалася наприкінці 1960-х. Niebauer (рис. 1а) розробили протез із ламінованого силікону та матеріалу «Dacron» (дакрон), стрижні протеза були покриті сіткою з дакрону, яка мала забезпечити фіксацію фіброзною тканиною. «Heiple» (рис. 1в) розробив попередньо зігнутий протез з титановими стрижнями, прикріпленими за допомогою спеціального клею на центральний компонент поліолефіну з тонкими петлями.



а б в

Рис. 1. Ендопротези п’ястково-фалангових та міжфалангових суглобів кисті:
а – «Niebauer» (Німеччина); б – «Swanson» (Швеція); в – «Heiple» (Німеччина)

Однак саме силіконовий імплантат, розроблений «Swanson» (рис. 1б), на десятиліття вперед став компонентом для заміни суглобів [5].

Довгострокове клінічне дослідження показує, що за середнього терміну спостереження 14 років більшість силіконових протезів розтріскувалися. Поява тріщини в імплантаті не обов’язково призводила до втрати його функціональності, оскільки інкапсуляція протеза могла завершитися [6].

Частота руйнування протезів за «Swanson» (рис. 2) при клінічних спостереженнях понад 3 роки досягала 45%.

Рис. 2. Типова картина перелому протеза ПФС за «Swanson» в зоні з’єднання дистального стрижня та суглобового елемента

Нові можливості в реабілітації хворих із післятравматичними остеоартрозами, внутрішньосуглобовими переломами та дефектами суглобів відкриваються з розвитком методу ендопротезування, використання якого дозволяє відновити втрачену функцію кисті та значно скоротити відсоток стабілізаційних втручань на суглобах пальців кисті [7]. На ринку ендопротезів сьогодні конкурують численні фірми-виробники зі США, Швейцарії, Німеччини, Великої Британії, які пропонують різні моделі та системи для ендопротезування суглобів пальців кисті. Досвід використання конструкцій показав, що від 3 до 17% ендопротезів дестабілізуються в терміни до 5 років. Одним із головних чинників, які знижують позитивні результати у віддалений післяопераційний період, є асептична нестабільність ендопротеза, що становить від 34 до 58% всіх ускладнень [8].

Усе це визначає необхідність подальшого вивчення проблеми відновлення функції після тяжких внутрішньосуглобових пошкоджень кисті [9]. Оптимізація способів реконструкції пошкоджених суглобів пальців кисті – актуальне завдання, яке потребує

додаткових досліджень у цьому напрямку. Для цього необхідно готувати кадри фахівців [10, 11] та відповідні технології дослідження [12, 13].

Висновки. Світові виробники ендопротезів для суглобів кисті практично не займаються удосконаленням їх функціональних досліджень, що обумовлено високими фінансовими витратами. Проте, такі дослідження мають високу актуальність. Для цього необхідно розглянути моделювання напружено-деформованого стану та виконати математичне моделювання роботи міжфалангового суглоба пальця кисті.

Список використаних джерел:

1. Horst P. The economics of total hip and knee arthroplasty / P. Horst, R.C. Sproul, K.J. Bozic, R.Scuderi // Techniques in Revision Hop and Knee Arthroplasty. – Philadelphia: Elsevier, 2015.– P. 2-5.

2. Біомеханічні основи протезування та ортезування: навчальний посібник / А.Д. Салєєва, В.В. Семенець, Т.В. Носова, І.М. Василенко, П.О. Баєв, С.В. Корнєєв, О.М. Литвиненко, І.В. Карпенко, І.М. Чернишова, І.В. Кабаненко. – Харків: ХНУРЕ, 2022. – 352 с. ISBN 978-966-659-374-3.

3. Салєєва А.Д., Солнцева І.Л., Бєлєвцова Л.О., Носова Т.В., Семенець В.В. Виробничі технології та матеріали: Навч. посібник / А.Д. Салєєва, І.Л. Солнцева, Л.О. Бєлєвцова, Т.В. Носова, В.В. Семенець. – Харків: ХНУРЕ, 2022. – 92 с.

4. Маметьєв А.О. Проблемні питання теорії і практики ендопротезування суглобів пальців кисті (Огляд літератури) / А.О. Маметьєв, Л.Ю. Науменко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2021. – № 2 – С. 73-79.

5. Swanson, A.B. Implant resection arthroplasty in the treatment of Kienbock's disease [Text] / A.B. Swanson // Hand Clin. – 1993 – V.9 – P. 483-491.

6. Blair, W.F. Metacarpophalangeal joint arthroplasty with a metallic hinged prosthesis [Text] / W.F. Blair, D.G. Shurr, J.A. Buckwalter // Clin Orthop. – 2004 – 184 – P. 156-163.

7. Elherik FK, Dolan S, Antrum J, Unglaub F, Howie CR, Breusch SJ. Functional and patient-reported outcomes of the Swanson metacarpo-phalangeal arthroplasty in the rheumatoid hand. Arch Orthop Trauma Surg. 2017 May; 137 (5): 725-31.

8. Tagil M, Geijer M, Malcus P, Kopylov PJ. Correlation between range of motion and implant fracture: a 5 year follow-up of 72 joints in 18 patients in a randomized study comparing Swanson and Avanta/Sutter MCP silicone prosthesis. J. Hand Surg. Eur. Vol. 2009; 34 (6): 743-7.

9. Panchenko, S., Golovakha, M., Kolosov, D., Onyshchenko, S., Zub, T., Chechel, T. Influence of the fixation point of the artificial popliteal muscle graft on the stability of the knee joint under external rotational load. Eastern-European Journal of Enterprise Technologies, 2022, 4 (7-118), P. 72-78.

10. Semenets, V., Salieieva, A., Avrunin, O., Grishchenko, V., Karpenko, I., & Solntseva, I. (2021). Experience of the organization in Ukraine of the system of training of specialists for prosthetic industry according to international standards. *New Collegium*, 1 (103), 19-28. https://doi.org/10.30837/nc.2021.1.19.

11. Інтелектуальні технології в медичній діагностиці, лікуванні та реабілітації: монографія / [С.В. Павлов, О.Г. Аврунін, С.М. Злепко, Є.В. Бодянський та ін.]; за редакцією С. Павлова, О. Авруніна. – Вінниця: ПП «ТД «Едельвейс і К», 2019. – 260 с.

12. Місоченко С.Ю., Селіванова К.Г., Аврунін О.Г. Дослідження використання вірогіднісних методів у сфері обробки біомедичних зображень. Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я: тези доповідей XXX міжнародної науково-практичної конференції MicroCAD-2022, 19-21 жовтня 2022 р. Харків : НТУ «ХПІ», 2022. С. 902.

13. Selivanova KG, Avrunin OG, Tymkovych MY, Manhora TV, Oleh S, Bezverkhyi OS, et al. 3D visualization of human body internal structures surface during stereo-endoscopic operations using computer vision techniques. Przeglad Elektrotechniczny. 2021; 97 (9): 30-3. 7. M. Tymkovych, K. Selivanova, O. Avrunin and O. Gryshkov, «Detection of Chest Deviation During Breathing Using a Depth Camera» 2021 IEEE 8th International Conference on Problems of Infocommunications, Science and Technology (PIC S&T), 2021, pp. 85-88.

УДК: 159.9

Панок В.Г., доктор психологічних наук, професор,
в.о. академіка-секретаря Відділення психології
і спеціальної педагогіки НАПН України,
м. Київ, Україна

НАПРЯМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ЧАСИ ВІЙНИ

Організація медико-психологічної допомоги постраждалим від війни має передбачати у першу чергу якісне науково-методичне забезпечення, яке здійснюється сьогодні у Національній академії педагогічних наук України установами Відділення психології та спеціальної педагогіки [2, 5, 6].

Загалом у надважкому 2022 році Відділення координувало виконання наукових досліджень за 9 пріоритетними напрямами у галузі психології та спеціальної педагогіки. Зокрема, вченими наукових установ, що віднесені до Відділення, виконувалось 37 наукових досліджень за галузевою тематикою, зокрема 18 фундаментальних і 19 прикладних наукових досліджень, із яких завершено 9 наукових досліджень (2 фундаментальних і 7 прикладних) та розпочато – 16 наукових досліджень – 8 фундаментальних і 8 прикладних. За тематикою досліджень для молодих вчених НАПН України виконано 2 прикладні наукові дослідження та 1 прикладне наукове дослідження з актуальних проблем освіти, що потребують невідкладного розгляду.

За підсумками року вченими Відділення підготовлено 11 монографій, 20 збірників наукових праць, 25 навчально-методичних та 11 практичних посібників, 13 навчальних програм, 16 методичних рекомендацій, 6 словників і 1 довідник, понад 900 статей та тез конференцій (з них 398 – у виданнях, внесених до переліку наукових фахових видань України, 72 – у виданнях, що індексуються у наукометричних базах Scopus і Web of Science Core Collection, 196 – індексуються в інших наукометричних базах даних) та інших видів наукових праць. Отримано 21 свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір.

Методологія наукових і методичних розробок з соціально-психологічної реабілітації постраждалих ґрунтується у тому числі й на інформації з Керівництва Міжвідомчого постійного комітету (надалі – МПК) із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (надалі – ПЗПСП) в умовах надзвичайної ситуації, Мінімального пакета послуг із ПЗПСП в надзвичайних ситуаціях (МПП із ПЗПСП), Загальній системі МПК щодо моніторингу та оцінки програм із ПЗПСП, Комплексному плані дій ВООЗ у галузі психічного здоров'я на період 2013-2030 років, Європейській рамковій програмі ВООЗ щодо охорони психічного здоров'я, Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, Національному плані заходів у галузі психічного здоров'я на 2021-2023 роки та Національному плані відновлення та розвитку.

У випадку екстремальної чи надзвичайної ситуації, здійснюючи заходи з психосоціальної підтримки, фахівці у різних країнах світу орієнтуються на «Керівництво міжвідомчого постійного комітету з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» [1].

У Керівництві визначено такі основні принципи:

– *права людини та справедливість.* Принцип дотримання прав людини стосується всіх потерпілих. Справедливість та недискримінація щодо наявності та доступності психічної та соціально-психологічної підтримки для потерпілих згідно з виявленими в них потребами, не зважаючи на стать, вік, мову, етнічну приналежність – важлива передумова психологічної допомоги в екстремальних та надзвичайних ситуаціях;

– *участь громади.* У більшості надзвичайних ситуацій значна кількість людей виявляє резильєнтність, що дозволяє допомагати постраждалим і брати участь у впровадженні заходів з допомоги та відновлення. Значну частину забезпечення психічного здоров'я та

психосоціальної підтримки реалізують самі постраждалі громади, а не зовнішні організації [2-4];

– *принцип «не нашкодь».* Гуманітарна допомога є важливим засобом допомоги людям, постраждалим у надзвичайних ситуаціях, але допомога може також ненавмисне завдати шкоди. Щоб зменшити цей ризик, доцільно:

організовувати роботу координаційних груп, щоб виявити прогалини в системі реагування, а також зведення до мінімуму дублювання інтервенцій;

розробляти інтервенції на основі належної інформації;

підтримувати принципи належної оцінки, відкритість для контролю та зовнішнього аудиту;

постійно оновлювати інформацію щодо доказової бази стосовно ефективних практик;

– *використання доступних ресурсів і спроможності.* Заходи та програми мають бути максимально інтегрованими. Переважання окремих послуг, породжує небезпеку створення надмірно фрагментованої системи психосоціальної підтримки;

– *багаторівнева підтримка.* Надзвичайні ситуації впливають на людей по-різному, тому існує потреба різних видів підтримки. Ключем до організації роботи з проблемами, пов'язаними з психічним здоров'ям та психосоціальною підтримкою, є розробка багаторівневої системи додаткової підтримки (Керівництво МПК, 2017).

У розробці моделі надання системної психологічної допомоги у громаді дітям та їх батькам, які постраждали у наслідок воєнних дій, рекомендуємо спиратися на такі ключові **орієнтири:**

Оцінка, що включає діагностику станів, симптомів, динаміки, результатів наданої попередньої психологічної допомоги.

Планування подальшої психологічної роботи з дитиною та батьками яка передбачає тривалість, систематичність та враховує конкретні запити та індикатори їх досягнення.

Орієнтація на резилієнс (опірність, відновлюваність) як особистісний ресурс в опануванні травмівного досвіду.

Врахування концепції салютогенного підходу, який ґрунтується на опрацюванні травмівного досвіду з опорою на збережені функції, здорові життєві навички та збережені соціальні зв'язки.

Практико-орієнтовані послуги, які передбачають формування умінь застосування знань та нових важливих життєвих навичок у щоденному житті.

Холістичний підхід, що полягає у налагодженні міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії зі спеціалістами відповідних органів та служб, які надають психологічні послуги.

Надання психологічної допомоги у громаді дітям та батькам,
які постраждали у наслідок війни

1	**Створення координаційного органу/робочої групи**
	Створення місцевого координаційного органу/робочої групи із залученням усіх зацікавлених служб/організацій/установ
2	**Оцінювання потреб та ресурсів**
	Проведення робочою групою оцінювання потреб, наявних ресурсів та картування послуг
3	**Формування плану заходів**
	Розробка Плану заходів для подолання прогалини між потребами та можливостями громади щодо їх задоволення
4	**Підвищення компетентностей фахівців та інтеграція психологічної допомоги**

	Організація навчання: • практичних психологів/психіатрів • соціальних педагогів/працівників • фахівців «першої лінії» (рятувальників, поліції тощо) • лікарів первинної ланки
5	**Створення нових послуг та процедури щодо їх надання**
	Створення нових послуг для дітей та членів їх сімей із залученням різних організаційних форм – онлайн зустрічі, «гарячі лінії» тощо відповідно до виявлених потреб
6	**Розробка послуг для окремих категорій дітей та батьків**
	Розробка послуг для тих дітей та батьків, які не охоплені психологічними послугами: діти з особливими потребами, діти, які проживають у віддалених місцевостях тощо
7	**Психоедукаційна кампанія**
	Інформування батьків щодо наявних психологічних послуг, а також щодо психічного здоров'я дітей та їх станів, пов'язаних з наслідками травмівної події
8	**Моніторинг та оцінка**
	Проведення регулярного моніторингу виконання плану заходів та його оцінки, а також наступний етап планування і реалізації

Висновок. Реальна й ефективна соціально-психологічна реабілітація постраждалих від воєнних дій можлива тільки за умови міжсекторального підходу. Реалізація такого підходу буде можливою за умови тісної координації дій між психологами системи освіти та медичними працівниками, психіатрами та психотерапевтами.

Список використаних джерел:

1. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки К 36 в умовах надзвичайної ситуації – Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. – 216 с. URL: https://hryoutest.in.ua/storage/881/%D0%9A%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%82%D0%B2%D0%BE-%D0%9C%D0%9F%D0%9A.pdf.

2. Основи практичної психології: Підручник для студентів ВЗО / Н. Чепелєва, Т. Титаренко та ін.; Керівник авт. кол-ву В.Г. Панок. – К.: Либідь, 1999. – 536 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/728890.

3. Панок В.Г. Концепція організації соціально-психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС і психологічна служба освіти / В.Г. Панок // Соціально-психологічні наслідки аварії на ЧАЕС: Проблеми організації і функціонування центрів соціально-психологічної реабілітації. – К., 1995. – С. 58-64.

4. Панок В.Г. Мониторинг социально-психологической ситуации в зоне Чернобыльской катастрофы. Монография / В.Г. Панок. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1997. – 144 с.

5. Панок В.Г. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : монографія / В.Г. Панок. – Київ : Ніка-Центр, 2017. – 188 с. – 11 д.а. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707672.

6. Панок В.Г. (2022). Діяльність психологічної служби та Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи в умовах війни: результати, проблеми, пріоритети. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 4 (2), 1-8. URL: https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4205.

УДК: 616.9:578.834.1]-06

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Щоголь М.В., завідувачка відділення променевої,
функціональної діагностики та ендоскопії,
лікар з функціональної та ультразвукової діагностики,
Київська філія державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Київ, Україна

ДОВГОСТРОКОВІ УСКЛАДНЕННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ

Актуальність роботи. За час пандемії в Україні на коронавірус захворіло понад 3 млн людей та понад 70 тис. померли внаслідок захворювання чи спричинених ним ускладнень.

На початку пандемії вважали, що COVID-19 – це короткотривала хвороба. Більшість хворих на коронавірусну хворобу 2019 повністю одужували протягом кількох тижнів. Але деякі люди продовжували відчувати певні симптоми після первинного одужання та мати ускладнення після ковіду. Згідно з визначенням ВООЗ, постковідний синдром – це стан після COVID-19, що виникає у людей із ймовірно або підтверджено перенесеною коронавірусною інфекцією, який зазвичай проявляється через 3 міс. від початку COVID-19 симптомами, які неможливо пояснити іншими причинами, та триває не менш ніж 2 місяці. Але виявилося, що деякі симптоми довгострокових ускладнень хвороби можуть спостерігатися місяцями, а іноді й більше як рік [1, 2, 3, 5, 8].

Дослідження пацієнтів, інфікованих коронавірусом виявили ураження багатьох органів та систем, включаючи в першу чергу легені, серцево-судинну систему, мозок, нирки. Попри велику кількість досліджень щодо відтермінованих наслідків коронавірусної хвороби, залишається багато питань з визначення факторів ризику довгострокових ускладнень з визначенням цільової групи осіб, терміни скринінгу, можливості профілактики цих ускладнень [4, 7, 9, 10].

Одним з кардіологічних проявів COVID-19 вважають міокардит, який зустрічається, за різними даними, від 8 до 12% випадків. В умовах високого вірусного навантаження описані випадки розвитку фульмінантного міокардиту (приблизно 7%). Міокардити можуть маніфестувати скаргами хворих на помірний виражений дискомфорт у грудній клітці та серцебиття, а клінічно проявляються систолічною дисфункцією, порушеннями провідності та тахіаритміями [6]. Клінічно міокардит фіксують через 2 тижні після появи симптомів коронавірусної інфекції. Важливо звернути увагу на досить високу частоту аритмій у хворих на COVID-19.

Мета: проаналізувати сучасні джерела інформації про довгострокові ускладнення COVID-19, подати відомості про фактори ризику таких ускладнень, методи діагностики та профілактику їх розвитку.

Основні результати. В першу чергу коронавірус викликає переважно респіраторні порушення з широким діапазоном клінічної тяжкості від безсимптомного або слабосимптомного до тяжкого респіраторного дистрес-синдрому. Але потім можуть розвинутися поліорганні захворювання з широким спектром проявів, які можуть бути стійкими та тривалими невизначений час. Ці симптоми можна класифікувати як серцево-легеневі (кашель, біль у грудях, задишка, відчуття серцебиття, аритмія, які дуже часто посилюються після фізичного

навантаження), неврологічні (втрата смаку та/або запаху, спотворення запаху та/або смаку, порушення пам'яті, головний біль), психічні розлади (депресія, тривожні розлади та порушення сну) або неспецифічні (втома, біль у суглобах та м'язова слабкість). По даним публікацій частота таких проявів віддалених наслідків може спостерігатися у 69% людей, що перенесли коронавірусну інфекцію. До 37% пацієнтів скаржаться на наявність у них трьох, а іноді й більше симптомів [2, 3, 9].

З самого початку розповсюдження коронавірусної хвороби вважали основною групою ризику розвитку тяжких форм з ускладненнями та великою ймовірністю летальних випадків пацієнтів з серцево-судинними та легеневими захворюваннями. Розвиток постковідного синдрому також вважали результатом тяжкого перебігу захворювання та наявністю супутніх хронічних захворювань різних органів та систем. Особливу увагу приділяли людям старше 50 років, що мають ішемічну хворобу серця з порушеннями ритму, з проявами серцевої недостатності, гіпертонічну хворобу, цукровий діабет, хронічні захворювання легень.

Згодом було з'ясовано, що особи, які перенесли захворювання в легкій формі чи не мали супутніх хронічних захворювань також можуть мати симптоми відтермінованих наслідків COVID-19 [2, 3, 9]. Тому стало нове питання пошуку факторів, які сприяють розвитку тривалих симптомів хвороби. Після проведених досліджень вченими різних країн виявили 4 фактори, що сприяють появі довгострокових ускладнень: наявність цукрового діабету другого типу, реактивація вірусу Епштейна-Барра, велика кількість РНК коронавірусу у крові, наявність аутоантитіл, що атакують власний організм. Було встановлено, що у пацієнтів, у яких спостерігалося три та більше довготривалих симптомів 95% мали один або більше зі встановлених факторів ризику. Найбільш впливовим фактором ризику виявилася наявність в організмі аутоантитіл [3, 4, 5].

В результаті інших досліджень було з'ясовано що пацієнти, у яких спостерігалися довгострокові наслідки COVID-19 мали нижчі показники IgM (на початку захворювання) та нижчий рівень IgG через 6 та 12 місяців після зараження вірусом, ніж у тих осіб, що не мали тривалих, стійких симптомів захворювання. В той же час ті особи, у яких виявляється менша кількість антитіл, мають більшу схильність до повторного захворювання та більш складного перебігу хвороби [3, 4, 8, 10].

На жаль, на сьогодні відсутні точні дані про частоту довгострокових ускладнень після COVID-19, клінічні наслідки і віддалені ризики та немає чітких алгоритмів діагностики та лікування постковідних уражень різних органів та систем. Поки не має достатньої доказової бази та відповідних рекомендацій, діагностичні, лікувальні та профілактичні підходи щодо наслідків COVID-19 мають виконуватися індивідуально в залежності від виявлених симптомів. Як методи скринінгу можуть бути використані: лабораторні, функціональні та променеві методи дослідження, а також консультації кардіолога, пульмонолога, невролога, психіатра. Серед лабораторних методів важливо провести аналіз крові клінічний, біохімічний з обов'язковим визначенням глюкози, печінкових проб, показників функції нирок, ліпідного профілю, електролітів, коагулограму, визначення IgG. Інформативними функціональними методами досліджень є електрокардіографія, добове моніторування електрокардіограми та тиску, спірографія. Серед променевих методів діагностики перевага віддається ультразвуковим дослідженням легень, серця, судин, рентгенографії. Магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія, сцинтіграфія повинні проводитися лише за наявності особливих показань [2, 3, 8, 9].

Хворі, які перенесли COVID-19, особливо у середньої важкості та важкій формах, з ускладненнями з боку серцево-судинної системи, потребують проведення медичної реабілітації. При створенні реабілітаційних програм варто враховувати, що COVID-19 – це мультисистемне захворювання, а також індивідуальні особливості пацієнта, що переніс це захворювання. Метою реабілітації таких пацієнтів є відновлення функцій зовнішнього дихання, транспорту та утилізації кисню працюючими тканинами, зниження виразності задишки, підтримання роботи серцево-судинної системи та зниження ризику серцево-

судинних ускладнень у віддалені періоди, покращення якості життя пацієнтів, нормалізація психологічного статусу, відновлення повсякденної активності та повернення людини до активного життя.

Виділяємо такі ключові принципи медичної реабілітації хворих на COVID-19: етапність, персоналізований підхід, ранній початок, мультидисциплінарність, безперервний моніторинг стану хворого протягом усього реабілітаційного процесу (у першу чергу параметрів дихальної та серцево-судинної систем), комплексний підхід до побудови програм реабілітації.

Не до кінця вирішеним залишається питання профілактики захворювання і, як наслідок, ймовірних постковідних довготривалих ускладнень. Основними профілактичними методами на сьогодні є: вакцинація, використання засобів індивідуального захисту, уникання скупчення людей та погано провітрюваних приміщень, обмеження контактів на близькій відстані, дотримання правил особистої гігієни [2, 4, 8].

Висновки: Результати аналізу сучасних джерел інформації обґрунтовують актуальність подальшого дослідження довгострокових ускладнень коронавірусної хвороби стратифікації ризику, моніторингу, розробки ефективних методів профілактики та лікування цього захворювання.

Список використаних джерел:

1. Богдан Т.В., Онищенко В.А., Савченко А.В., Слободяник О.В. Клинический случай миокардита, вызванного COVID-19. *Врачебное дело*. № 1-2. С. 9-13.
2. Гомелюк, Т.М., Попович, Д.В., & Марущак, М.І. (2022). Особливості постковідного синдрому в пацієнтів, які перенесли COVID-19: вплив на серцево-судинну систему. *Вісник медичних і біологічних досліджень*, (4), 110-118.
3. Індивідуальні особливості перебігу коронавірусної інфекції в пацієнтів похилого віку (клінічний випадок) *Спецвипуск ПЛ.* том 10. № 2. 2021. С. 43-47.
4. Ковід VS ускладнення: що страшніше? URL: https://onclinic.ua/blog/oslozhnenija-koronavirusa.
5. Козлов И.А., Тюрин И.Н. Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19. *Вестник анестезиологии и реаниматологии.* Том 17, № 4. 2020.
6. Оніщенко В.О. Первинні ураження серцево-судинної системи при COVID-19. Аспекти реабілітації. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 198-203.
7. Реабілітація після «ковідного удару». URL: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3347928-reabilitacia-pisla-kovidnogo-udaru.html.
8. Що важливо контролювати після COVID-19. URL: https://delta-med.com.ua/shho-vazhlyo-kontrolyuvaty-pislya-covid-19/.
9. Що варто знати про постковідний синдром. URL: https://apteka-ds.com.ua/blog-item/shcho-varto-znaty-pro-postkovidnyi-syndrom.
10. Vieira-Sousa E., Alves P., Rodrigues A.M. та ін. Рекомендации EACVI о мерах предосторожности, показаниях, приоритетности исследований, защите пациентов и медицинского персонала. *Здоров'я України 21 сторіччя.* № 7 (476). 2020. С. 20-21.

УДК: 316.6:004.77

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Антонов В.Г., начальник адміністративно-інформаційного відділу,
молодший науковий співробітник наукового відділу,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна
Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна

КІБЕРПСИХОЛОГІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ

Актуальність роботи. У зв'язку з прискореним розвитком інформаційних технологій та активним застосуванням різноманітних цифрових пристроїв виникає занепокоєність у можливості непередбачуваної поведінки людей, і не до кінця зрозумілих соціальних та психологічних ризиків. Гаджети все частіше замінюють традиційні способи реалізації комунікативної, трудової, пізнавальної, ігрової та інших видів діяльності, опосередковують діадичні, групові відносини та виступають у ролі нових медіа. В результаті зростає зацікавленість з боку суспільства у проведенні ретельних психологічних досліджень, які мають на меті визначити реальні плюси та мінуси повсякденного застосування продуктів цифрових технологій та рекомендувати межі такого застосування. Відповіді на подібні запити суспільства має дати порівняно нова психологічна дисципліна – кіберпсихологія.

Мета дослідження: проаналізувати актуальний стан кіберпсихології, окреслити основні напрямки її розвитку, проблеми та перспективи.

Основні результати. Для напряму психологічних досліджень діяльності людини, здійснюваної у вигляді застосування комп'ютерів, мобільних засобів зв'язку та Інтернету, дослідники наразі використовують різні назви. Серед найбільш вживаних: «психологія Інтернету», «гуманітарний Інтернет», «психологія кіберпростору», і нарешті – «кіберпсихологія». Остання, на нашу думку, є більш універсальною, охоплює більш широкий спектр досліджень, і, нарешті, не тільки співзвучна терміну «кібербезпека», але й знаходиться із ним в одній категорійній структурі поняття «інформаційно-психологічна безпека» [1].

Нагадаємо, що згідно з Законом [2], кібербезпека – захищеність життєво важливих інтересів людини та громадянина, суспільства та держави під час використання кіберпростору, за якої забезпечуються сталий розвиток інформаційного суспільства та цифрового комунікативного середовища, своєчасне виявлення, запобігання і нейтралізація реальних і потенційних загроз національній безпеці України у кіберпросторі. Кібербезпека охоплює не тільки інформацію як об'єкт захисту, не тільки технічні засоби, які визначають можливості функціонування інформації, а і захист способів функціонування кіберпростору. Захищається діяльність людей, яка здійснюється за допомогою інформації, поширюваної за допомогою технічної інфраструктури. При забезпеченні кібербезпеки важливо враховувати найбільш важливий аспект кіберпростору – наявність взаємозв'язків між учасниками

(користувачами), що призводить до можливості виникнення синергетичного ефекту [3].

Кіберпростір забезпечує гігантські можливості: моментальне та повсюдне розповсюдження новин, інформування про події, що викликає загальний до них інтерес; зручний спосіб власної презентації та своїх талантів; легкий та безвідмовний доступ до контактів та оперативного спілкування з іншими людьми тощо. Інформаційний спосіб життя диктує індивіду норми, цінності та стереотипи поведінки. У людини формується певний образ реальності та розуміння себе у ній. Легко помітити, що у кіберпросторі здійснюються традиційні для вивчення психологією різновиди діяльностей: трудовий, пізнавальний, ігровий, комунікативний та ін. Тим самим видається логічним зафіксувати становлення та розвиток кіберпсихології як нової галузі психології, що «поєднує (і відповідає за них) методологію, теорію та практику дослідження видів, способів та принципів застосування людьми доступних у кіберпросторі соціальних сервісів Інтернету» [4]. Більш релевантним здається наступне визначення: «Кіберпсихологія – розділ психології, що охоплює всі психологічні проблеми, які пов'язані або знаходяться під впливом інформаційних технологій. Це наука про людський розум і поведінку в контексті взаємодії людини з технологією. Основний напрямок досліджень у цій області фокусується на впливі Інтернету та кіберпростору на психіку індивідів і груп» [5].

Irene Connolly та інш. в роботі «Вступ до кіберпсихології» (2016) [6] виділяють три основні питання, які вивчає кіберпсихологія.

По-перше, вона розглядає психологічні аспекти спілкування за допомогою кібертехнологій. Це представляє особливий інтерес з моменту появи соціальних мереж, але і раніше увага приділялась взаємовідносинам при використанні комунікаційних механізмів, таких як електронна пошта та вебсайти.

Другий аспект кіберпсихології має на увазі питання розвитку технологій в напрямку їх максимальної відповідності вимогам і бажанням користувачів. Деякі атрибути цього типу підпадають під поняття «людина-комп'ютер». Технології взаємодії людини з комп'ютером постійно покращуються. Це і програмне забезпечення й інтерфейс. Наприклад, сенсорний екран – ця технологія була дуже рідкісною до появи смартфонів, але стала загальною рисою повсякденного життя.

Третій ключовий напрямок охоплює дослідження впливу технологій на поведінку та психологічний стан користувачів. Він якраз дотичний до кібербезпеки. Технології можуть впливати багатьма способами. Наприклад, предметом значної уваги дослідників є аспекти онлайн-спілкування, які можуть викликати почуття довіри до співбесідника. Це може призвести до того, що людина розкриває свої найпотаємніші думки в тому, що може бути неприйнятним для публічного обговорення. При цьому можуть також надаватися свої персональні дані, які зловмисники використають у своїх інтересах. З іншого боку вивчаються психологічні причини ворожої поведінки в Інтернеті: кіберзалякування, тролінг тощо. Глибше розуміння цих психологічних аспектів може допомогти користувачам Інтернету в плані безпечнішої та відповідальнішої поведінки в мережі.

Інтернет також став багатою територією для досліджень у лінгвістиці. Хоча абревіатури та акроніми не є новими, частота їх вживання і швидкість, з якою відзначаються нові випадки, свідчать про те, що вони стали набагато більш поширеним аспектом сучасної мови. Так само використання смайлів представляє особливий інтерес – розробка нових методів передачі емоцій і настрою, коли основні методи, за допомогою яких співбесідники нормально спілкуються (вираз обличчя та тон голосу) відсутні.

Багато досліджень також стосуються питань «прикладної» кіберпсихології. До них відноситься будь-яке застосування онлайн-поведінки та інших аспектів повсякденного життя. Наприклад, нові технології дозволяють людині залишатися на зв'язку з її робочим місцем, навіть коли вона не може бути там. Географічне віддалення від робочого місця більше не означає, що працівник не може негайно відповісти на будь-які питання, які вимагають термінової уваги. Звичайно, є в цьому і негативні моменти – необхідність відповідати на електронні листи протягом ночі або у вихідні може призвести до негативного впливу

на побут та сімейне життя, а в довгостроковій перспективі – негативний вплив на здоров'я. Разом з тим кіберпсихологія вивчає і позитиви впливу на здоров'я завдяки доступу до більшої інформації про самопочуття, медицини та здорового способу життя. Це разом із підтримкою з боку колег в Інтернеті з аналогічними проблемами зі здоров'ям може значно підвищити стійкість і ресурси для особи, яка стикається з проблемною ситуацією.

Ще один важливий аспект онлайн-життя – це підвищена схильність до використання Інтернету, щоб купувати товари та послуги або керувати фінансами. Сучасні технології дозволяють інтернет-магазинам надавати кожному споживачеві сучасний контент, інтерфейси зі штучним інтелектом, які порівнюють попередні покупки та пропонують наступний продукт. Ці персоналізовані рекомендації можуть призвести до збільшення прибутку роздрібного продавця, більш цікавого досвіду для споживача та здоровішої довгострокової перспективи для економіки.

Серед інших аспектів вивчення розглядаються психологічні аспекти комп'ютерних ігор. Слід зазначити, що багато ігрових термінів, ігровий дизайн і гейміфікація, направлені на додавання певної розважальної цінності, взято з інших областей психології, таких як позитивна психологія, теорія навчання та інш. На жаль, окрім хорошого, що приносять технології у цьому плані, є також негативні аспекти – ігрова залежність, яка впливає на сім'ю, роботу або освіту, і це може бути тим, що потребує професійної уваги.

Поряд зі звичайними видами діяльності вивчаються і менш поширені – такі як використання віртуальної реальності, доповненої реальності та робототехніки. Використання цих технологій зростає, вони стають доступнішими, і великі компанії все більше стають зацікавлені у створенні версій на споживчому рівні. Також інтерес для кіберпсихології представляє поведінка людини під час взаємодії зі штучним інтелектом, незалежно від того, чи поєднаний він з роботизованим пристроєм.

Julie R. Ancis в огляді «Епоха кіберпсихології» (2020) [7] підкреслює, що термін «кіберпсихологія» нині має трансдисциплінарний характер, охоплюючи різні галузі науки та застосування, які розглядаються через призму психології та наук про поведінку. Дослідниця виділила п'ять основних областей, що стосуються галузі кіберпсихології: онлайн-поведінка особистості; психологія соціальних мереж; ігри, в тому числі азартні; телепсихологія; віртуальна реальність, штучний інтелект і дотичне. З цього виділимо додатково до вищерозглянутих такий аспект, як телепсихологія. Остання визначається як надання психологічних послуг з використанням телекомунікаційних технологій. Вона та інші терміни: телепсихічне здоров'я, електронна терапія, кібертерапія, електронна терапія, комп'ютерні втручання та онлайн-терапія часто використовуються як синоніми. Втручання в галузі психічного здоров'я на основі технологій можуть змінити доступ для тих, хто обмежений географічно, наприклад, для людей, які проживають у сільській місцевості через стан здоров'я, фінансові обмеження або інші перешкоди.

Технологічні досягнення уможливили появу нових автономних послуг у галузі психічного та поведінкового здоров'я (наприклад, терапія, що надається за допомогою відеоконференцій), а також доповнених або розширених традиційних очних послуг (наприклад, психологічні освітні матеріали, розміщені в Інтернеті після очного сеансу терапії). Цифрова терапія, що включає цифрові медичні пристрої, програмне забезпечення та додатки, призначена для лікування різних розладів, таких як депресія, порушення сну, розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами та інш.

Щодо майбутнього кіберпсихології, більшість науковців вважають, що вона досі не вважається і не може вважатися самостійним розділом психологічної науки. Хоча за останні роки зроблено помітні організаційні кроки, які згодом зможуть сприяти перетворенню кіберпсихології на окремий розділ психології.

Julie R. Ancis вважає, що в міру розвитку та використання нових технологій область кіберпсихології все більше процвітатиме. Афективні, когнітивні та поведінкові наслідки кіберпростору на індивідуальному, діадному та груповому рівнях багато в чому тільки

починають вивчатися та розумітися, а це і є предмет кіберпсихології. Що до актуальних проблемних питань кіберпсихології, наголошуємо на наступних.

Етика. Під час проведення досліджень із використанням даних соціальних мереж може виникнути низка унікальних етичних проблем. До них належать розмежування між громадським та приватним надбанням в Інтернеті, конфіденційність та безпека онлайн-даних, процедури отримання згоди на використання персональних даних та інш. Використання соціальних мереж та смартфонів залишає після себе цифрові сліди, які можуть бути залучені для прогнозування вторинних даних, таких як політичні погляди, релігія, переваги щодо покупок, благополуччя, сексуальна орієнтація, інтелект та особисті якості. Етичні процеси та процедури не встигають за розвитком технологій. Психологи мають хороші можливості для того, щоб зробити свій внесок у дослідження, пов'язані з кіберпсихологією, сформулювати застереження щодо достовірності цих досліджень та їх додатків, а також допомогти розробити рекомендації щодо захисту окремих осіб та спільнот від потенційно шкідливих наслідків.

Клінічні наслідки. Телепсихологія все частіше використовується для діагностики, лікування, моніторингу та надання послуг у галузі психічного здоров'я. Розуміння найбільш ефективних і етичних способів інтеграції технологій, включаючи мобільні технології та пов'язані з ними «додатки», буде, як і раніше, актуальним для професії психолога. Культурна компетентність також буде все більш важливою для етичної та ефективної практики. Насправді взаємодія в мережі або у віртуальній реальності може допомогти зменшити почуття сорому та стигматизації, засноване на культурі, яке деякі люди та групи відчувають при традиційній психотерапії. Чутливість психологів до відмінностей у впливі та ставлення до кібертехнологій в залежності від віку, соціально-економічного статусу та статусу покоління важлива для розвитку терапевтичних відносин та інформування втручань. Можна передбачити, що етичні принципи використання телепсихології продовжуватимуть розширюватися в міру того, як клініцисти використовуватимуть технології в різних умовах, від приватної практики, лікарень, громадських центрів психічного здоров'я та військових центрів до наукових кіл. Питання, пов'язані з компетентністю лікарів, безпекою та передачею даних, практикою між юрисдикціями та інформованою згодою, вимагатимуть постійних обговорень та досліджень, щоб гарантувати, що послуги надаються як ефективно, так і з дотриманням етичних норм.

Старіння та інвалідність. У міру того, коли такі пристрої, як телевізори, телефони та домашні системи безпеки, все більше інтегруються в комп'ютерні мережі, здатність взаємодіяти з технологіями стає необхідною життєвою навичкою. Нині технології використовуються практично у всіх сферах життя, включаючи надання послуг, передачу медичної інформації та зв'язок. Облік соціально-демографічних факторів, таких як вік та здібності, життєво важливий для забезпечення доступності для всіх. Літні люди з обмеженими фізичними можливостями рідше, ніж люди похилого віку, які не стикаються з фізичними проблемами, виходять в Інтернет. Адаптивні пристрої, такі як програмне забезпечення для збільшення шрифту, графічні засоби або системи посилення, можуть знадобитися багатьом людям для успішної взаємодії з технологіями. Літні люди відчувають себе менш впевнено при використанні комп'ютера і більш скептично ставляться до переваг технологій, ніж молоді люди. Психологи можуть взяти на себе ініціативу в оцінці потреб та переваг різних груп населення та допомогти розробити проєктні рішення. У міру старіння населення психологи повинні розглядати способи на віковий цифровий розрив. Це включає роботу з виробниками комп'ютерів для розробки технологій для більш простого та ефективного використання.

Освіта та навчання. Навчання студентів використанню та інтеграції технологій необхідне, оскільки вони беруть на себе нові професійні ролі, що розширюються. Це вимагатиме перегляду традиційної навчальної програми та вимог до навчання, щоб відповідати новим умовам. Необхідно вивчити фундаментальні питання щодо того, чого нині не вистачає, що необхідно і що більше не актуально. Ставлення викладача до технологій та рівень комфорту

з ними, безумовно, відіграють роль у створенні простору для активного та ефективного навчання.

Висновки. Розвиток кіберпростору вплинув практично на всі аспекти людського життя, включаючи освіту, охорону здоров'я, робочу силу і навіть звичайні аспекти повсякдення. Афективні, когнітивні та поведінкові наслідки на індивідуальному, діадному та груповому рівнях багато в чому лише починають вивчатися та розумітися. Нові явища, що виникли завдяки розвитку інформаційних технологій потребують всебічного вивчення з боку психологів щоб якнайкраще підготувати людей і спільноти до кардинальних змін у житті. Також необхідні додаткові дослідження впливу контенту та форми соціальних мереж на погляди окремих осіб та спільнот та розуміння соціальних проблем.

Область кіберпсихології продовжуватиме швидко зростати, оскільки технології та пов'язані з ними програми швидко змінюються з часом. Клініцисти та дослідники можуть мати занепокоєність щодо впливу кіберпростору на повсякденне життя та професії. Кібер-залежність, міжособистісна роз'єднаність та загрози онлайн-безпеці стають соціальними проблемами. В той самий час кібернетика також може бути використана на благо в таких випадках, як використання штучних нейронних мереж, персоналізованих освітніх матеріалів, соціальних зв'язків тощо.

Психологи, завдяки своїй підготовці та навичкам, мають унікальні можливості для того, щоб бути рушійною силою інновацій і приносити користь в орієнтації у цьому новому світі. Більше того, наука 21 століття спонукає психологів брати активну участь у міждисциплінарній роботі з іншими професіоналами: ІТ-спеціалістами, інженерами та фахівцями з біоінформатики. Психологи та соціологи повинні відігравати провідну роль у створенні необхідної інфраструктури, що дозволить кіберпсихології процвітати, використовуючи свої можливості для вирішення реальних проблем.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Информационно-психологическая безопасность в эпоху турбулентности: монография. К.: КВИЦ. 2020. 472 с.

2. Закон України «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України» від 05.10.2017 № 2163-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2163-19.

3. Гнатенко В.С. Державне управління економічною безпекою в системі цифровізації національної безпеки: монографія. К.: КВІЦ. 2021. 332 с.

4. Войскунский А.Е. Киберпсихология: современный этап развития. Южно-российский журнал социальных наук. 2019. т. 20. № 4. С. 21-39.

5. Соціологія Інтернету. Кіберпсихологія. URL: http://elbib.in.ua/kiberpsihologiya-sotsiologiya-internetu.html#d0.

6. An Introduction to Cyberpsychology. Irene Connolly, Marion Palmer, Hannah Barton, Gráinne Kirwan. Publisher : Routledge; 1st edition. 2016. 326 p.

7. Julie R. Ancis. The Age of Cyberpsychology: An Overview. 2020. URL: https://tmb.apaopen.org/pub/2yn6jhyv/release/1.

УДК: 616.89-071:364.622-786]:004.78

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Жогіна О.О., завідувачка відділенням нейрофізіології
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна
Сердюк І.А., біофізик відділення
нейрофізіології та нейрореабілітації,
молодший науковий співробітник наукового відділу
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Актуальність роботи. У період сьогодення, що характеризується наявністю озброєного конфлікту відзначається суттєве зростання населення, яке зазнало впливу інформаційно-психологічної турбулентності. Потреба в безпеці стає домінуючою в умовах повітряних тривог, вибухів, обстрілів і залпів артилерії, це все призводить до соціальної дезорганізації, радикальних суспільних змін, які руйнують звичні стереотипи поведінки та сформований образ життя. Ці явища активують реакцію на виживання в складних умовах, відому як «бийся, тікай або завмри». Реакція регулюється різними гілками нервової системи: симпатичною – вона відповідає за «бийся або тікай» – і парасимпатичною – «сповільнюйся й завмри». Обидві системи створені для того, аби тримати людину в балансі під час стресів та нормалізації стану. Утім, під час війни картина змінюється: стрес «зашкалює», баланс у мозку порушується й починає переважати парасимпатична система. Вона призводить до появи змін у поведінці, «вимикаючи» усі емоції.

Психоемоційне навантаження негативно впливає на стан здоров'я людини, відіграючи величезну роль у розвитку різноманітної соматичної патології, особливо захворювань нервової системи. Сучасні погляди на виникнення неорганічної патології яскраво відображають тісний зв'язок між станом нервової системи та порушенням функції різних органів і систем. Відомими органічними стрес-асоційованими станами є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, інсульт, хронічний больовий синдром, безсоння та ін. Навіть перебіг «наймолодшої» соматичної хвороби сьогодення (COVID-19) пов'язаний із негативним впливом на стан нервової системи: астенія, тривожність, депресія супроводжують багатьох пацієнтів.

Поряд із хронічною патологією, зокрема у пацієнтів неврологічного профілю відмічаються великі моральні та психологічні страждання (травми), що були перенесені внаслідок озброєного конфлікту, проживання або перебування в умовах воєнних дій, тимчасової окупації, внутрішнього переміщення, залишення свого місця проживання/перебування у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, а також загибелі (зникнення безвісти), потрапляння у полон, смерті внаслідок поранення, контузії або каліцтва близької людини [1]. Такий життєвий досвід може супроводжуватися різними

формами відхилень психоемоційного стану, розвитку пограничних психічних розладів. Переважаючими емоціями даних осіб є тривога, страх, паніка, дратівливість, безпорадність, що переростають у невротичні, пов'язані зі стресом, розлади [2, 3, 7], а також загостренням хронічної патології. Таким чином, нагальною проблемою виступає розробка системи нейрореабілітації та медико-психологічного спрямування, а саме на ряду з реабілітацією основної патології, де необхідним є виявлення провідних симптомокомплексів, розробка структурно-функціональної моделі, формування та проведення комплексної корекції психологічних, психічних, психосоматичних проявів у наслідок озброєного конфлікту та інформаційно-психологічної війни.

Мета: діагностика та реабілітація хворих з використанням інформаційних технологій.

Матеріали та методи дослідження: аналіз, узагальнення, систематизація та порівняння відомостей науково-методичної літератури з проблематики дослідження.

Основні результати. Поняття реабілітації включає комплекс медичних, психологічних, фізичних, соціальних, педагогічних, юридичних та професійних заходів. На сьогодні актуальність розвитку нейрореабілітації в системі охорони здоров'я зумовлена тим фактом, що хвороба та її наслідки порушують необхідний баланс медико-психологічних і соціальних компонентів, ведуть до зміни якості життя людини, до її часткової або повної ізоляції від суспільного життя, що не сприяє соціальній адаптації [1, 2, 3, 6].

Особливістю сучасної неврологічної патології є почастішання переходу гострих форм захворювань у рецидивні та хронічні. Ці захворювання є причинами обмеження життєвих та соціальних функцій, соціально-економічних та психологічних негараздів у суспільстві. У зв'язку з цим, організація своєчасної діагностики та проведення відновлювальних заходів стає одним із першочергових завдань нейрореабілітаційної допомоги, що полягає у відновленні життєвих функцій людини за допомогою мультидисциплінарних методів відновлювального лікування та вироблення системи адаптації при незворотних змінах, викликаних патологічним процесом.

Завдання нейрореабілітації:

– досягти найкращого рівня функціональної незалежності: фізичної, когнітивної та поведінкової;

– запобігти ускладненню, супутні важким неврологічним поразкам;

– відновити самооцінку і створити позитивний настрій, який сприяє розвитку збережених здібностей, а також домогтися найкращої соціальної реінтеграції.

При одномоментному формуванні інвалідизуючих наслідків метою нейрореабілітації виступає створення оптимальних умов для активної участі пацієнта у житті суспільства, соціально-побутова адаптація та в кінцевому підсумку поліпшення якості життя як самого хворого, так і його родичів.

Одне з найважливіших умов ефективної реабілітації – дотримання мультидисциплінарного принципу її проведення. Для реалізації даного принципу необхідна наявність мультидисциплінарних бригад (МДБ) на етапах стаціонарної, амбулаторної та домашньої реабілітації [5].

На базі відділення нейрофізіології нейрореабілітації державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», що надає високоспеціалізовану реабілітаційну допомогу хворим з органічними ураженнями центральної та периферичної нервової системи, а саме хворим, які потребують відновлювального лікування після мозкових інсультів, травматичних пошкоджень головного та спинного мозку, периферичних невропатій і плексопатій, вертеброгенних синдромів проводиться комплексна нейрореабілітаційна та медико-психологічна допомога в онлайн режимі у тому числі. У рамках відділення створена постійнодіюча мультидисциплінарна нейрореабілітаційна «бригада» у складі завідувача відділення (лікаря невропатолога), лікаря фізіотерапевта, практичного психолога, сестри медичної старшої, сестри медичної з ЛФК та інших фахівців за потребою конкретного випадку (лікар психіатр, лікар терапевт, фізичний терапевт). Завдання відділення це повноцінна консультація лікаря у тому числі

і в онлайн режимі, встановлення діагнозу, враховуючи скарги та розвиток захворювання, допомога з поточними питаннями, рекомендації, щодо вибору методів дообстеження, корекція терапії при наявності обстежень.

«Бригадний» принцип організації реабілітаційної допомоги дозволяє комплексно оцінити стан хворого на початку реабілітації, сформувати план проведення реабілітаційних заходів і оцінити їх ефективність в динаміці за допомогою інформаційних технологій.

На підставі всебічного обстеження хворого спеціалістами мультидисциплінарної реабілітаційної бригади, які працюють як єдине ціле з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань реабілітації, формується реабілітаційний діагноз пацієнта, що служить відправним моментом при плануванні програми відновного лікування.

Реабілітаційний діагноз включає як клінічно-функціональний діагноз, що зображає характер і вираженість анатомо-фізіологічних і функціональних порушень, співвідношення патогенетичних і саногенетичних механізмів на даній стадії захворювання (за даними клінічної картини, анамнезу і характеру перебігу хвороби), так і характеристику порушень звичної життєдіяльності. Він показує всі актуальні аспекти функціонування пацієнта, дозволяє сформулювати мету, завдання і виробити стратегію реабілітації. Саме тоді відбувається індивідуалізація реабілітаційного втручання.

Кажучи про нейрореабілітацію хочеться звернути увагу на хворих з дегенеративно-дистрофічними розладами хребетного стовпа. У дослідженні брали участь 234 пацієнти з дегенеративно-дистрофічними розладами хребетного стовпа (М42.0-М54.0 по МКБ-10) 175 жінок і 59 чоловіків, які перебували на лікуванні у відділенні нейрофізіології та нейрореабілітації ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України». До основних реабілітаційних засобів належали: медикаментозне лікування, фізіотерапія, кінезотерапія, психотерапія, психокорекція.

Медико-психологічна реабілітація хворих містила в собі своєчасне виявлення предхворобливих непсихотичних проявів, дезадаптивних ознак, попередження розвитку психічних розладів через корекцію особистісного реагування, розвитку позитивно-адаптивних варіантів реагування на психогенні чинники та подразники.

Для кожного пацієнта була розроблена індивідуальна програма реабілітації. Медикаментозне лікування містило вазоактивні, метаболічні, протинабрякові препарати, венотоніки, ангіопротектори, інгібітори холінестерази, хондропротектори, вітамінні комплекси, міорелаксанти, НПЗЗ. Всім пацієнтам, як додатковий фактор нейрореабілітації, застосовувався багатофункціональний апаратно-програмний комплекс EN-TreeM (Enraf-nonius, Нідерланди). До і після проведення нейрореабілітаційних заходів проводилась оцінка стану нервово-м'язового апарату за допомогою електроміографії («MYOMED 932»). Застосування апаратно-програмного комплексу EN-TreeM включало в себе систематичність занять, індивідуальний підбір вправ під кожного пацієнта з урахуванням основного діагнозу, супутньої патології, лікарський контроль, дозування навантаження в залежності від віку, вираженості больового і м'язово-тонічного синдромів. Нейрореабілітація пацієнтів включала в себе етапність. Етапи відповідали періодам перебігу захворювання (загострення, нестійка і стійка ремісія). На кожному з етапів ставилися певні завдання.

На першому етапі (період загострення, неповної ремісії) основним завданням є усунення больового синдрому, механічне розвантаження хребта, м'язової напруги, розтягнення тонічної мускулатури.

На другому (відновлювальному) етапі (відповідає ремісії, стабілізації процесу) основними завданнями є декомпресія між хребцевих дисків, корекція наявної деформації хребта, мобілізація хребта, збільшення обсягу рухів в ньому, загальне збільшення рухового режиму пацієнта.

Третій (тренуючий) етап відповідає періоду регресу захворювання. Основним завданням даного етапу є тренування сили й витривалості м'язів-стабілізаторів.

У неврологічному статусі переважали больовий, м'язово-тонічний, корінцеві синдроми, атрофії, легкий парез в кінцівках. Під час спілкування пацієнти скаржилися на відчуття тривоги, страху викликані озброєним конфліктом, що погіршувало загальний стан та провокувало збільшення больового та м'язово-тонічного синдромів.

Висновки. Після проведення курсу нейрореабілітації у пацієнтів спостерігалося значиме зниження болю та запалення аж до повного купірювання больового синдрому і деструктивних запальних реакцій, збільшення об'єму рухів. Термін купірування больового синдрому склав 2-3 дні, корінцевого 4-5 днів. У чоловіків середня потужність м'язових скорочень збільшилася в середньому на 36,7%, у жінок в середньому на 24,1% ($p>0,05$), середня пікова швидкість скорочення м'яза у чоловіків збільшилася на 7,8%, у жінок на 5,9% ($p>0,05$), середнє пікове посилення м'язів при скороченні у чоловіків збільшилося на 46,2%, у жінок на 33,4% ($p>0,05$). Міографічні дослідження показали, що в результаті курсу кінезототерапії відзначалося достовірне збільшення амплітуди м'язових скорочень у жінок з показників 156,0±24,6 мкВт до 298,0±34,8 мкВт, у чоловіків з показників 348,0±42,1 мкВт до 502,0±32,9 мкВт, що свідчить про ефективність нейрореабілітаційних заходів.

Загальна оцінка реабілітаційних заходів проводилась за результатами виконання індивідуальної програми та обстежень по завершенню курсу реабілітації пацієнтом за участю мультидисциплінарної нейрореабілітаційної «бригади» (клінічний огляд лікаря невропатолога, інших фахівців бригади; клінічні та функціональні обстеження, дані психологічної адаптації та соціальної інтеграції), на основі чого компонувалися рекомендації амбулаторного, домашнього ведення пацієнта.

Головним аспектом організації нейрореабілітаційної допомоги в турбулентні часи є розширення меж – реалізація комплексного підходу до фізичного, соматичного, психологічного та психічного стану пацієнта, метою якого є відновлення соматичного самопочуття та психологічного комфорту. Нейрореабілітація передбачає взаємодію лікарів-спеціалістів, психологів, що дозволяє комплексно оцінити стан хворого на початку реабілітації, сформулювати реабілітаційний діагноз, провести реабілітаційні заходи, оцінити їх ефективність в динаміці й після завершення курсу задля досягнення мети індивідуальної програми реабілітації та подальших рекомендацій на наступних етапах реабілітації хворого.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А., Банчук Н.В. Информационная безопасность личности: монографія. Киев : КИТ, 2011. 672 с.

2. Кабанцева А.В. Оцінка психологічного благополуччя та формування адаптаційних особистісних ресурсів серед осіб працездатного віку. Матер. наук.-практ. конф. з міжнарод. учас. «Проблеми особистісних ресурсів у навчальній та професійній діяльності» 27-28 травня 2021 року. 2021. С. 200-203.

3. Панченко О.А. Информационно-психологическая безопасность в епоху турбулентности: монографія. Киев: КВИЦ, 2020. 472 с.

4. Одинак М.М., Дыскин Д.Е. Клиническая диагностика в неврологии: руководство для врачей. М.: Медицина, 2010. 527 с

5. Панченко О.А. Засади реабілітаційно-абілітаційного напрямку охорони психічного здоров'я людини. *Науково-практична конференція з міжнародною участю* «*Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини»* / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ : КВІЦ, 2020. С. 36-40.

6. Панченко О.А. Реабілітаційний діагноз як основа ефективної реабілітації. *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. С. 101-1103.

7. Панченко О.А., Кабанцева А.В. Клінічна реабілітація в умовах інформаційно-психологічної війни. *Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги:* матеріали щорічної науково-практична конференція з міжнародною участю (Тернопіль, 23-24 вересня 2021 року). Тернопіль: ТНМУ, 2021. С. 63-65.

УДК: 159.938.363.6: 61

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна
Ящишина Ю.М., кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології,
Донецький національний медичний університет (Україна),
медичний психолог мобільної бригади,
ДЗ «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Косів, Івано-Франківська область, Україна

КОРОТКОСТРОКОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ГОСТРОГО СТРЕСУ ПІД ЧАС ВІЙНИ (З ДОСВІДУ РОБОТИ МОБІЛЬНОЇ БРИГАДИ)

Актуальність роботи. Війна завжди має величезний негативний вплив на людей, нерідко з довготривалими наслідками для психічного здоров'я, піддаючи його серйозним змінам. Однією з найбільш вразливих категорій населення під час війни є діти, які потребують захисту, медико-психологічної допомоги та психосоціальної підтримки. Так, за останніми оцінками ЮНІСЕФ, в цілому половина з 7,5 млн українських дітей була змушена залишити звичне життя, а 2 млн виїхали за межі України [2]. Це наймасовіше переміщення неповнолітніх через бойові дії з часів Другої світової війни. Про необхідність невідкладних заходів щодо системи медичної, психологічної та соціальної допомоги дітям вказують спеціалісти Міністерств охорони здоров'я, освіти, соціальної політики України, фахівці інших урядових та неурядових установ, які працюють з дітьми та тимчасово переміщеними особами. Дослідження свідчать, що три чверті українських дітей (75%) демонструють симптоми травматизації психіки. Це спричиняє ризик розвитку багатьох і тривалих форм фізичної, психологічної та соціальної дезадаптації. Сьогодні важливо забезпечити дітям, які зазнали гострого стресу під час війни, доступність короткострокової ефективної медико-психологічної допомоги. Якщо дитині не буде надано допомогу своєчасно, то у майбутньому така допомога виявляється менш ефективною і може потребувати більше часу. Тому зараз в Україні актуальним є надання ранньої медико-психологічної допомоги якомога більшої кількості населення, зокрема дітей. Це дозволить запобігти розвитку проблем із психічним здоров'ям населення надалі.

Мета дослідження – опис досвіду роботи мобільної бригади ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» з надання короткострокової медико-психологічної реабілітації дітям, які зазнали гострого стресу під час війни, на базі спеціалізованого санаторію «Косів» в Івано-Франківській області.

Основні результати. Дослідження здійснено на базі емпіричного матеріалу, отриманого в процесі надання мобільною бригадою ДЗ «Науково-практичний медичний

реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» медико-психологічної допомоги дітям з дитячих будинків сімейного типу (ДБСТ) на базі спеціалізованого санаторію «Косів» в Івано-Франківській області.

Основні завдання медико-психологічної реабілітації дітей, які зазнали гострого стресу під час війни є принципово різні в залежності від часу травмівної події – безпосередньо після нього і кілька місяців потому [1, 3]. Короткострокова реабілітаційна та абілітаційна допомога надається протягом перших тижнів або місяців після стресової події і може бути охарактеризована як медико-психологічна. Вона містить діагностичний, корекційний, лікувальний, реабілітаційний та соціальний компоненти, які передбачають рішення таких завдань як нормалізація фізичного та психічного станів дитини, подолання наслідків стресу і відновлення порушених психічних функцій, стабілізації емоційно-почуттєвій сфері та поведінки. До заходів медико-психологічної реабілітації відносять консультування, діагностику, лікування, корекцію, психотерапію та інш. Особливості роботи з дітьми залежать і від їх вікових та індивідуальних особливостей розвитку. Надання короткострокової реабілітації й абілітації дітей, які зазнали психотравмівних подій під час війни є неодмінною частиною системи забезпечення медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги (рис. 1).

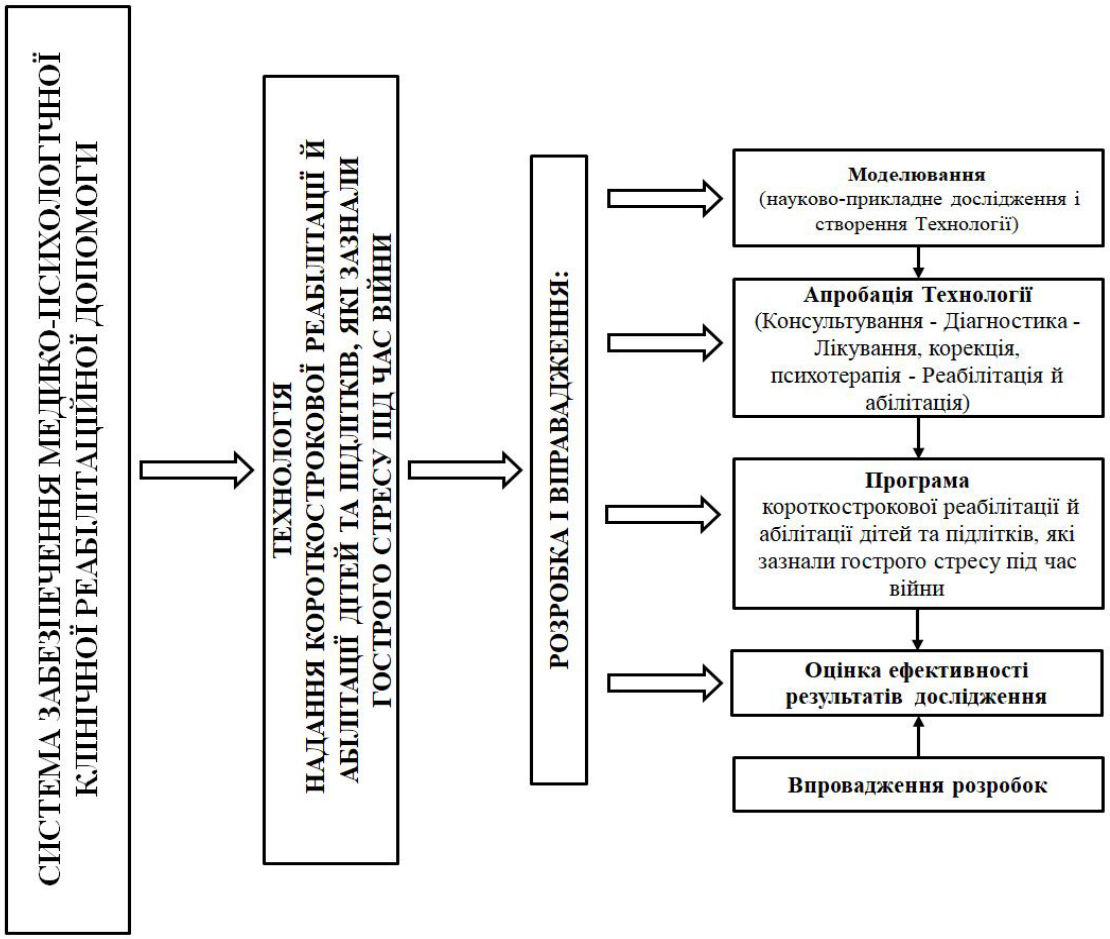


Рис. 1. Система забезпечення медико-психологічної клінічної реабілітаційної й абілітаційної допомоги

Медичним психологом проводиться первинна психологічна діагностика, обґрунтовується необхідність участі дитини в тих чи інших корекційно-розвивальних заняттях. Лікарем-педіатром здійснюється нозологічна діагностика, виявляються гострі стани або хронічні захворювання, що виникли під впливом стресового навантаження, визначаються показання щодо додаткових консультацій вузьких спеціалістів і можливості дитини до участі в різних видах реабілітаційних заходів.

Така взаємодія фахівців забезпечує динамічне спостереження за актуальним станом дитини, підвищує якість і ефективність медичної допомоги та сприяє розвитку особистісної ціннісно-орієнтованої позиції, життєстійкості, емоційної стабільності, формуванню навичок подолання щоденних стресорів, ефективного міжособистісного спілкування, зростання толерантності до інших дітей та підлітків з психосоматичними порушеннями, зокрема невротичними проявами.

На базі спеціалізованого санаторію «Косів» в Івано-Франківській області сформовано мобільну бригаду фахівців, яка надає консультативно-діагностичну, лікувальну та реабілітаційну допомогу. У санаторії проходили лікування та оздоровлення діти й підлітки, які приїжджають з дитячих будинків сімейного типу громад Дніпропетровської, Харківської, Херсонської та Донецької областей, що знаходяться в районах проведення воєнних дій.

Результати первинної психодіагностики дітей, які проходять лікування та оздоровлення в санаторії «Косів» віком від 8 до 17 років показали, що більшість обстежених дітей (84%) мають ті чи інші порушення психологічного стану, а саме:

– прояви депресивних станів спостерігалися у 40% дітей від загальної кількості;

– астенічні стани, що проявлялися у підвищеній виснаженості та відволіканні, когнітивних порушеннях (зниження уваги, мислення, пам'яті), емоційній чутливості, зустрічалися у 64%;

– порушення сну, нічні страхи, кошмарні сновидіння та часті нічні пробудження діагностовано у 56% дітей;

– підвищений рівень тривоги у вигляді станів емоційних переживань, відчутті небезпеки спостерігалися у 27% дітей. Такий показник є предиктором розвитку невротичних порушень як психологічної, так і соматичної сфери дитини;

– вегетативні порушення (серцебиття, потіння долоней та інш.) досить часто маскують різні невротичні розлади та відзначалися у 46% від загальної кількості респондентів;

– порушення поведінки (спалахи агресивності, антидисциплінарні вчинки), які у дитячому віці нерідко є еквівалентом невротичних порушень, спостерігалися у 48% дітей.

Серед дітей лише 16% не мали проявів невротичних розладів, а 35% дітей мали високий рівень ризику наявності клінічного симптомокомплексу (у т.ч. наявність одночасно ознак депресії, астенії, вегетативних розладів, порушень сну та порушення поведінки). Психодіагностичне обстеження показало, що суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я обстежених дітей мають й соціальні чинники (у т.ч. складні життєві історії, ранній травматичний досвід дітей, тривале перебування дітей), що поєднуються із впливом чинників війни. Так, під час дослідження 15% дітей відмітили, що відчувають себе в небезпеці та мають сильні страхи, пов'язані з війною.

Для встановлення взаємозв'язку психологічних та медичних чинників, було проведено аналіз об'єктивних та суб'єктивних показників. Спираючись на об'єктивні (огляд лікаря-педіатра, виписки з історії розвитку дитини, контроль артеріального тиску) та суб'єктивні (скарги дітей, анамнез їхнього життя) показники, у 38% дітей, які пройшли психодіагностику виявлено супутні діагнози (у т.ч. хронічний тонзиліт, аденоїдні вегетації, піднебінних мигдалин, астено-невротичний синдром, синдром ВСД, систолічний шум, анемія, гіпертрофія, енурез). Окресленій категорії дітей рекомендовано подальше медичне дообстеження та направлено дітей на консультацію вузьких спеціалістів (невролога, психіатра, ендокринолога). Отримані дані свідчать, що діти потребують уваги збоку спеціалістів та подальшої психокорекційної та медико-психологічної реабілітації.

За результатами первинної психодіагностики зроблено психологічні висновки щодо психоемоційного стану дітей та надано 404 психологічні консультації, здійснено відбір груп дітей для психокорекційної (79 дітей) та психореабілітаційної (65 дітей) роботи. З дітьми, які за результатами психодіагностики отримали характерний середній рівень ризику або тенденцію до підвищення за цей період було проведено психокорекційну роботу. Нами використовувались матеріали тренінгу «Діти і війна: навчання технік зцілення», підготовленого за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), комплекс стабілізаційних

дихально-релаксаційних вправ (у т.ч. за картками сили) [3]. Для психопрофілактичної та психокорекційної роботи було обрано індивідуальний та груповий формати роботи, де в обладнаному психологічному кабінеті діти в ігровій формі оволодівали навичками м'язової релаксації за Джейкобсоном, техніками дихання (напр., вправа Квітка-Свічка), зниження тривоги (вправа «Метелик»), відчуття безпечного місця (вправа «Безпечне місце») тощо. Крім того, такі заняття у форматі «Психологічного пікніка» проводились на свіжому повітрі у дендропарку санаторію «Косів», підсилюючи екологічним середовищем реабілітаційний вплив на здоров'я дітей.

До психоедукаційної та психопрофілактичної роботи можна віднести постійну роботу з вихователями та медперсоналом санаторію «Косів»: надавалися консультації вихователям, лікарям щодо психоемоційного стану дітей та врахування цих особливостей. Надано понад 15 психологічних консультацій спеціалістам служб у справах дітей, КУ «Верхньодніпровський інклюзивно-ресурсний центр» та батькам-вихователям ДБСТ Верхньодніпровського та Синельниківського районів Дніпропетровської області щодо актуального психологічного стану їхніх дітей та подальші рекомендації.

Діти, які мали характерний високий рівень ризику наявності певного клінічного симптомокомплексу (у т.ч. наявність ознак депресії, астенії, вегетативні розлади, порушення сну та порушення поведінки) проходили медико-психологічну реабілітацію засобами когнітивно-поведінкової терапії (у т.ч. за протоколами подолання тривоги, порушення сну, спалахів агресії), методикою малювання пастеллю Каракулі» за Д. Віннікотом для розслаблення, зниження м'язової, емоційної напруги та підвищення впевненості; казкотерапія (психотерапевтичні казки з подолання нічних страхів, порушення сну) та біосугестивної психотерапії (БСТ). Було сформовано групи по 6-8 дітей, з якими проводилися лікувальні сеанси (до 8) шляхом біосугестивної терапії (БСТ). Загальна кількість дітей, які пройшли БСТ склало 46 осіб. Так, після проведення БСТ відзначалося суттєве зниження показників за діагностичними шкалами, у жодного пацієнта не відмічалось показників високого рівня ризику клінічного симптомокомплексу, проте відзначалась нормалізація показників сну, покращення психоемоційного стану, зниження вегетативної симптоматики, ознак депресії, порушення поведінки.

Висновки та перспективи. Проведені медико-психологічні заходи короткострокової медико-психологічної реабілітації позитивно вплинули на психічне і фізичне здоров'я дітей. Ранній початок медико-психологічної допомоги дітям, які зазнали гострого стресу внаслідок війни, надасть можливість протистояти навіть найбільш вираженим тенденціям спотворення їхнього психічного розвитку. Пріоритетною метою дослідницької роботи є подальша розробка підходів, принципів, структури методологічних засад короткострокової реабілітації дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни.

Список використаних джерел:

1. Matiashova L., Tsagkaris C., Essar MY., Danilchenko V., Isayeva G. Children growing up in conflict zones in Ukraine and beyond need urgent mental health support. *Lancet.* 2022. 399 (10336). P. 1689-1690.

2. Українські діти потребують психологічної допомоги. Освітній омбудсмен України від 10.05.2022. URL: https://eo.gov.ua/ukrainski-dity-potrebuiut-psykholohichnoi-dopomohy/2022/05/10/.

3. Діти і війна. Навчання технік зцілення. Для дітей віком від 8 до 18 років / Патрік Сміт, Атле Дирегтов, Вільям Юле / наук.ред. Катерини Явної. Львів, 2022. 108 с.

УДК: 159.96+615851

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Марцинюк С.М., головний лікар Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря»» МОЗ України
смт. Ворохта, Івано-Франківська область, Україна
Журавель М.В., практичний психолог
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київської філії державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Київ, Україна

МЕТОДИ РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ОСОБАМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ПОДІЙ

Актуальність роботи. Збереження психологічного здоров'я українського населення є важливим моментом у ситуації сьогодення. Бойові дії на території країни спричиняють широке коло проблем. Мільйони людей покинули свої домівки та змушені знаходитись у ситуації невизначеності, ступору, заціпеніння, стресу. Активне обговорення методів профілактики та корекції психологічного здоров'я, прийняття різноманітних концепцій і програм на державному рівні є важливою складовою для суспільного та економічного розвитку держави, а також якості життя людини [7, 10, 11].

Мета роботи. Дослідити психоемоційний стан осіб, які зазнали впливу стресових подій, та провести психологічну роботу з використанням ефективних методів допомоги особистості.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося у рамках виконання НДР «Розробка технології медико-психологічної реабілітації та соціальної абілітації дітей, які зазнали психологічного насилля» (термін виконання 2020-2022 рр., номер держреєстрації – 0120U101301) та «Теоретико-методологічні засади державного регулювання медико-психологічної реабілітації та абілітації» (термін виконання 2020-2022 рр., номер держреєстрації – 0120U100628), керівник тем: Заслужений лікар України, д.держ.упр., д.мед.н., проф. О.А. Панченко. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» на базі санаторію Державного закладу «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря» Міністерства охорони здоров'я України» запровадив роботу мультидисциплінарної бригади, у складі якої був практичний психолог. Психологічна діагностика проводилась за розробленою методологією к.психол.н. А.В. Кабанцевої [6]. Таким чином, з травня по серпень 2022 року проводилась психологічна робота з внутрішньо переміщеними особами, які проживали у санаторії.

Основні результати. В результаті бесіди було встановлено, що у всіх мешканців санаторію була наявна стресова подія, а саме – воєнні дії у рідному місті та в країні, свідки ракетних ударів та обстрілів, свідки поранень, руйнація або втрата житла, переховування у підвалах та укриттях, сигнали сирен, важкий інформаційний простір, втрата звичного життя, втрата роботи або порушення навчального процесу, зміна місця проживання, розлучення з рідними та друзями, фінансова нестабільність та інше.

Анкетування та тестування проведено 118 дорослим та 60 дітям. Завдяки цій психодіагностичній роботі серед дорослих було виявлено: субклінічний та клінічний рівень

тривоги у 11,8%, субклінічний та клінічний рівні депресії – 9,3%, негативний емоційний стан – 1,7%, середній рівень емоційного стану – 86,4%; порушення сну у 33%; не задоволення собою – 28%; агресія або роздратованість: до себе – 15%, до близьких людей – 15%, до інших навколишніх людей – 33%; зниження активності протягом дня помітили 74,6%. Щодо дітей виявлено високий рівень: порушення сну у 4,4%, вегетативні розлади – 2,2%, порушення поведінки – 2,2%; середній рівень: тривога – 11,1%, порушення поведінки – 11,1%, порушення сну – 11,1%, депресія – 2,2%, астенія – 2,2%, вегетативні розлади – 2,2%. На питання щодо ситуації яка турбує дитину – 53,3% дітей відмітили «війна», «хочу додому», «турбуюсь за близьких/друзів, які залишились вдома»; щодо страхів – 35% дітей бояться «війни», «втратити близьких/батька/сім'ю», «померти»; щодо мрій – 51,7% мріють «повернутись додому», «кінець війні», «мир в країні», «перемога».

Нестабільний внутрішній стан, перевтома, порушення сну, емоційна лабільність, сензитивність, тривожна занепокоєність, депресивний настрій, підвищена чутливість до подразників, емоційна та тілесна напруга, роздратування, стрес від розчарування та відчуття образи, фрустрація та блокування потреб, труднощі адаптації, страх за майбутнє, своїх дітей, рідних, які залишились на території, де ведуться бойові дії – спектр психологічних проблем, з якими довелось працювати психологу.

Наступним етапом розпочата робота з профілактики та відновлення психологічного стану внутрішньо переміщених осіб, які дали згоду на медико-психологічний вплив. Психолог використовував у роботі навички першої психологічної допомоги, а також методи когнітивно-поведінкової терапії та арттерапевтичні техніки, а саме: ізотерапія, ігротерапія, казкотерапія, метафоричні асоціативні карти [9, 15, 17].

З дорослим контингентом зустрічі проводились переважно в індивідуальній формі або малими групами по 3-4 особи, окрема категорія сімейні консультації – мати та дитина. З дітьми проводились групові заняття, після індивідуальної бесіди. Дітей розподілено на три групи за віком: 4-6 років; 7-9 років; 10-12 років; 13-17 років. В кожній групі заняття розпочинається з ознайомлення з правилами групи та ігор для знайомства та прояву себе.

Психоосвіта, як складова психосоціальної реабілітації, була невід'ємною частиною психологічного впливу. Вона використовувалась переважно на початку терапії або при необхідності під час виявлення актуальних питань для забезпечення розуміння проблеми. Обговорювали такі теми: «Гігієна сну», «Режим дня», «Турбота про себе та стрес», «Тривожний стан», «Адаптація до умов сьогодення», «Цифровий детокс», «Здорові сімейні відносини», «Грудне вигодовування», «Щеплення на фоні стресу». За необхідності в процес психоосвіти долучався лікар педіатр.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із провідних, сучасних, науково-обґрунтованих методів психотерапії [1, с. 38]. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також неадекватні дії у відповідь на наявні проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання присутніх проблем та розладів. Відповідно критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психолога внутрішньо переміщені особи намагаються змінити дисфункційні, негативні взірці, цикли мислення та поведінки на більш об'єктивні та корисні – такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще. У процесі спільного дослідження наявних проблем вибудовуємо спільне розуміння проблеми, формулюємо цілі та методи їх досягнення. Активна участь у процесі терапії, виконання домашніх завдань, навчання методам самодопомоги дали позитивну динаміку у реабілітаційній роботі з внутрішньо переміщеними особами, що проживали у санаторії.

Арттерапія є технологією психічної гармонізації та розвитку людини, засобом вирішення внутрішніх конфліктів особистості, використання її творчого потенціалу; технологією знаходження та активізації ресурсів і поширення діапазону саморегуляції [5]. Ізотерапія має три основні позитивні моменти, які актуальні в роботі з внутрішньо переміщеними особами:

дозволяє відволікти пацієнта від хворобливих переживань; допомагає виявити та вилікувати переживання і душевні рани; сприяє зменшенню тривоги та напруженості й формує оптимальні погляди на світ [8, с. 114]. Використовувалось вільне та проєктивне малювання (малюнки «Свій страх», «Неіснуюча тварина», «Моя сім'я», «Малюнок дерева»), техніка квілінг («Метелик»), ліплення з пластиліну, плетіння з бісеру, сумісно з релаксаційною музикою дозволили зняти емоційну напругу, знизити тривожність, відволіктися від негативних думок та провести додаткову психодіагностику з дитячим контингентом.

Ігротерапія виконує три функції: діагностичну, терапевтичну і навчальну [4, с. 28], тому для роботи з дітьми, що пережили стресову ситуацію від бойових дій було обрано цей вид роботи як найоптимальніший.

Психологічні ігри та вправи тренінгу поділені на блоки за ціллю. Спочатку використовували ті, в яких головним завданням є знайомство дітей між собою, навчання ввічливо звертатися одне до одного, розвиток доброзичливості, відчуття єдності, причетності до групи, саморозкриття, самопрезентація, розвиток соціально-комунікативних навичок. Були використані такі вправи: «А мене звати…», «Я – такий», «Відкриваємо серце одне одному», «Чарівна паличка», ігри-руханки «Знайомимось!», «Велике дерево», «Компот», «Що найбільше люблю?». Наступний блок психологічних ігор направлений на навчання дітей усвідомлювати та безпечно виявляти свої відчуття та емоції, підвищення самооцінки. Вправи: «Дзеркало», «Джебериш», «Рик дракона», рольова гра «Капелюх», «Компліменти», «Чарівний дощ», «Я – хвалюсь», «Передай посмішку по колу», «У тебе все вийде!», «Гарячий стілець», арттехніки «Намалюй свій настрій», «Сонечко», «Кольоровий монстер». Діти в ході гри звільнялись від страху, накопичених емоцій, гніву, агресії, навчались взаємодії один з одним [2, 3, 13, 14, 15].

Психологічно-повчальні казки та притчі були направлені на засвоєння необхідних життєвих цінностей, навчання долати труднощі та розв'язувати проблеми: «Агресія», «Упертість», «Страхи», «Безсоння», «Примхи», «Правильне рішення», «Як мама зозулею стала», «Хто ким виріс» [12, 16].

Метафоричні асоціативні карти через метафору (асоціації) дозволили швидко отримати доступ до психотравмуючої ситуації, що, з одного боку, допомогло виявити незавершені внутрішні процеси, а з іншого – уникнути додаткової ретравматизації. Крім того, метафоричні асоціативні карти створили безпечний контекст для пошуку і моделювання рішення, запустили внутрішні процеси самозцілення і пошуку свого унікального шляху виходу з кризової життєвої ситуації. У психотерапевтичній роботі була використана колода метафоричних карт «Я та всі-всі-всі» автор К. Крюгер та В. Кирдий, а також настільна гра ТОВ «Ранок-креатив» – «Гра в асоціації».

Позитивні емоції та рефлексію отримували після перегляду кіно («Аладдін», «Кліффорд») та мультфільмів («Дракон бажань», «Я червонію», «Думками навиворіт», та інших короткометражних мультфільмів від Pixar Animation Studios).

Наприкінці кожного групового заняття з дітьми обговорювали емоції, відчуття та робили вправу «Взаємні обійми», планували сумісно наступне заняття.

Висновки. Цілісний підхід психологічної роботи з людьми, що зазнали впливу стресових подій, який вмістив психодіагностику, психоосвіту, індивідуальну та групову роботу з базовою та фокусованою психологічною підтримкою протягом всього періоду відновлення, був актуальним та завчасним. 118 дорослих та 60 дітей, з якими проводилась робота психолога, були різною мірою травмовані вимушеним переселенням через воєнні дії в країні. Апробована методологія психологічної діагностики мала ефективність у взаємодії з клієнтами, підвищення їх мотивації до співпраці з психологом, чіткому визначенні актуальних проблем респондентів. Індивідуальні та групові заходи мали позитивну динаміку щодо зміни емоційного стану дітей та дорослих завдяки використанню когнітивно-поведінкової терапії та арттерапії. Вдалося змінити фокус уваги на більш важливі життєві цінності, знайти ресурси для відновлення психоемоційного стану, навчитись навичкам саморегуляції, а також зняти напругу, агресію, знизити рівень тривожності та занепокоєння, жити «тут і

зараз» стало принципово важливим людям, які зазнали впливу стресових подій.

Список використаних джерел:

1. Андрушко Я.С. Психокорекція: навч.-метод. посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
2. Анна Льєнас. Монстрик і його кольори. Вид. «Kalamar», 2020 р. 40 с.
3. Баришполь С.В. Психологічні ігри з елементами тренінгів у початковій школі: вчителю та психологу. Х.: Вид. група «Основа», 2020. 158 с.
4. Захаров А.В. Гра як спосіб подолання неврозів у дітей. Вид.: КАРО, 2006. 416 с.
5. Карапетова О.В. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія.* 2020. № 2 (20). С. 34-39.
6. Кабанцева А.В. Информатизация процесса психодиагностики / А.В.Кабанцева, К.Г. Селиванова // *Інформаційні системи та технології в медицині*: зб. наук. пр. II Міжн. наук.-прак. конф. (ІСМ-2019). – Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. Авіа. Ін.-т», 2019. – С. 41-43.
7. Кабанцева А.В. Психологическая устойчивость ребенка в условиях информационных вызовов / А.В. Кабанцева // Теорія та практика сучасної психології. – Запорожье. – Вип. 2. – 2017. – С. 38-42
8. Осипова А.А. Общая психокоррекция: учеб. пособие. М.: Сфера, 2002. 510 с.
9. Панок В. Основи практичної психології: Підручник для вузів / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелєва: Підручник. Київ : Либідь, 2003. 534 с.
10. Панченко О.А. Информационная безопасность ребенка. К.: КВИЦ, 2016. С. 380.
11. Панченко О.А. Досвід застосування медико-психологічної клінічної реабілітації у Ворохті. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір:* матеріали III міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 червня 2022 року). – Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. – 299 с. – Режим доступу: https://doi.org/10.32837/11300.17987.
12. Притчі. Мудрість поколінь. К.: «Агенція «ІРІО», 2018. – 240 с.
13. Психосоциальная поддержка в кризисной ситуации. Методическое пособие для педагогов – Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Всеукраинский союз молодежных общественных организаций, «Христианская ассоциация молодых людей Украины». – К., 2015. – 76 с.
14. Лалакулич М.М. Релаксаційні вправи для дітей та підлітків. Інтернет ресурс: https://naurok.com.ua/relaksaciyni-vpravi-dlya-ditey-ta-pidlitkiv-33420.html.
15. Міністерство освіти і науки України «Методичні рекомендації «Перша психологічна допомога. Алгоритм дій» № 1/3872-22 від 04.04.2022.
16. Руденко А. Ігри і казки, які лікують. Вид. група «Основа», 2020, – 200 с.
17. Judith S. Beck, Aaron T. Beck. Cognitive therapy: basics and beyond. Publisher: The Guilford Press; 2nd edition (2011), P. 391.

УДК: 615.832.9:616-08-039.34

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Оніщенко В.О., кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб № 4
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна
Сердюк І.А., біофізик відділення нейрофізіології,
молодший науковий співробітник наукового відділу
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

КРІОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ КЛІНІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АБІЛІТАЦІЇ

Актуальність дослідження. Технології найближчого майбутнього спрямовані як на інтенсифікацію промислового виробництва, так і на покращення якості життя людей. Нові розробки в області біомедицини дозволять не лише знизити споживання лікарських препаратів, а й – в окремих випадках – зовсім відмовитись від них. Одним із важливих напрямків у сучасних методах реабілітації є пошук і впровадження в практику новітніх технологій зокрема у фізіотерапії, спрямованих на підвищення ефективності відновлювального лікування хворих і профілактику захворювань. У цьому контексті перспективною є кріотерапія – сукупність фізичних методів лікування, реабілітації та профілактики різних нозологічних форм захворювань, заснованих на використанні холодового фактора [1, 7]. Ця технологія за допомогою впливу екстремального холоду на людський організм сприяє включенню його резервних можливостей, активізації імунної системи. Перспективи її застосування у клінічній практиці очевидні.

Основні види кріотерапії: загальна та локальна, попри схожість фізичного фактора, дають принципово різні результати. Загальна кріотерапія подразнює все рецепторне поле шкіри й впливає на центральну нервову систему. Основна лікувальна ефективність кріопроцедур пов'язана зі стресовим стимулюючим впливом на гіпотоламо-гіпофізарно-надниркову-залозну систему, через стимуляцію периферичного кровообігу. Короткочасний вплив на організм людини екстремально низької температури є своєрідним фізіологічним стресом. Суть реакції на стресор полягає в активації всіх систем організму, необхідної для повернення організму до нормальних умов існування. Загальна екстремальна аерокріотерапія (ЗЕАКТ) є ідеальним засобом підвищення опірності до стресів, відновлення гомеостатичних механізмів і тренінгу фізіологічних резервів. Вона покращує психоемоційний стан пацієнтів. Вже після першої процедури практично всі хворі, які лікувалися у повітряних установках, відзначають поліпшення настрою, з'являється відчуття свіжості, легкості й навіть невеликої ейфорії. Зниження особистих розладів проявляється в зменшенні рівня астенії, тривожності, емоційної пригніченості, напруженості. Це відбувається шляхом викиду ендорфінів і енкефалінів [3, 4]. Локальна кріотерапія викликає місцеві ефекти.

Велика кількість проведених наукових досліджень довела високу клінічну ефективність короткочасного впливу екстремально низької температури на організм людини, що значно розширило можливості традиційних методів лікування, а в деяких випадках навіть перевершило їх за своєю ефективністю. З кожним роком зростає список патологій, при яких лікування холодом дає однозначний позитивний ефект [2, 5, 9].

Результати таких досліджень нині активно застосовуються при відновлювальному лікуванні та реабілітації пацієнтів з різноманітною патологією опорно-рухового апарату в реабілітаційних клініках, ревматологічних центрах, а також спортивно-медичних установах в Європі. Досвід європейських країн (Німеччини, Франції, Польщі) демонструє високу ефективність методів загальної та локальної кріотерапії, а також доцільність їх включення до лікувальних та реабілітаційних програм в Україні.

Наявний досвід використання загальної екстремальної аерокріотерапії з лікувальною і профілактичною метою в реабілітації та абілітації свідчить про перспективність і безпеку використання даного методу для відновлення адекватного психоемоційного стану та психічної працездатності.

Мета: наукове обґрунтування застосування кріотерапії в системі клінічної реабілітації та абілітації.

Основні результати. Головною метою комплексної системи реабілітації, як результату цілеспрямованих зусиль в медичному, соціальному, педагогічному, економічному аспектах, є саме відновлення порушених функцій організму після захворювання чи порушеного стану та покращення якості життя.

Клінічна реабілітація має два важливих і принципових аспекти: психологічний і власне медичний, що обумовлює необхідність комплексного підходу із залученням різноманітних фахівців суміжного профілю (психологів, фізіотерапевтів, психотерапевтів, реабілітологів та ін.). Задача базової медичної складової – відновлення здоров'я хворого, порушених фізіологічних функцій, не тільки до початкового стану органів і систем, а й визначення межі функціональних можливостей людини в її подальшому повсякденному житті. Медикаментозне лікування будується за звичайними правилами фармакотерапії з тенденцією до максимального скорочення лікарського навантаження.

Чільне місце належить немедикаментозним методам, тобто фізичній реабілітації, що є частиною клінічної реабілітації та застосовується на всіх періодах та етапах відновлення, вона є також процесом, який спрямований на всебічну допомогу хворим та інвалідам для відновлення повноцінних можливостей людини. Фізична реабілітація своєю чергою поділяється на активну та пасивну. До активних засобів фізичної реабілітації відносять всі форми ЛФК, кінезотерапію, механотерапію, ерготерапію. До пасивних засобів фізичної реабілітації належать: бальнеотерапія, масаж, мануальна терапія, рефлексотерапія, природні фізичні фактори. Важливим аспектом сучасного розуміння клінічної реабілітації є її звертання на особистість пацієнта, прагнення зробити його активним учасником реабілітаційного процесу та в результаті до мінімуму скоротити різницю між досяжним та бажаним для нього статусом у суспільстві. Оскільки без урахування психологічного статусу особи, її соціальної адаптації неможливо говорити про повноцінне функціонування особистості, тому вже не є актуальною реабілітація тільки фізичного стану пацієнтів.

На базі Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», створено комплексну модель клінічної реабілітації та абілітації. Клінічна реабілітація здійснюється шляхом проведення комплексу лікувальних, оздоровчо-профілактичних заходів з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних та нетрадиційних методів відновлюваного лікування лікарями та іншими фахівцями відповідної спеціальності за напрямком антикризової терапії. Принцип диференційованого індивідуального характеру реабілітаційних заходів у пацієнтів з різною патологією дозволяє підвищити терапевтичний ефект та економічну доцільність.

Одним із перспективних методів клінічної реабілітації є загальна екстремальна аерокріотерапія, клінічна ефективність якої залежить від характеристик температурного впливу (інтенсивність, тривалість, періодичність впливу) та індивідуальних особливостей пацієнта (вид патології, вік, стать, переносимість низької температури). ЗЕАКТ активізує всі адаптаційні ресурси організму: терморегуляцію, імунну, ендокринну і нейрогуморальну системи; не викликає негативних стресових реакцій. Рівень адренокортикотропного гормону не підвищується, кортизолу – знижується. Покращується психоемоційний стан пацієнтів. Встановлено, що екстремальний кріовплив сприяє поліпшенню функціонування системної

гемодинаміки, показників вегетативної регуляції, фізичної працездатності; дозволяє оптимізувати обмінні процеси, підвищити активність антиоксидантної системи й механізмів неспецифічної резистентності.

У лікувальній практиці Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» метод загальної екстремальної аерокріотерапії застосовується з 2008 році за допомогою кріокамери «Cryo Therapy Chamber» (Zimmer Midizin Systeme, Німеччина), що створює екстремально низьку температуру (нижче -100°С). Охолоджуючим середовищем є звичайне атмосферне повітря, що робить процедуру нешкідливою та екологічною. Кріокамера з охолодженим до -110ºС повітрям є оптимальною установкою для проведення кріотерапевтичних процедур. Вплив відбувається на всю поверхню тіла, включаючи голову, у зв'язку, з чим відсутня різниця градієнтів температур. Будова камери дозволяє проводити як індивідуальні, так і групові (по 3-4 пацієнти), що є важливим психотерапевтичним фактором [4].

Пацієнтів відбирають на підставі критеріїв включення (вік, патологія) і виключення (артеріальний тиск вище 160/100 мм рт ст перед проведенням процедури, клаустрофобія, гострі інфекційні, вірусні захворювання, вагітність, годування груддю та ін.) із дослідження. Процедури проводять згідно з вимогами Гельсінської декларації. Від всіх пацієнтів отримують добровільну інформовану згоду на вплив екстремально низькою температурою й обстеження в процесі даного виду впливу.

Для оцінки стану пацієнтів, які проходять курс ЗЕАКТ розроблений перелік обстежень, які дозволяють отримати дані про наявність протипоказань, ступеня вираженості тієї чи іншої патології, динаміки стану кожного хворого в процесі курсу. Це клінічні, антропометричні, фізіологічні, нейрофізіологічні, психофізіологічні, біофізичні, психодіагностичні, клініколабораторні, біохімічні, нейрогуморальні.

Процедури проводяться за методикою О.А. Панченка: тривалість перебування пацієнта в передкамері перед входом в основну камеру становить 30 секунд, після виходу з неї – 10 секунд; знаходження в основній камері: перший день – 30 секунд, другий день – 1 хвилина, третій – 2 хвилини, четвертий і наступні дні – 3-4 хвилини; кількість процедур в курсі становить від 20 до 30. Сеанс кріотерапії відпускається щодня по 1 процедурі в день [6]. Здійснюється контроль над системою терморегуляції пацієнтів, що проходили курс кріотерапії, необхідний не тільки для забезпечення безпеки методу і зниження ризику обмороження, але також і для вибору оптимальної схеми проведення кріопроцедур в кожному конкретному випадку. Для цього безконтактним інфрачервоним медичним термометром «Flash Pen» (TFA, Німеччина) визначають поверхневу температуру на відкритих ділянках тіла, що безпосередньо контактують з холодовим фактором, а саме в 12 симетричних маркованих точках − на стегнах, на спині, на грудях, на плечах, на передпліччях, на гомілках [4].

Розроблений спосіб контролю системи терморегуляції дозволяє за допомогою оцінки фактичного приросту сумарної поверхневої температури тіла вибирати оптимальний режим кріопроцедури індивідуально для кожного пацієнта. Індивідуалізація процедур загальної екстремальної аерокріотерапії за тривалістю перебування дозволяє підвищити ефективність методики та розширити діапазон її застосування.

Для здорового організму ЗЕАКТ є ідеальним засобом тренінгу фізіологічних резервів та підвищення опірності до стресу і фізичних навантажень. Її реабілітаційний вплив заснований перш за все на відновленні гомеостатичних механізмів, причому ефект гармонізації та нормалізації діяльності всього організму зберігається після одного курсу кріопроцедур не менше 6 місяців та впливає на біологічний вік.

Сьогодні в міру усвідомлення лікарями можливостей загального кріотерапевтичного впливу відвідуваність кріокамер зростає, а кріотерапія поступово підміняє інші види фізіотерапевтичних процедур. Універсальні можливості загальної кріотерапії демонструють те місце, яке може і має зайняти цей метод у практиці лікарів-клініцистів.

З 2012 року у лікувальній практиці закладу застосовується локальна кріотерапія за допомогою апарату «Cryo 6» (Zimmer Medizine Systeme, Німеччина). Основні ефекти дії

локальної кріотерапії: зняття болю, зменшення запального набряку та ліквідація м'язового спазму. Місцева холодова дія призводить до локального уповільнення обмінних процесів в охолоджених тканинах, зниження потреби та споживання ними кисню.

Локальна кріотерапія в системі клінічної реабілітації проводиться за індивідуально розробленими програмами та має виражені терапевтичні ефекти при лікуванні запалювальних захворювань та травм через активацію кровообігу в тканинах та покращення їх живлення корисними речовинами. Тривалість процедури від 3 до 15-18 хв, курс лікування – 5-15 процедур. Допускається проведення 2-х процедур на добу з інтервалом не менше 6 годин при гострому больовому синдромі.

Висновки.

1. Організація клінічної реабілітації передбачає взаємодію лікарів-спеціалістів, психологів, що дозволяє комплексно оцінити стан хворого на початку реабілітації, сформулювати реабілітаційний діагноз, провести реабілітаційні заходи, оцінити їх ефективність в динаміці й після завершення курсу задля досягнення мети індивідуальної програми реабілітації та подальших рекомендацій на наступних етапах реабілітації хворого.

2. Широка сфера застосування кріотерапії в різних областях медицини, технічне вдосконалення та низький відсоток побічних ефектів дозволяє застосовувати цей метод фізіотерапії в лікуванні, реабілітації, абілітації та профілактиці багатьох захворювань.

3. Загальна екстремальна аерокріотерапія є ідеальною моделлю психофізіологічного стресу, в результаті якого відбувається оптимізація психофізіологічного та психологічного стану людини, тренування психофізіологічних резервів, підвищення опірності та адаптаційного потенціалу організму й психіки при стресовому та фізичному навантаженні, відновлення гомеостатичних механізмів.

4. Індивідуалізація процедур загальної екстремальної аерокріотерапії за тривалістю перебування та температурним режимом дозволяє розширити діапазон застосування методики, підвищити ефективність та об'єктивізувати дані про кріотерапію як ефективний лікувальний вплив.

Список використаних джерел:

1. Матрошилін О.Г., Рогаля Ю.Л. Застосування загальної повітряної кріотерапії у фізичній реабілітації. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2015. Вип. 5 (1). С. 167-170.

2. Оніщенко В.О. Реабілітація пацієнтів з кардіологічною патологією із застосуванням загальної екстремальної аерокріотерапії. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини» (Костянтинівка, Донецька обл., 20 жовтня 2020 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2020. С. 162-166.

3. Панченко О.А, Оніщенко В.О., Сердюк І.А. Біологічні ефекти кріотерапії: обґрунтування доцільності застосування методу в практиці підготовки спортсменів. Український журнал медицини, біології та спорту. Том 5, № 2 (24). 2020. С.147-151.

4. Панченко О.А. Криотерапия: монография / О.А. Панченко. К.: КВИЦ, 2013. 184 с.

5. Панченко О.А. Методология применения криотерапии во врачебной практике. Problems Cryobiol Cryomed. 2019. 29 (2). С.137-147.

6. Спосіб проведення загальної повітряної кріотерапії за методикою Панченка О.А.: пат. 91816 Україна, МПК (2014.01), A61B 5/00. № u201403031; заявл. 25.03.2014; опубл. 10.07.14, Бюл. № 13. 5 с.

7. Cryotherapy. Theoretical bases, biological effects, clinical applications / Edited by: A. Sieron, G. Cieslar, A. Stanek. Alfamedica press, 2010. 158 p.

8. Panchenko O, Sliwinsky Z. Cryotherapy as Part of the Post-Stress Disorder Rehabilitation Complex. Fizjoterapia Polska. Agencja Wydawnicza Medsportpress, 2017; 4 (17): P. 62-68.

9. Winfried Papenfuв. Power from the Cold / Winfried Papenfuв. – Edition k, holder: Friedrich Kehrer, Regensburg, 1st edition (in English) July 2006. 143p.

УДК: 616.13/.14:614.215

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Радченко С.М., кандидат медичних наук,
завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини
Київської філії державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Київ, Україна
Марцинюк С.М., головний лікар Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря»» МОЗ України
смт Ворохта, Івано-Франківська область, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ СУДИННИХ РОЗЛАДІВ В САНАТОРНИХ УМОВАХ ПРИКАРПАТТЯ

Актуальність роботи. Розвиток системи ефективної медичної реабілітації з урахуванням сьогоднішнього рівня громадського здоров'я без сумніву можна віднести до числа важливих медико-соціальних завдань сучасної медицини. Ефективний розвиток системи медичної реабілітації потребує постійних розробок її теоретичного фундаменту, в рамках якого формуються науково обґрунтовані принципи побудови реабілітаційного процесу. Але в сучасних умовах війни, які відбуваються в Україні практично відсутня вдосконала система реабілітаційної допомоги [1, 3].

Упродовж останніх 2 років почала відбуватись реорганізація реабілітаційної служби в напрямку налагоджування системи медичної реабілітації судинної патології головного мозку на рівні світових стандартів в Україні. Попри зрушення, які відбуваються в нашій країні в рамках реформи охорони здоров'я, процес формування реабілітаційної інфраструктури в Україні, яка б сприяла усуненню обмежень життєдіяльності осіб з інвалідністю чи найбільш повній їх компенсації, значно відстає від потреби та не відповідає вимогам сьогодення [2].

Тому практичне значення має аналіз реабілітаційної допомоги в умовах санаторію «Гірське повітря» (смт Ворохта, Івано-Франківська область).

Мета: проаналізувати стан реабілітаційних заходів судинних розладів внутрішньо переміщеним особам (ВПО) в умовах санаторію «Гірське повітря» (смт Ворохта, Івано-Франківська область).

Основні результати. У зв'язку з воєнним станом, який був введений в Україні та за наказом МОЗ України від 9 квітня 2022 року № 601 «Про організацію діяльності державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», до завершення дії воєнного стану державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» тимчасово проводить свою діяльність в Івано-Франківській області.

Згідно з наказом № 44 від 02.05.22 року «Щодо організації роботи ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України в умовах воєнного стану та ведення активних бойових дій на території Донецької області» була сформована мобільна бригада по Івано-Франківській області.

На базі ДЗ «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря» МОЗ України була сформована мобільна бригада у складі: лікар-невролог, практичний психолог, лікар-психіатр-психотерапевт, лікар-ендокринолог, лікар-педіатр, фізичний терапевт, лікар з УЗД, медична сестра та на базі ДЗ «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Косів» МОЗ України – лікар-педіатр, медичний психолог.

Профіль санаторіїв, відповідно в Ворохті та Смодном, не відповідає профілю мультидисциплінарної мобільної бригади, а згідно з уставом вони функціонують щодо реабілітації легеневої патології, а саме ХОЗЛ та туберкульоз.

Але не зважаючи на особливості санаторію «Гірське повітря» у лікувально-діагностичному корпусі, керівництвом закладу було виділено приміщення (кабінети), а саме: кабінет консультативного прийому лікаря-невропатолога, лікаря педіатра, кабінет ультразвукових та доплерографічних обстежень та на території санаторію «Косів» у лікувально-діагностичному корпусі: кабінет педіатра і кабінет медичного психолога, які активно використовуються для надання високоспеціалізованої консультативно-діагностичної та реабілітаційної допомоги.

«Бригадний» принцип організації реабілітаційної допомоги дозволив комплексно оцінити стан пацієнтів на початку реабілітації, сформувати план проведення та оцінити ефективність реабілітаційних заходів в динаміці й після завершення курсу лікування.

У дослідженні ефективності застосування реабілітаційних програм в осіб з дисциркуляторною енцефалопатиєю I-II ступеня брали участь 269 осіб, що знаходилися у санаторії (I 67.2 – I 67.4 за МКХ-10). Пацієнтам було запропоноване реабілітаційне лікування за індивідуальною програмою реабілітації.

Зовнішній огляд, опитування пацієнтів на наявність скарг на поточний стан здоров'я надали можливості виділити осіб з дисциркуляторною гіпертонічною енцефалопаптією (178 осіб у середньому віці 51±1,7 рік) та дисциркуляторною атеросклеротичною енцефалопаптією (91 особа у середньому віці 55±1,6 років).

Дослідження церебральної гемодинаміки та магістральних судин шиї проводили з використанням програмно-апаратного комплексу «Aplio 5000» (Японія), призначеного для реєстрації, збереження й аналізу доплерограм. Доплерографію проводили в триплексному режимі: екстракраніально досліджували загальну сонну (ЗСА) і хребетну артерії (ХА), інтракраніальним ангіосканування – надблокову (НБА) і передньомозкову (ПМА) артерії. Вимір показників кровотоку в ХА, ПМА виконували за допомогою секторного датчика з магістральною частотою 2.0 МГц, НБА – з частотою датчика 8.0 МГц, ЗСА – з частотою 4.0 МГц. Для кількісної оцінки кровотоку в артеріях визначали максимальну і мінімальну швидкість кровотоку, інші показники, що розраховувалися за даними безпосередньо вимірюваних параметрів доплерограм.

Спектр реабілітаційних засобів включав медико-психологічну реабілітацію та фізіотерапевтичне лікування, медикаментозне лікування (за нозологією відповідно до стандартів медичної допомоги).

Ефективність реабілітаційних заходів оцінювалась в динаміці за результатами аналізу індивідуальних програм реабілітації хворого (інваліда) за визначеними критеріями ефективності реабілітації.

Регрес клінічної симптоматики спостерігався у 267 випадках (92,6%), у 2 випадках (7,4%) позитивна динаміка не спостерігалася у зв'язку зі стійким органічним синдромом після перенесених двох гострих порушень мозкового кровообігу.

За даними ультразвукової доплерографии (УЗДГ) позитивна динаміка спостерігалася у 267 пацієнтів (92,6%), що вказує на зменшення проявів органічного синдрому в осіб з дисциркуляторной енцефалопатією (ДЕП), що своєю чергою вказує на поліпшення мозкової гемодинаміки.

Діагностичне психологічне обстеження пройшли 269 пацієнтів з судинною патологією. Нестабільний внутрішній стан, перевтома, порушення сну, емоційна лабільність, сензитивність, тривожна занепокоєність, депресивний настрій, підвищена чутливість до подразників, емоційна та тілесна напруга, роздратування, стрес від розчарування та відчуття образи, фрустрація та блокування потреб, страх за майбутнє, своїх дітей, рідних, які залишились на території, де ведуться бойові дії – спектр психологічних проблем, з якими довелось працювати психологу. Психокорекційна робота проводилась в індивідуальному та груповому форматі. Всім особам з судинною патологією була проведена психологічна реабі-

літація. В індивідуальній психокорекційній роботі використовувалась когнітивно-поведінкова терапія, яка була направлена на критичне переосмислення свого сприйняття дійсності та своєї поведінки, за допомогою психолога внутрішньо переміщені особи змінили дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення й поведінки на більш об'єктивні та корисні – такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще. Актуальним було усвідомлення принципу «тут і зараз», коли пацієнти фокусували увагу на тому, що відбувається в цьому місці і в цю секунду, вимикаючи роздуми про минуле та майбутнє. Навчання навичкам саморегуляції – антистресове дихання, аутогенне тренування, м'язова релаксація, візуалізація ресурсного стану (вправи «Море» та «Водоспад»). Активна участь осіб у процесі терапії, виконання ними домашніх завдань, навчання методам самодопомоги дали позитивну динаміку у психокорекційній та психопрофілактичній роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Позитивна динаміка психоемоційного стану спостерігалась у 269 осіб (100%).

Висновки. Високоспеціалізована реабілітаційна допомога в сучасних умовах війни є важливою ланкою процесу реабілітації, оскільки її правильна організація відкриває реальні можливості для збереження або відновлення функціонування пацієнтів у суспільстві.

Запропоновані підходи до організації реабілітаційної допомоги хворим з органічним ураженням судин головного мозку, дозволяють оптимізувати застосування заходів, технологій і ресурсів для досягнення цілей реабілітації в сучасних умовах, об'єктивно оцінити стан здоров'я пацієнтів в динаміці, що підтверджується на прикладі організації роботи мультидисциплінарної бригади.

Профіль санаторіїв, відповідно в Ворохті та Смодном, не відповідає профілю мультидисциплінарної мобільної бригади, а згідно з уставом вони функціонують в режимі реабілітації легеневої патології, а саме ХОЗЛ та туберкульоз.

За даними психологічних обстежень було показано, що за весь термін роботи зменшилась кількість осіб з емоційною напругою, агресивністю, антидисциплінарними вчинками, завдяки медико-психологічної реабілітації, а також роботі психологів у відібраних групах психологічної реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Засади реабілітаційно-абілітаційного напрямку охорони психічного здоров'я людини. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини» (Костянтинівка, Донецька обл., 20 жовтня 2020 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2020. С. 36-40.

2. Радченко С.М. Нейрофизиологические стигмы сосудистой патологии головного мозга. IX Международная научно-практическая конференция «Dynamics of the development of world science» (13-15 мая 2020 года Ванкувер, Канада) С. 897-903.

3. Panchenko Oleg, Radchenko Sergiy Rehabilitation programs for the patients who suffer of various vascular and emotionalvolitional state disorders: The International Disabled People's Day XXIV – edition Life Without Pain Healthy Children - Healthy Europe Zgorzelec 15-17 March 2018. P. 93.

УДК: 616.89:364.622-786]-08-039.31:614.215 (477.86)

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Радченко С.М., кандидат медичних наук,
завідувач відділення фізичної та реабілітаційної медицини
Київської філії державного закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Київ, Україна
Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна
Марцинюк С.М., головний лікар Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря»» МОЗ України
смт Ворохта, Івано-Франківська область, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА БАЗІ САНАТОРІЮ «ГІРСЬКЕ ПОВІТРЯ» В ВОРОХТІ ТА САНАТОРІЮ «КОСІВ» В СМОДНОМ, ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Актуальність роботи. Медико-психологічна реабілітація, є основною складовою часткою системи комплексної реабілітації пацієнтів, нерідко має першорядне значення, оскільки без повноцінного відновлювального лікування практично неможливе ефективне проведення соціально-побутової та професійної реабілітації. Об'єктом медико-психологічної реабілітації є хворі, які внаслідок захворювання мають високий ризик тривалої непрацездатності чи стійкого зниження соціально-побутової активності [1, 2]. Так, за офіційними даними сучасний стан здоров'я дорослого населення України характеризується збільшенням частки хронічної патології в структурі захворюваності та зростанням ускладнень захворювань. За даними ВООЗ, медичної реабілітації потребують 20-25% від загальної кількості пацієнтів, які лікувалися в стаціонарі, і 40-50% амбулаторних хворих [1].

Мета роботи – проаналізувати досвід застосування медико-психологічної реабілітації мультидисциплінарною бригадою на базі санаторію «Гірське повітря» (смт Ворохта) та санаторію «Косів» (с. Смодне) Івано-Франківська область.

Основні результати. У зв'язку з воєнним станом, який був введений в Україні та за наказом МОЗ України від 9 квітня 2022 року № 601 «Про організацію діяльності державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», до завершення дії воєнного стану державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України» тимчасово проводить свою діяльність в Івано-Франківській області.

Згідно з наказом № 44 від 02.05.22 року «Щодо організації роботи ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України в умовах воєнного стану та ведення активних бойових дій на території Донецької області» була сформована мобільна бригада по Івано-Франківській області, яка з 02.05.22 року працює на базі санаторіїв: Державного закладу «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря» смт Ворохта та державному закладу «Спеціалізований

(спеціальний) санаторій «Косів» МОЗ України» с. Смодне Івано-Франківській області.

На базі ДЗ «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря» МОЗ України була сформована мобільна бригада у складі: лікар-невролог, практичний психолог, лікар-психіатр-психотерапевт, лікар-ендокринолог, лікар-педіатр, фізичний терапевт, лікар з УЗД, медична сестра та на базі ДЗ «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Косів» МОЗ України – лікар-педіатр, медичний психолог.

За 5 місяців роботи було здійснено 28 235 відвідувань до фахівців мобільної бригади з питань консультативно-діагностичної допомоги, у тому числі: невропатолога – 3 805, ендокринолога – 4 830, педіатра – 6 830, дитячого кардіоревматолога – 1 780, практичного психолога – 3 775, лікаря УЗД – 5650, виконано УЗДГ – 1 568, клінічну медико-психологічну реабілітацію отримали 9 693 особи, у тому числі практичного психолога – 1 484, лікарів педіатрів, лікаря-кардіоревматолога – 8 209. Медико-психологічну реабілітацію отримали 31% осіб, від загальної кількості, які пройшли медико-психологічне консультування.

Консультацію лікаря-невролога отримало 3 805 осіб. З них дорсо-плексопатії склали 37%, відповідно, чоловіків – 11%, жінок – 89%, з них: гострий попереково-хребцовий радикуліт склав – 5%, з загостренням хронічної вторинної вертеброгенної цервіко-дорсопатії з вираженим больовим та м'язово-тонічним синдромами склали відповідно – 32%, з них: чоловіки – 2%, жінки – 30%. Судинні розлади головного мозку склали 63%, відповідно чоловіків – 5%, жінок – 95%. Дисциркуляторна гіпертонічна енцефалопатія спостерігалась у 24%, дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія – 27%, дисциркуляторна енцефалопатія змішаного ґенезу – 8%, наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу – 4%. На медико-психологічну реабілітацію було направлено – 1 902 особи, що склало – 50%.

Консультацію лікаря-ендокринолога отримало 4 830 осіб. З них захворювання щитоподібної залози складало 87%, відповідно, чоловіків – 31%, жінок – 69%, з них: гіпертеріоз склав 41%, післяопераційний гіпотеріоз склав 11%, феохромоцитома склала 3%; ожиріння склало 13%, з них: чоловіки – 1%, жінки – 99%.

Педіатром в санаторії «Гірське повітря» проведено 3 150 консультацій, мешканців санаторію. Патологія дитячого віку 3 міс – 4 роки: ГРВІ – 213 випадків, кропив'янка з хронічним перебігом – 6, алергічний дерматит – 9, постковідний кардит, Н0 – 1 випадок, хр. герпетична інфекція – 12 випадки, інфекція сечовивідних шляхів – 14. У дітей 5-17 років на прийомі педіатра превалює патологія лор органів рецидивуючий тонзиліт – 1 517 (48,2%) випадків, часто хворіючі діти з герпетичною хронічною інфекцією – 100 (3,17%) випадків, порушення постави та сколіоз – 751 (23,8%) випадків, ожиріння – 37 (1,18%) випадків, зниження маси тіла – 400 (12,7%) випадки, юнацький зоб – 54 (1,71%) випадків, неврози нав'язливих рухів – 46 (1,46%) випадків, хронічний пієлонефрит – 17 (0,54%) випадків, хронічний цистит – 19 (0,6%) випадків, інфекція сечовивідних шляхів – 18 (0,57%) випадків. Всім дітям призначене обстеження, лікування, проведено антропометрію, визначення ЧСС, АТ, сатурації. Діти з патологією верхніх дихальних шляхів, неврозами отримували медико-психологічну реабілітацію. Кардіоревматологом проконсультовано 1 780 осіб дитячого віку, мешканців санаторію. В ході обстеження проведено 890 (50%) ЕКГ, виявлено порушення серцевого ритму: тахікардія – 120 (13,5%) випадків, брадикардія – 65 (7,3%) випадків, синкопи – 30 (3,4%) випадків, блокади ніжок Гіса – 27 (3%) випадків, синдром WPW – 18 (2%) випадків, які мають сімейний характер; анемія – 43 (4,8%) випадки, ВСД по гіпотензивному типу – 27 (3%) випадків, артеріальна гіпертензія – 25 (2,8%) випадків. Діти проходили обстеження лабораторні, функціональні (ЕКГ, УЗД та ЕХО-КС), отримували медико-психологічну реабілітацію та лікування.

Педіатром санаторію «Косів» проведено 3 680 консультацій. У дітей 5-17 років на прийомі педіатра превалює патологія лор-органів: хронічний тонзиліт – 1 403 особи, хронічний аденоїдит – 200 особи, синусит – 10 осіб, кропив'янка – 10 осіб, гіпертрофія піднебінних мигдаликів – 410 осіб, гострий фарингіт – 112 осіб; синдром ВСД – 36 осіб, гостра інфекція верхніх дихальних шляхів – 440 особи, забиття – 5 осіб, колота рана – 1 особа, закритий

перелом – 2 особи, фурункульоз – 1 особа, функціональний розлад кишківника – 17 осіб. Всім дітям було призначено обстеження, лікування та реабілітаційні заходи. Діти з патологією верхніх дихальних шляхів, отримували комбіновану реабілітацію, за необхідністю в поєднанні з медико-психологічною реабілітацією.

Кількість відвідувань до лікаря УЗД на обстеження щитоподібної залози, склала 3 355. З них патологія щитоподібної залози – 81% (аутоімунний тиреоідит – 38,2%, гіперплазія – 43,1%, вогнищеві зміни – 18,7%), від загальної кількості обстежень. Кількість відвідувань до лікаря УЗД щодо обстеження черевної порожнини, суглобів, молочної залози, склала 2 295. З них патології органів черевної порожнини – 32,6% (гепатомегалія, дифузні зміни печінки – 23%, портальна гіпертензія – 7,9%, хронічний холецистит – 34,6%, дифузні зміни підшлункової залози – 28,3%, спленомегалія – 6,2%) органів позаочеревинного простору – 15,3% (дифузні зміни паренхіми нирок – 27,8%, кісти нирок – 33,5%, нефроптоз – 21,6%, сечокам'яна хвороба – 17,1%), молочних залоз 15,4% (фіброзно-кістозна мастопатія – 52,3%, вогнищеві зміни – 35,1%, дуктектазія – 12,6%), щитоподібної залози – 21% (аутоімунний тиреоідит – 28,4%, гіперплазія – 32,5%, вогнищеві зміни – 39,1%), суглобів – 10,7% (бурсіт – 27,2%, деформуючій остеоартроз – 56,4%, імпіджмент синдром – 16,4%), лімфатичних вузлів – 2%; з них чоловіків 14,3%, жінок 85,7%; дітей 68% від загальної кількості обстежень.

Також виконано 1 568 доплерографічних досліджень, з них: 1 001 дослідження головного мозку, хребта – 253 та досліджень нижніх кінцівок – 314. За даними обстеження у 53% осіб спостерігалися органічні ураження головного мозку, у 47% осіб спостерігалися функціональні зміни судин головного мозку. За даними обстежень нижніх кінцівок спостерігались органічні судинні зміни у 18%, венозні порушення у 17% пацієнтів.

До практичного психолога в санаторії «Гірське повітря» було здійснено 1 120 відвідування, з них 430 – діти. Діагностичне обстеження пройшли 703 дорослих та 170 дітей. Психокорекційна робота проводилась в індивідуальному та груповому форматі. Таким чином, 490 дорослим та 112 дітям (102 дитини віком від 4 до 16 років; 10 дітей – від народження до 3 років) проведена психологічна реабілітація.

Практичним психологом на базі санаторію «Косів» на основі пакета психодіагностичних методик було проведено первинну психодіагностику дітей, які проходили лікування та оздоровлення в санаторії «Косів», у кількості 364 дитини віком від 6 до 17 років з Дніпропетровської, Харківської, Донецької областей, де проживали в дитячих будинках сімейного типу.

Більшість обстежених дітей, а саме 300 дітей, що становить 82,4% від загальної кількості обстежених, мають ті чи інші порушення психологічного стану, а саме: прояви депресивних станів спостерігаються у 150 дітей (41,2% від загальної кількості), серед яких 100 дітей (27,5%) мають середній та 50 дітей (13,7%) високий рівень розвитку даного симптомокомплексу; астенічні стани, що проявляються у підвищеній виснаженості та відволікання, когнітивних порушеннях (зниження уваги, мислення, пам'яті), емоційна чутливість зустрічається у 164 дітей (45,1% від загальної кількості), серед них середній рівень у 121 дитини (33,2% від загальної кількості) та високий у 43 дітей (11,8% від загальної кількості); порушення сну, нічні страхи, кошмарні сновидіння та часті нічні пробудження є найбільшими скаргами серед дітей. За результатами психодіагностики 61 дитина (16,75% від загальної кількості) має такі порушення, серед них середній рівень ризику має 41 дитина (відповідно 11,3% від загальної кількості) та високий у 20 дітей (5,5% від загальної кількості); підвищений рівень тривоги у вигляді станів емоційних переживань, відчутті небезпеки спостерігається у 76 дітей (20,1% від загальної кількості) з середніми та високими показниками відповідно у 13 (3,6%) та 5 (1,4%) дітей.

Психодіагностичне обстеження показало, що суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я обстежених дітей мають і соціальні чинники (у т.ч. складні життєві історії, ранній травматичний досвід дітей, тривале перебування дітей в екстремальних умовах), які поєднуються із впливом чинників війни. Так, під час дослідження 110 дітей (30,2% від загальної

кількості) відмітили, що відчувають себе в небезпеці та мають страхи, пов'язані з війною. Таким чином, на основі результатів психодіагностичного дослідження було виявлено дві групи дітей, які мають середній (75 дітей, 20,6% від загальної кількості) та високий (35 дітей, відповідно 9,6%) рівні наявності клінічного симптомокомплексу (у т.ч. наявність одночасно ознак депресії, астенії, вегетативних розладів, порушень сну та порушення поведінки).

Висновки. Мультидисциплінарна мобільна бригада працювала і працює в умовах санаторіїв «Гірське повітря» та «Косів» та виконує консультативно-діагностичну та медико-психологічну реабілітаційну допомогу згідно з профілем фахівців внутрішньо переміщеним особам (ВПО).

Профіль санаторіїв, відповідно в Ворохті та Смодном, не відповідає профілю мультидисциплінарної мобільної бригади, а згідно з уставом виконують функції щодо реабілітації легеневої патології, а саме ХОЗЛ та туберкульоз.

За п'ятимісячний термін змінилась структура неврологічної патології. Так у травні місяці переважала вертеброгенна патологія у вигляді дорсо-плексопатій, радікулітов, радікулоневритів, що було пов'язано з неналежними умовами проживання ВПО (холодна вода у душі та переохолодження пацієнтів). В червні-вересні місяці стала переважати судинна патологія головного мозку у вигляді дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, дисциркуляторної енцефалопатії змішаного ґенезу, наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, що обумовлено віковим цензом осіб, які перебувають в умовах санаторію.

Кількість осіб, які пройшли медико-психологічну реабілітацію збільшилась з 27% (в травні) до 31% (в червні-вересні), від загальної кількості, які пройшли медико-психологічне консультування.

Структура педіатричної патології особливо не змінилась, але відповідно, в червні-вересні зменшилась кількість гострих захворювань верхніх дихальних шляхів, що обумовлено теплим періодом року, але збільшилась кількість функціональних розладів кишківника на базі санаторію «Косів», все це обумовлено збільшенням кількості гострих кишкових розладів в літньо-осінній період часу.

За даними УЗД структура патології за термін роботи мультидисциплінарної бригади особливо не змінилась, але збільшилась виявляємість захворювань черевної порожнини (загострення хронічного холециститу, панкреатиту), що обумовлено збільшенням в раціоні харчування овочів та фруктів.

За даними доплерографічних досліджень збільшилась кількість пацієнтів з органічними ураженнями судин головного мозку, а також органічних захворювань судин нижніх кінцівок, а саме: облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок та посттромбофлебетичне ураження вен нижніх кінцівок.

За даними психологічних обстежень по двом санаторіям було показано, що за весь термін роботи зменшилась кількість осіб, у тому числі дітей, з емоційною напругою, агресивністю, антидисциплінарними вчинками, завдяки медико-психологічної реабілітації, а саме запровадження біосугестивної психотерапії (БСТ) на базі санаторію «Косів», а також завдяки роботі психологів у відібраних групах психологічної реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Засади реабілітаційно-абілітаційного напрямку охорони психічного здоров'я людини. *Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини»* (Костянтинівка, Донецька обл., 20 жовтня 2020 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2020. С. 36-40.

2. Радченко С.М. Нейрофизиологические стигмы сосудистой патологии головного мозга. IX Международная научно-практическая конференция *«Dynamics of the development of world science» (13-15 мая 2020 года Ванкувер, Канада)* С. 897-903.

УДК: 159.9+615.851

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Кабанцева А.В., кандидат психологічних наук,
вчений секретар наукового відділу, завідувачка
відділення психологічної діагностики,
психокорекції, реабілітації й абілітації
Київська філія державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Київ, Україна
Протоієрей Андрій Чічерінда, магістр психології
Благочинний Миколаївського округу
Настоятель Успенського храму,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна
Антонов В.Г., начальник адміністративно-інформаційного відділу,
молодший науковий співробітник наукового відділу,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ДУХОВНА СКЛАДОВА ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АБІЛІТАЦІЇ

Актуальність роботи. Як і інші концепції абілітації інформаційно-психологічна має на увазі покращення якості життя, де одним із його принципів є благополуччя, що включає такі сторони життя людини як позитивні емоції та задоволеність життям. В раніше запропонованій моделі цілісної системи забезпечення інформаційно-психологічного благополуччя особистості [1] наголошується, що процес абілітації здійснюється на чотирьох рівнях своєї організації: біологічному (внутрішні резерви), психологічному (механізми психологічного захисту), соціально-психологічному (копінг-технології), соціальному (соціалізація/інтеграція). Кожен із рівнів має інформаційний супровід (паралельний інформаційний рівень). На основі всебічного аналізу згаданої моделі було дано наступне авторське визначення: «Інформаційно-психологічна абілітація – це адаптивно розвивальна діяльність з формування навичок турбулентного мислення в умовах інтенсивних деструктивних інформаційних факторів з метою підтримки інформаційно-психологічного благополуччя з відповідним забезпеченням якості життя людини». Під турбулентним мисленням зазвичай мається на увазі специфічне явище, що відбувається у розумовому процесі, засноване на неформальному, евристичному підході до аналізу ситуації та прийняття рішень (досвід, креативність, інтуїція, спритність, винахідливість тощо). Еврістичність того чи іншого прийому, методу або принципу має на увазі отримання нового продукту – мовного, уявного, чуттєвого чи іншого. Важливо, що при цьому суб'єкт творчості долає стереотип мислення, його інерцію. При цьому набуває значення місце духовності у турбулентному мисленні, а отже і в інформаційно-психологічній абілітації, що ще недостатньо вивчене.

Мета дослідження: Позначити духовні аспекти інформаційно-психологічної абілітації.

Основні результати. Згідно з другим принципом турбулентного мислення, рішення виникають лише в певній зоні творчості чи своєрідному «інтелектуальному реакторі», тобто

у зоні високої турбулентності свідомості. Про існування «інтелектуального реактора» може свідчити, наприклад, холотропний стан свідомості, що дозволяє людині отримати доступ до рівнів та сфер реальності, що включає як феноменальний, так і трансперсональний аспекти існування. За словами Сукіасяна С.Г. «Сучасні проблеми природознавства перемістилися з галузі матеріального у сферу духовних категорій... Сучасна теоретична фізика підтверджує переконання Юнга, що Свідомість, Інтуїція та Осяяння є областю природознавства, а не тільки релігії... Всі великі наукові ідеї та теорії з'явилися не в результаті суворої розумової та критичної діяльності людей, а шляхом інтуїції, осяяння, або навіть у порядку одкровення згори чи видінь» [2]. Фурдуй Ф.І. та ін. при аналізі креативності (однієї із властивостей турбулентного мислення, говорять про те, що розумова діяльність, орієнтована на те, що бачимо, відчуваємо, пояснюємо і логічно обґрунтовуємо, поступово йде у минуле. Рівень розумного досвіду не дозволяє більше відкидати парадоксальні ідеї, що лежать поза людським розумом. Визнання існування ірраціонального є ключем до конструктивного сприйняття нешаблонного мислення.

Отже, інформаційно-психологічна абілітація вимагає нестандартних психологічних підходів. Чисто науковий підхід застаріває: сьогодні співіснують різні дискурсивні практики, які потрібні суспільству, не обмежені опорою на академічні знання. Вирішити проблему можна шляхом інтеграції різних – наукових та позанаукових психологічних дискурсів. І це дозволить констатувати їхнє взаємодоповнення, комплементарність як двох сутнісно різних і рівних частин одного цілого. Основу для інтеграції слід шукати, перш за все, на загальному методологічному рівні, що передбачає суттєвий філософський аспект дослідження, що враховує складність та динамізм людського існування. І поняття точності та доказовості, у свою чергу, мають бути переосмислені у руслі можливості опису життєвого світу людини, соціуму, культури. Важливу роль цьому процесі грає саме духовність. Нинішні негативні явища у сфері соціально-психологічної свідомості відображають глибоку системну кризу, властиву епосі турбулентності. Духовному колапсу відповідає втрата традиційних підстав буття та мети життя людини, що виражається в переважанні раціонально-розважливого компонента над духовним світом і призводить до падіння моральності, егоїзму, жорстокості тощо. При цьому увага дослідників зміщується з рефлексії окремих проявів психіки на саму людину як цілісну духовну істоту. Односторонні погляди на сутність феномена духовності як набору ціннісних орієнтацій, моралі і моральності змінилися аналізом його кореневих семантичних дискурсів, що відображають приналежність до поняття «дух». Воно містить смисли: «Святий Дух», «свідомість», «розум», «мудрість», «душа», «сутність», «мораль», і т.д. Феномену духу приділяється все більша увага, і у його рефлексії етичне трактування поступається місцем філософсько-антропологічному. Безліч підходів до аналізу духовності нині концентрується у двох – екстерналістському та інтерналістському [4].

Перший підхід направлений на сутність та форму прояву об'єктивного (загального) та об'єктивованого (культура, наука) духу, а другий – на вивчення причини та субстанції, що розкривають природу духовності. При цьому вважають, що терміни «сутність» та «спектр» складають логічний аспект у розумінні духу, його місця та ролі в житті внутрішнього світу, а поняття «геній», «розум» та «мудрість» відображають синтез загального та індивідуального у духовному світі. людини, її долі, мети та сенсу життя. Дух розглядається як унікальне поєднання найвищих елементів свідомості та душі. Так, духовність, поряд з прагненням до набуття сенсу життя, моральністю, здатністю людини до творчості, включає і пошук істини, усвідомлення необхідності зв'язку з трансцендентним початком. Разом з тим ці властивості духовності не розкривають її природу та співвідношення внутрішніх почуттів та їх відображення в образах та смислах свідомості, а також співвідношень понять свідомості та несвідомого. Так, сутність духу та духовності, не зважаючи на всі спроби дослідження цих категорій, як і феномена свідомості, протягом всієї історії існування філософської думки досі не отримали вичерпного визначення. Дослідження цих феноменів виходить за межі людського досвіду і зумовлює трактування духу як високоенергійної матриці, яка перебуває у сфері аналізу його трансцендентної сутності.

Як наголошує богослов Лосский В.М., духовність – творча сила, що визначає нову якість життя, вона є досягненням, але є і шляхом у тому, що Святий Дух діє у людині, не вимагаючи інтелектуального пізнання, прагне безпосереднього прилучення до Бога [5]. При цьому абсолютно трансцендентне стає абсолютно іманентним: людина входить у живе спілкування з Богом та отримує сили до зміни самого себе та пізнання себе як духовної істоти.

Переходячи до практичної площини, не можемо не згадати викладену парадигму психотерапії Віктора Франкла, в основу якої покладено автентично-рефлексивно-особистісний пошук клієнтом високого сенсу свого життя, що робить його життєву перспективу гідною того, щоб її прожити, керуючись цим. Першим, вирішально-визначальним кроком терапевтичного процесу Франкл визначив орієнтування особистості на прагнення знайти «Надсмисл» – високий і гідний сенс свого життя. Ідеальним і універсальним (прийнятним принаймні для більшості людей) він вважав той «Надсмисл» істинної віри в Бога, яку пропонують гуманістичні релігії [6]. Звернемо увагу на трактування П. Тілліхом феномену, який називають «зцілення вірою»: «це спроба зцілити інших чи себе за допомогою розумового зосередження на цілющій силі, наявній в інших чи у самому собі. Така цілюща сила дійсно є в природі і в людині, і вона справді може бути актуалізована відповідними розумовими зусиллями». П. Тілліх вивів основні складові істинної, справжньої, безперечної віри [7]:

1. Досвід сили життя (вітального), набутий за допомогою «прагнення містичної співучасті в надприродних засадах буття», ефективно діє всупереч нищівним проявам небуття, руйнування, смерті. Прагнення жити як прояв цієї сили долає розпач, страх, душевний біль, зумовлені силами небуття. Така віра знаходить високий сенс навіть усередині нищівних руйнувань, які зазнає її суб'єкт.

2. Рятівний відчай – це крик вітальної сили «самого-буття», що спонукає до рятівної активності, це крик протесту проти загрози втрати життєвої сили буття під впливом нищівних руйнувань.

3. Прийняття власної прийнятності Господу всупереч своїй неприйнятності внаслідок моральної недосконалості, гріховності.

Така віра, згідно з П. Тілліхом, найбільш потужна, оскільки вона формується не лише емоційними переживаннями, а й світоглядними, екзистенційно-релігійними роздумами, включаючи скептичні та критичні сумніви щодо існування Бога та Його ставлення до людей. А інтелектуально-мисленне подолання скепсису, не тільки зберігає, а й зміцнює віру, потребує набагато більше сили, спрямованої до релігії, ніж містицизм без вагань та сумнівів.

Класик психології К.Г Юнг неодноразово зауважував: «Протягом останніх тридцяти років до мене зверталися по допомогу люди з усіх розвинених країн світу. Я вилікував сотні пацієнтів. Серед них не було жодного, чиї проблеми зі здоров'ям не можна було б вирішити за допомогою релігійного світогляду. Я сміливо можу сказати, що всі вони захворіли тому, що не мали під собою того ґрунту, який у всі часи дає людям віра. Тому вони змогли вилікуватись лише тоді, коли серцем прийняли християнське ставлення до життя» [8].

Наведені погляди видатних вчених свідчать про необхідність ґрунтовно вивчати віру в Бога як духовний аспект турбулентного мислення.

Москалець В.П. стверджує, що «Вивчення становища людини у сучасному світі дає вагомі підстави для гіпотези (припущення), що щира віра в Бога – необхідна і безальтернативна умова стану загального благополуччя особистості, а отже й стратегічна парадигма усіх форм ефективної психологічної допомоги (психотерапії, психокорекції, психопрофілактики та ін.)» [9]. На основі цього констатуємо, що Віра має стати однією зі складових інформаційно-психологічної абілітації.

Висновки. З точки зору формування навичок турбулентного мислення інформаційно-психологічна абілітація вимагає нестандартних психологічних підходів. При цьому увага дослідників зміщується з рефлексії окремих проявів психіки на саму людину як цілісну духовну істоту, де дух розглядається як унікальне поєднання найвищих елементів свідомості та душі. Духовність, поряд з прагненням до набуття сенсу життя, моральністю, здатністю людини до творчості, включає і пошук істини, усвідомлення необхідності зв'язку

з трансцендентним початком.

Віра в Бога є духовним аспектом турбулентного мислення, необхідна і безальтернативна умова стану загального благополуччя особистості та має стати однією зі складових інформаційно-психологічної абілітації.

Список використаних джерел:

1. Панченко О.А. Информационно-психологическая безопасность в эпоху турбулентности: монография. К.: КВИЦ. 2020. 472 с. DOI: 10.5281/zenodo.3989790 ISBN 978-617-697-121-4.

2. Сукиасян С.Г. О природе психики: введение в проблему. Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 30. С. 246-250. URL: http://e-koncept.ru/2015/65120.htm.

3. Фурдуй Ф.И., и др. Психическое здоровье и креативность – движущая сила научно-технического прогресса. Buletinul AŞM. Ştiinţele vieţii. Nr. 1 (334). 2018. URL: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/7-24.pdf.

4. Катунина Н.С. Природа духовности человека : монография. Рига: Издательство Palmarium Academic Publishing. 2013. 608 с.

5. Лосский В.Н. Боговидение. Минск : Белорусская Православная Церковь. 2007. 495 с. Виктор Франкл. Человек в поисках смысла. Москва. Прогресс. 1990. 366 с.

6. Тиллих. П. Избранное: Теология культуры. М.: Юрист. 1995. 479 с.

7. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. М.: Канон. 1994. 120 с.

8. Москалець В.П. Віра в бога як психічний базис стану загального благополуччя особистості. Психологія і суспільство. 2015. № 1 (59). С. 55-69.

УДК: 616-08-039.71: 616.711-007.55: 616.1: 616.831-009.11

Панченко О.А., доктор наук з державного управління,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
академік Української технологічної академії,
президент громадської організації «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»
м. Київ, Україна
Марцинюк С.М., головний лікар Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря»» МОЗ України
смт Ворохта, Івано-Франківська область, Україна
Цапро Н.П., завідувач консультативно-діагностичним
відділенням, лікар-педіатр, кардіоревматолог
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна
Гута Я.В., завідувач медичним відділенням Державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря»» МОЗ України
смт Ворохта, Івано-Франківська область, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Актуальність роботи. Стан здоров'я дітей та підлітків в нашій країні є одним із важливих показників благополуччя суспільства та держави. Він відображає соціальну, екологічну, демографічну ситуацію в Україні та є прогнозом на майбутнє в епоху стресів, широкомасштабної війни, COVID-19, турбулентності в економіці. Здоров'я дітей визначає в майбутньому економічну стабільність країни, стан її трудових резервів. Існування дитини в умовах війни не залишає шансу на високий рівень здоров'я. Надання медичної допомоги літнім людям, забезпечення їх житлом, гідними умовами проживання – це прояв цивілізованості країни. Так сталося, що переселенцями (ВПО) в Україні стали саме ці незахищені категорії населення та жінки. При вивченні даного питання доведено необхідність проведення комплексної медико-психологічної реабілітації мешканцям прифронтових територій [1, 2, 3, 4, 5].

В Україні діти та підлітки забезпечуються реабілітаційними послугами відповідно до «Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80, Законом України ст. 17 «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». В Україні на початок 2020 року 170 тисяч дітей мали статус дитини з інвалідністю, які становили 2% дитячого населення. Скільки дітей, окрім дітей з інвалідністю, потребують реабілітаційних заходів у країні достеменно не відомо було і до війни, а на сьогодні статистика не є достатньо достовірною.

Воєнні події в нашій країні поставили нові питання перед державою, економікою та МОЗ. У перші місяці війни питання стояло не про профілактику захворювань та проведення реабілітаційних заходів, а гостро стало інше питання: як вижити населенню, як виїхати з окупованих ворогом територій, з територій активних бойових дій. Вперше наша країна стикнулася з проблемою забезпечення безпеки населення.

За даними Міжнародної організації з міграції (МОМ) кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні перевищила 8 млн чоловік, водночас 2,7 млн осіб повернулися додому. Виїхали ж за кордон понад 6,5 мільйонів осіб. Таким чином, 14,5 млн осіб покинули свої домівки. Частина жителів залишилася в зоні проведення бойових дій або в окупації, але їх проблеми збільшилися не тільки через відсутність забезпечення базових потреб та безпеки, але й відсутність та неможливість отримання медичної допомоги. Частина «переселенців» прибула до західних областей України, які звичайно не були готові прийняти таку велику

кількість ВПО як і інші регіони.

Мета: вивчення питання організації медико-психологічної реабілітаційної допомоги переміщеним особам в умовах війни.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі санаторію «Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) санаторій «Гірське повітря» Міністерства охорони здоров'я України».

Для впровадження в життя принципу ранньої комплексної медико-психологічної та фізичної реабілітації населення та задля працевлаштування лікарського складу, який евакуювався з Донецької області, в нашому закладі ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України» була створена виїзна бригада з лікарів-педіатрів, дитячого кардіоревматолога, невропатолога, ендокринолога, психіатрів, психологів, фізичного терапевта, лікаря УЗД, медичних сестер ЛФК та масажу, які забезпечили надання допомоги ВПО дорослим та дітям в місцях мешкання пацієнтів. Терапевтична допомога надавалася лікарями санаторію.

Основні результати. Медична допомога та реабілітація починалася з прийняття пацієнта в санаторій. Медичні сестри проводили антропометрію, огляд ВПО на педикульоз, почесуху; санаторій забезпечений препаратами для боротьби з цими проблемами, але випадків не було.

Дитяче та доросле населення санаторію з початком роботи виїзної бригади було оглянуте лікарями-спеціалістами, проведена діагностика клінічна, лабораторна (є в санаторії клінічна лабораторія), функціональні обстеження (електрокардіограма, УЗД органів черевної порожнини, щитоподібної залози, УЗДГ голови та шиї, судин нижніх кінцівок, УЗД колінних суглобів). Психолог проводив діагностику психологічного стану дітей та дорослих, та також проводив психокорекцію. За результатами обстежень пацієнти отримали консультації онлайн інших спеціалістів центру (ендокринолог, психіатр, кардіолог), їм було запропоновано план лікування та реабілітації. Лікарями санаторію (терапевтами, отоларингологом, стоматологом) теж надавалась медична допомога. Для профілактики внутрішньо лікарняних захворювань необхідно було дотримуватись санітарно-епідеміологічного режиму в санаторії з використанням препаратів хлору, кварцевих ламп. Для раннього виявлення інфекцій у дітей кожного дня робили обходи дітей від 0 до 5 років, а при виявленні хворих – проводили лікування. Ізолювати в окрему кімнату хворих майже не було можливості через ремонт в другому корпусі.

У випадках необхідної госпіталізації пацієнтів дітей направляли в дитяче відділення в м. Яремче або в м. Івано-Франківськ, а дорослих в м. Яремче, м. Надвірну.

Серед дорослого населення необхідно відмітити гострі стани пов'язані з інсультами, гіпертонічними кризами, які пов'язані зі зміною клімату та стресами; радикулопатії – через довготривале перебування в холодних та вологих погребах вдома. В більшості випадків надання першої допомоги та лікування проводилося в санаторії, в деяких випадках вдавалося госпіталізувати пацієнтів. З дитячим населенням було легше госпіталізувати дітей до року з гіпертермічним синдромом, пневмонією.

Маючи досвід надання реабілітаційної допомоги дитячому та дорослому населенню при стресі в умовах війни, нами були призначені реабілітаційні програми усьому дитячому населенню та дорослим. Програма включала:

– медичний блок, згідно УКП;

– фізіотерапевтичний блок: електропроцедури (електрофорез, магнітотерапія, лазеротерапія, спелеотерапія, УФО);

– блок різних видів масажу вражених зон та загальний масаж;

– блок ЛФК;

– блок психологічної реабілітації: індивідуальної та групової для дітей, підлітків та дорослих; психологічна допомога батькам;

– використання курортологічних чинників (гірське повітря, мінеральна вода, дієта, теренкур та тренувальні підняття в гори).

Знаючи позитивну роль тварин, широко використовувалась анімалотерапія з іпотерапією. Діти та дорослі доглядали за котиками та собаками, деякі мешканці приїхали зі своїми підопічними, годували білок на території санаторію. Так як в місті багато коней, яких можна годувати, гладити, кататися, їздити верхи, то ми рекомендували спілкування дітей та

дорослих з кіньми. Психолог виконувала з дітьми вправи, проводила заняття, використовуючи казкотерапію, арттерапію, пікніки. Для автотренінгу окрім вправ глибокого дихання на основі бодіфлексу (педіатр вів заняття) рекомендували споглядання на струмки води й слухання шуму водоспадів та ріки, які протікають на території санаторію, слухання співу птахів, цвіркунів, збирання гербарію, ягід тощо…

Постійна співпраця психолога з пацієнтами до вересня 2022 року показала кращі результати роботи, чим зрідка поява кризисного психолога із волонтерських організацій. Постійне знаходження психолога мотивує клієнта на виконання завдань, роботу над собою для вирішення проблеми. В період відсутності психолога нові мешканці санаторію часто поводяться агресивно по відношенню до інших, особливо дітей. Такі ситуації вимагають втручання та пояснення, що всі тут ВПО.

Час боротьби зі стресом та мешкання в санаторії можна розділити на періоди подолання стресу.

Перший етап – можна назвати «кожен у своїй мушлі», він тривав від 14 до 30 днів. Пацієнти хвилюються за рідними, за втраченим домом, речами… Вони часто голодували вдома. Дорослі та підлітки розуміють трагічність ситуації, в них підвищений викид адреналіну, сформувався стрес психологічний, інформаційний та фізичний і тому пацієнти страждають підвищеним артеріальним тиском, порушеннями серцевого ритму, порушеним сном, головним болем, у молоді – порушення менструального циклу, у літніх – артралгії та вертебралгії. Часто – гіпертонічні кризи, які провокують початок інсульту, стенокардії. Апетит був підвищений, часто з собою беруть хліб, мало розмовляють з сусідами, часто сваряться. Розсіяна увага та різко знижена пам’ять, що пояснюється патогенезом стресу. Домінує «вивчена безпомічність» через підвищену активність вісі гіпофіз – щитоподібна залоза при тривалому стресі.

В цей період необхідно призначити лікування, седативну терапію, подовжений сон, слід почати допомагати тваринам та тим, «кому гірше чим вам».

Другий етап, формування компенсаторних механізмів. Через 3-4 тижні перебування в санаторії відбувалася адаптація до гірського клімату, до умов санаторію, і мешканці становились спокійнішими, не присідали при польоті літака, були більш впевненими в собі та в правильності рішення щодо виїзду з дому, починали цінувати своє життя та здоров’я. Після роботи з психологом та лікування з’являється бажання ходити в місто, до річки, починають ходити до джерела по воду, на базар, їздити в інші міста, проявляти інтерес до подій, до інших людей. Більше спілкуються, менше плачуть. Більшість займаються трудотерапією, більше уваги приділяють дітям, покращується сон, настрій, починають приймати відповідальні рішення. Виконують програми реабілітації, займаються з психологом, зменшуються прояви стресу.

Третій етап. Через 2,5-5 місяців період компенсації та виходу зі стану стресу – «хочу додому». Вже більш впевнені у своєму житті, в майбутньому, розуміють необхідність прийому базової терапії, починають скаржитись на незначні порушення, з’являється коло знайомих, ходять в місто зі знайомими, лікуються та частіше думають про повернення додому. Звертає увагу на одежу, є бажання щось придбати. Сон порушений, але з позитивною динамікою, настрій покращився, загальний стан покращився, тиск контролюємо, серцевий ритм у більшості нормалізується, скарг менше. Часто збільшується щитоподібна залоза, починають набирати вагу, може підвищуватись цукор. Покращується увага та пам’ять.

Раніше нами було доведено, що мотивація пацієнта відіграє важливу роль при виконанні індивідуального реабілітаційного плану; мотивацію можна підвищити за допомогою активної участі сім’ї в реабілітації, проведення психокорекційної роботи.

В усіх групах ВПО відбулося покращення стану, покращення показників роботи вегетативної нервової системи, через 2 місяці зменшилися прояви неврозів, покращився сон, апетит, настрій. Процес реабілітації ВПО в умовах війни повинен бути подовженим в часі, бо у пацієнта залишаються хвилювання за рідними, домівкою, він постійно отримує негативні новини з місць мешкання та від рідних. Таким чином, через активну повномасштабну війну не вдається швидко та остаточно виключити дію негативних чинників, які підтримуються постійною терористичною загрозою росіян щодо ракетного удару на всій

території країни. Ми зробили висновок на основі роботи з населенням прифронтових територій на Сході України: всі діти та дорослі потребують медико-психологічної реабілітації через формування психологічного стресу у населення.

Висновки.

1. Розміщення сімей ВПО в санаторії дало можливість реалізації медичного, соціального, психологічного супроводу пацієнтів, покращило побутові умови, зменшило економічне навантаження на сім'ю.

2. Ситуація змінилась – вся країна є передовою через постійний терор росіян, тому реабілітаційні заходи повинні проводитись з усім населенням України.

3. Медико-психологічна та фізична реабілітація з використанням курортних чинників на ранніх етапах для дітей та дорослих, які були в критичних воєнних умовах є ефективною.

4. Наші санаторії без належного фінансування залишилися за умовами проживання на рівні 80-х років минулого сторіччя. Цей факт потребує залучення коштів для майбутніх ремонтів санаторіїв та переведення їх в реабілітаційні заклади. Щоб приймати на реабілітацію людей з вадами та тяжкими травмами, необхідно покращити побутові умови та мати вільний доступ до процедур. Необхідно покращити матеріальну базу санаторію в розділі фізіотерапевтичної апаратури, апаратів для кінезотерапії та механотерапії, масажу. Приймаючи переселенців (дітей та літніх людей) до санаторію необхідно збільшити забезпеченість медикаментами, через те, що ці групи часто потребують лікування.

5. Ввести посаду клінічного психолога в санаторіях для надання психологічної допомоги пацієнтам.

6. Ефективною реабілітація може бути лише при дотриманні основних її принципів: раннього початку, поєднанню медикаментозного блоку, фізичної реабілітації, фізіотерапевтичних процедур з використанням природних та неприродних чинників, психологічною реабілітацією, формуванням мотивації у пацієнтів, соціалізацією.

7. Необхідно широко використовувати анімалотерапію при реабілітації дітей та дорослих, що буде сприяти як психологічній реабілітації, так і соціалізації особи.

8. Одночасне перебування в санаторії дітей та людей похилого віку в мирний час не рекомендується, бо може створювати конфліктні ситуації.

9. Фінансові інвестиції сьогодні в охорону здоров'я підростаючого покоління, а саме, в реабілітаційну складову, ранню реабілітацію, принесе великі дивіденди в майбутньому: зменшиться вихід на інвалідність, зменшиться обтяженість хронічними хворобами, що призведе до зменшення навантаження на фонд виплати лікарняних, відбудеться подовження життя людини, та покращення якості життя.

Список використаних джерел:

1. Кабанцева А.В. Сприймання емоційних порушень в умовах проведення антитерористичної операції. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: матеріали наук. практ. конф. (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДДУ. 2018. С. 107-110.

2. Панченко О.А., Корнєєва О.Л. Особливості стану дітей, що знаходяться в умовах соціально-психологічного напруження. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: матеріали наук. практ. конф. (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДДУ. 2018. С. 142-145.

3. Панченко О.А., Цапро Н.П. Соматизація постстресу у дітей у зоні антитерористичної операції. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: матеріали наук. практ. конф. (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДДУ. 2018. С. 139-142.

4. Панченко О.А., Симоненко О.Б. Психологічний супровід сімей, які зазнали стресового впливу. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: матеріали наук. практ. конф. (Маріуполь, 28 лютого 2018 р.). Маріуполь: ДонДДУ. 2018. С. 135-139.

5. Медицинская и психологическая реабилитация и абилитация: сб. науч. работ / Под общ. ред. проф. О.А. Панченко. – Киев: КВИЦ, 2014. – 260 с.

УДК: 616.89

Панченко Т.М., асистент
Кочубей О.Г., асистент
кафедра психіатрії, психотерапії,
наркології та медичної психології
Донецький національний медичний університет
м. Краматорськ, Донецька область, Україна

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: ПРОБЛЕМНІ МОМЕНТИ В ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Актуальність роботи. Бойові дії в Україні зробили дуже актуальною проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відомо, що ПТСР розвивається як відстрочена або затяжна реакція на стресові події або ситуації, виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні спричинити дистрес майже в будь-якої людини [1].

У мирний час ПТСР виникає у 0,5% випадків у жінок і в 1,2% випадків у чоловіків. Протягом життя ПТСР діагностують у 1% населення, а у 15% можуть виникати окремі симптоми [2].

За результатами досліджень соціально-стресових розладів серед мирного населення, які перебували в зоні бойових дій, що проводилося на базі Державного Закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка Донецької області, були виявлені окремі ознаки ПТСР у 40,3%, ПТСР – у 7% опитаних [3].

Аналізуючи результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, можна побачити, що ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових досягає 15-20% [4]. Представлені результати є достатньо високими, тому вивчення цієї проблеми в умовах сьогодення стає дуже актуальною.

Мета дослідження. Дослідити проблемні моменти в діагностиці посттравматичного стресового розладу, для пошуку шляхів їх подолання, що дозволить своєчасно розпочинати необхідні лікувально-реабілітаційні заходи, спрямовані на усунення патологічної симптоматики та запобігання хронізації процесу.

Основні результати. Проблема в діагностиці посттравматичного стресового розладу полягає в тому, що він зазвичай виникає після латентного періоду, який може тривати від одного до шести місяців, але іноді передувати розвитку ПТСР може гостра стресова реакція. Крім того, у разі ПТСР досить часто присутні коморбідні стани: депресія, тривога, ознаки генералізованого тривожного розладу, обсесії, фобії, зловживання психоактивними речовинами, зниження здатності контролю своїх емоцій, таких як злість, гнів, що ускладнює діагностику основного захворювання. Разом з тим, пацієнти, які мають психічні розлади внаслідок перенесеного стресу, невчасно потрапляють до психіатра, як правило, вони звертаються до спеціалістів первинної ланки, які не завжди обізнані в клінічних ознаках даного розладу. При цьому, власний клінічний досвід показує, що багато пацієнтів намагаються не розповідати про свої страждання, сподіваються, що з часом все мине, а звернувшись за медичною допомогою до сімейного лікаря, скарги висувають на загальний фізичний стан, зокрема зміни соматичного характеру: головний біль, розлади травлення, прискорене серцебиття, нестабільний тиск, проблеми зі шкірним покривом. На консультативному прийомі психіатра на перший план можуть виходити скарги, які пов'язані з наявністю хвилювання, тривожності, порушення сну, відчуття внутрішньої напруги, різких змін настрою, що будуть маскувати клінічну картину ПТСР, а власний досвід пережитої травматичної події може навіть не бути згаданий. Тому в багатьох випадках ПТСР зовсім не розпізнається або діагностується далеко несвоєчасно.

Задля подолання труднощів діагностики лікарю слід активно виявляти основні клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу, ставлячи пацієнту конкретні питання з наведенням прикладів, які допоможуть з'ясувати наявність типових ознак даного розладу.

А для цього треба пам'ятати, що найхарактернішою категорією симптомів ПТСР є повторне переживання. Люди з посттравматичним стресовим розладом переживають травматичні події мимоволі знову та знову. Це може бути у вигляді флешбеків, «flashback», – напливів реалістичних, яскравих, афективно забарвлених спогадів та уявлень, що відображають події, пов'язані з психотравмуючою ситуацією, або нічних кошмарів. Нагадування про травматичну подію викликають сильні психологічні та фізіологічні реакції. Ще однією важливою категорією симптомів ПТСР є уникання згадок про травму. Це стосується людей, ситуацій та обставин, що нагадують або якось пов'язані з травматичною подією. В даному випадку людина намагається забути, витіснити зі своєї свідомості спогади про подію, не думати та не обговорювати її деталі. Слід зазначити категорію симптомів надмірного збудження, яка включає дратівливість, спалахи гніву без причини, гіпернастороженість щодо загрози, лякливість, труднощі з концентрацією уваги та проблеми зі сном. Остання категорія симптомів ПТСР стосується негативних змін в емоційній сфері та сфері мислення, яка поєднує: емоційне оніміння – відсутність здатності відчувати емоції, відчуття відсторонення від інших людей; ангедонію – нездатність повноцінно отримувати задоволення, відмову від видів діяльності, які раніше були важливими; дисоціативну амнезію – функціональну вибіркову втрату пам'яті стосовно важливих частин події; негативні думки о причинах та наслідках травматичних подій зі схильністю звинувачувати в них себе або інших. Отже, питання лікаря до пацієнта повинні торкатися вище зазначених категорій симптомів, але насамперед необхідно дізнатися про наявність в анамнезі пережитого травматичного досвіду катастрофічного характеру: пережиті природні катаклізми, техногенні катастрофи, теракти, бойові дії, зґвалтування, розбійні напади тощо [2, 4].

При виявленні вищезазначених ознак при клінічній бесіді з пацієнтом задля підвищення рівня діагностики посттравматичного стресового розладу рекомендується застосовувати наступні методики та шкали:

– Шкалу оцінювання тяжкості травматичного впливу (IES-R),

– Міссісіпську шкалу для оцінювання посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale,

– Опитувальник Бека для діагностики депресивних станів,

– Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R,

– Опитувальник травматичного стресу (ОТС),

– Інтерв'ю по діагностиці ПТСР PSS-I PTSD (Symptom Scale Interview),

– Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist),

– Шкалу посттравматичної діагностики (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD) [5, 6].

Запропоновані шкали рекомендовано використовувати фахівцям, які мають досвід роботи проведення психодіагностичного інтерв'ю та мають відповідну спеціалізовану освіту. До того ж, обсяг психодіагностичного обстеження треба визначати відповідно до визначеної мети: встановлення діагнозу, з попереднім окресленням симптомів та синдромів, або оцінки відповіді на попередні лікувальні заходи, або визначення слабких місць психічного стану для подальшої психокорекції, психотерапії, або ресурсів особистості.

Для сімейних лікарів та на першому консультативному прийомі у психіатра буде в нагоді короткий скринінговий опитувальник, який дасть змогу попередньо оцінити психічний стан пацієнта, а саме:

1. Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

2. Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?

3. Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

4. Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

5. Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

6. Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?

7. Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?

При отримані чотирьох та більше позитивних відповідей на питання у обстежуваної особи, діагноз посттравматичного стресового розладу вважається ймовірним, та ця людина потребує поглибленого дослідження її стану, з подальшим проведенням лікувально-реабілітаційних заходів [5, 6].

Висновки.

1. Вивчення проблемних моментів діагностики пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом полягає у великій кількості постраждалих внаслідок бойових дій в України як серед військовослужбовців, так і серед цивільних осіб, що вимагає від фахівців організації ранньої діагностики психічних розладів, пов'язаних зі стресом, та своєчасного терапевтичного втручання задля запобігання хронізації процесу.

2. У питанні діагностики посттравматичного стресового розладу першочерговим для медичних працівників є подолання і попередження наступних труднощів: уникання пацієнтом розмов про свої переживання, нездатність чітко сформулювати спектр психічних розладів та психологічних проблем, маскування їх за скаргами соматичного характеру, тривожного чи депресивного розладу, не згадуючи навіть досвід пережитої травматичної події.

3. У роботі з дорослою групою пацієнтів обов'язковим виступає застосування чіткої структурованості інтерв'ю з використання діагностичних шкал та методик, ефективність яких доведено світовою клінічною практикою.

Список використаних джерел:

1**.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines/World Health Organization. 120 p. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf (дата звернення: 28.01.2023).

2. Гавенко В.Л., Бітенський В.С., Абрамов В.А., Влох І.Й., Кожина Г.М., Коростій В.І. та інш. Психіатрія і наркологія: підручник / за редакцією В.Л. Гавенко, В.С. Бітенського. Київ: Медицина, 2020. 512 с.

3. Панченко О.А. Социально-стрессовые расстройства у мирного населения в ситуации боевых действий / О.А. Панченко, Л.В. Панченко, Н.А. Зайцева // Наука і освіта. – 2015. – № 1. – С. 136-140. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2015_1_27.

4. Протокол з діагностики та терапії ПТСР. Національний інститут клінічної майстерності Великобританії (NICE)/онлайн-видання. Issued: March 2005 NICE clinical guideline 26 / Інститут психологічного здоров'я Українського Католицького Університету. Львів: 2015. URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf (дата звернення: 28.01.2023).

5. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. 2016. URL: https://forpost-center.org/wp-content/uploads/2019/06/stress.pdf (дата звернення: 28.01.2023).

6. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. НЕЙРОNEWS. 2021. № 8 (129). С. 27-32. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0 (дата звернення: 28.01.2023).

УДК: 35.08

Пархоменко-Куцевіл О.І., доктор наук з державного управління,
професор, завідувачка кафедри
публічного управління та адміністрування
Університет Григорія Сковороди в Переяславі

МОДЕРНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЙНИХ ВИКЛИКІВ

Актуальність роботи. Глобалізація – процес неминучий, який охоплює всі сфери життєдіяльності суспільства. Різко збільшуючи ступінь відкритості національних суспільних систем, глобалізація інтенсифікує взаємний обмін інформацією, кадрами, науковими та медичними знаннями та технологіями. З одного боку, як свідчать дослідження, глобальні процеси несуть позитивні імпульси розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я та сприяють підвищенню показників здоров'я населення. З іншого боку, глобальні процеси витісняють вітчизняні менш розвинені способи та засоби лікування та діагностики, що уповільнює розвиток національних медичних технологій, розробку нових лікарських засобів та призводить до орієнтації на закордонні моделі.

Мета: виокремлення сучасних тенденцій модернізації системи управління охорони здоров'я в умовах глобалізаційних викликів.

Основні результати. Забезпечення високого рівня охорони здоров'я людей – це першочергове завдання кожної держави. Насамперед, цінність людини для країни можливо оцінити через рівень розвитку медицини, адже за рахунок даної галузі можна забезпечити високу якість життя населення, зменшити кількість захворюваності, травматизму, смертності, подовжити тривалість життя. Метою охорони здоров'я є комплекс дій, направлених на вирішення вищеперерахованих завдань, основаних на принципах доступності, соціальної справедливості, високої якості, превентивності, своєчасності, простоти надання [1].

Системи охорони здоров'я знаходяться у взаємозв'язку з економічною глобалізацією та здоров'ям населення, а також національною та міжнародною політикою у сфері охорони здоров'я за умови її сприятливого впливу на здоров'я населення. Наразі очевидні позитивні сторони впливу глобальних партнерських взаємозв'язків із передовими світовими медичними технологіями на вдосконалення охорони здоров'я України. Щоб уникнути негативних сценаріїв розвитку глобалізації в умовах модернізації охорони здоров'я, необхідна аналітична робота для правильної оцінки трендів показників здоров'я та стану системи вітчизняної охорони здоров'я в процесі глобалізаційних змін.

Слід виокремити три основні критерії визначення глобального характеру системи управління охорони здоров'я: по-перше, чи зачіпає вона інтереси здоров'я кожної людини, а може, і всього людства в цілому; по-друге, набуває вона справді міжнародного чи континентального характеру; по-третє, чи вживаються для її вирішення глобальні міжнародні акти та заходи співробітництва. Крім того, успішне здійснення деяких програм ВООЗ з ліквідації або зниження загрози деяких небезпечних захворювань у світі наочно доводить, що об'єднання та концентрація зусиль потребує розробки глобальної концепції системи охорони здоров'я.

Однією із глобальних тенденцій є запровадження процесу цифровізації у систему охорони здоров'я України.

Цифровізація – це не тільки використання штучного інтелекту та інших цифрових технологій, а й наполеглива боротьба за передові системи та (або) моделі управління в системі охорони здоров'я, включаючи навчання та залучення талановитих кадрів, їх уміння працювати у команді із системами великих даних. В даний час кваліфікація багатьох керівників вищої та середньої управлінської ланки охорони здоров'я не дозволяє вирішити такі завдання. Це призвело до низки системних помилок, таких як нераціональне використання матеріальних та трудових ресурсів і високотехнологічного обладнання,

відсутність постійного внутрішнього контролю якості, що особливо гостро виявилося в період пандемії коронавірусу та економічної кризи, період воєнного стану.

У зв'язку з цим цифровізація медицини набуває особливого значення, вона сприяє зниження витрат та підвищення якості як безплатних, так і платних послуг, кращої діагностики, продовження життя та працездатності населення. Цифровізація в системі охорони здоров'я, розпочавшись 10 років тому з загальної комп'ютеризації медичних установ, сьогодні вже ставить задачі використання штучного інтелекту.

Інформаційні технології передбачають прискорений розвиток біоінженерії, що буде сприяти появі абсолютно нових препаратів та запобігання виникнення потенційних інфекцій. Центральне місце займає глибше вивчення технології редагування геному, що допоможе вилікувати людство від більшості відомих хвороб [2].

Сучасна система охорони здоров'я отримає у своє розпорядження технології боротьби із хворобами на клітинному рівні, що передбачають точну доставку лікарських засобів [2].

Важливою тенденцією глобалізації є запровадження телемедицини. Телемедицина – це галузь медицини, яка використовує телекомунікаційні та електронні інформаційні (комп'ютерні) технології для надання медичної допомоги та послуг у сфері охорони здоров'я в точці необхідності (у тих випадках, коли географічна відстань є критичним фактором) [3, с. 19].

До основних переваг телемедицини слід віднести такі. По-перше, підвищення лояльності пацієнтів, тобто такого ставлення пацієнта до клініки (бренду клініки), за якого він повертається до клініки, незважаючи на наявність інших пропозицій. По-друге, географічна доступність якісної медичної допомоги, що особливо важливо для мешканців віддалених районів. Телемедицина дає можливості для звернення до найдосвідченіших лікарів, професорів, у тому числі за кордоном тощо. По-третє, здешевлення вартості медичної допомоги пацієнта, оскільки найчастіше вартість телемедичної послуги нижча за вартість очного прийому того ж лікаря. По-четверте, зниження витрат під час надання медичної допомоги. Так, якщо медична організація надає лише телемедичні послуги, знижуються витрати на оренду приміщень, виплату заробітної плати через відсутність необхідності у великому штаті тощо. По-п'яте, підвищення ефективності ранньої діагностики захворювання. Пацієнт за перших ознак захворювання звертається до лікаря дистанційно для отримання рекомендацій і подальшого плану дій, не затягуючи момент очного звернення та розвиток хвороби. По-шосте, підвищення ефективності реабілітації пацієнта. Пацієнт постійно перебуває на зв'язку зі своїм лікарем, що дозволяє контролювати процес одужання і в разі чого коригувати призначене лікування.

Ще одним аспектом модернізації охорони здоров'я в умовах глобалізації є застосування штучного інтелекту у системі охорони здоров'я.

Штучний інтелект у завданнях медичної діагностики та призначення лікування використовує всю доступну йому інформацію, обробляє тисячі об'єктів за секунду, чого не може зробити людина. Наприклад, вчені з Оксфорда досягли найвищого ступеня точності діагностики – розроблена ними нейромережа розпізнала злоякісні утворення на шкірі у 95% випадків, тоді як група досвідчених дерматологів із 53 осіб – лише у 88,9% [4].

Застосування штучного інтелекту у системі охорони здоров'я вимагає від фахівців розуміння міждисциплінарних зв'язків з кількох наук.

Штучний інтелект – технологія, що перспективно розвивається, яка підвищує точність медичних призначень і рекомендацій, допомагає скоротити час на рутинні процеси і скорочує витрати. Проте медичні працівники залишаються найважливішою ланкою в частині роботи з людьми, оскільки мають, крім професійних якостей, необхідні морально-етичні якості, емпатію та розуміння суспільних цінностей. Таким чином, штучний інтелект у системі охорони здоров'я варто сприймати як інструмент, що дозволяє підвищити якість обслуговування та знизити навантаження на медичних працівників.

Висновки та перспективи. Основними етапами модернізації системи охорони здоров'я в умовах глобалізації є наступні:

– запровадження обов'язкового медичного страхування відповідно до міжнародних стандартів, що б надавало можливість пацієнту не залежно від країни отримувати якісні медичні послуги відповідно до своїх страхових виплат. Це сприяє покращенню системи надання медичних послуг та лікування, що призведе до якісного діагностування та подальшого одужання пацієнта;

– цифровізація управлінських процесів в системі охорони здоров'я (управління наданням медичних послуг, цифровізація формування та обігу медичних даних, цифровізація організації до їх доступу, електронні медичні карти, електронні медичні записи). Формування глобальних масивів даних для надання медичних послуг відповідно до потреби пацієнта, а не можливостях медичного закладу;

– формування дієвих заходів захисту інформаційних даних та формування кібербезпеки системи охорони здоров'я;

– цифровізація надання медичної допомоги (наприклад, високотехнологічні операції за допомогою робототехніки, створення та оборот бази даних);

– інтеграційні процеси у системі охорони здоров'я, об'єднання цифрових функцій управління медичними установами та цифрових процесів організації та надання медичної допомоги й медичних послуг в єдиній системі організацій охорони здоров'я незалежно від організаційно-правових форм конкретних медичних та фармацевтичних установ;

– розробка обов'язкових вимог для медичних виробів (медичних пристроїв) з використанням штучного інтелекту на основі ризик-орієнтованого підходу;

– формування спільних міжнародних наукових досліджень у галузі системи охорони здоров'я щодо реформування даної галузі з урахуванням інноваційних тенденцій розвитку, обміну досвідом, формування спільних баз даних щодо рідкісних захворювань, методик та методів експериментального лікування тощо;

– інтенсивний просторовий розвиток телемедицини, особливо на важкодоступних територіях, а також поза межами України, включаючи проведення медичних консиліумів із запрошенням закордонних лікарів;

– впровадження та просування інституту саморегулювання медичної етики, у тому числі для дотримання лікарської таємниці в умовах цифровізації медичної допомоги та медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів;

– запровадження штучного інтелекту в систему охорони здоров'я, що передбачає розроблення нормативно-правових документів, спеціальних освітньо-професійних програм підготовки фахівців, спеціально адаптованого програмного забезпечення для потреб системи охорони здоров'я, проведення спільних міжнародних досліджень у рамках запровадження штучного інтелекту в різні галузі охорони здоров'я тощо.

Список використаних джерел:

1. Самойлик Ю.В., Погребняк Л.О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 19-20. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/19-20_2020/27.pdf.

2. Юдина Т. Н., Балашов А. М. Коронавирус – катализатор цифровизации и государственно-частного партнерства в медицине. *Мир новой экономики.* 2021. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/koronavirus-katalizator-tsifrovizatsii-i-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-meditsine.

3. *Владзимирский А.В.* Телемедицина: Curatio Sine Tempora et Distantia. М., 2016. С. 19.

4. Финансовая газета: Перспективы лечения и диагностики с помощью искусственного интеллекта. URL: https://fingazeta.ru/people/eksperty/45739.

УДК 159.923.2

Пророк Н.В., доктор психологічних наук,
старший науковий співробітник,
завідувачка лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації,
Інститут психології імені Г.С. Костюка, НАПН України,
м. Київ, Україна

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ: ДИТЯЧІ ГРУПИ ПІДТРИМКИ

Актуальність роботи. В Україні в умовах війни гостро постала проблема соціально-психологічної допомоги, психологічної підтримки, зокрема, *вимушених переселенців*, і особливо най вразливішої її частини – дітей. Війна зруйнувала не тільки домівки, а й звичне життя і безтурботне дитинство наших дітей і наклала відбиток на кожного із них, байдуже де він зараз живе – за кордоном, чи тут, у своїй країні. Одні – бачили жахи війни, інших – дорослим вдалося швидко вивести у відносно тихі куточки України чи за кордон. Але врятувати від психологічних травм дуже складно… За оцінками фахівців ЮНІСЕФ (дитячий фонд ООН) зазнати депресій, тривоги, ПТСР та інших станів ризикують 1,5 млн українських дітей. Отже, їхнє психічне і фізичне здоров'я під великим ризиком. Цю невтішну картину доповнюють наші педагоги, психологи, батьки, наголошуючи на тому, що зараз, після майже одного року війни, діти страждають від *дефіциту адекватного спілкування* із батьками та однолітками. У більшості дітей *домінують психологічні* проблеми. Об'єктивно: склалися вкрай несприятливі зовнішні умови – пандемія (з її карантинами та онлайн навчанням), потім війна (з її жахами й, знову ж таки, онлайн навчанням). Діти живуть поряд з дорослими, які виснажені від постійного стресового стану і не мають ресурсу, щоб приділяти дитині стільки уваги, скільки вона потребує. Діти не можуть нормально вчитися, відвідувати школу. Дослідження проблем і потреб переміщених сімей показують, що після пережитого дітям важко соціалізуватися, вони мають труднощі в адаптації до нового місця, сумують за своїм домом і друзями, страждають від недостачі уваги, стурбовані тим що відбувається [2, 5]. Тому допомогти дітям вистояти, нормально розвиватися (в тому числі в соціальному плані), зміцнитися після складних життєвих негараздів, позитивно адаптуватися до нових умов – це важливе завдання для практичних психологів, педагогів, соціальних працівників. Від вчасності і якості цієї допомоги залежить в тому числі, психічне здоров'я цієї категорії населення. Але ефективність допомоги не може бути високою, якщо ми не будемо знати тих соціально-психологічних особливостей, які формуються у дітей під впливом умов воєнного стану.

Мета даної роботи: представити результати дослідження особливостей соціального розвитку учнів початкової школи, які через війну вимушені були покинути свої домівки, і описати основні характеристики дитячої групи підтримки (адаптації).

Дослідження проводилось за допомогою методу спостереження і проєктивного тесту «Малюнок неіснуючої тварини» на заняттях в дитячій групі підтримки/адаптації [4]. В дослідженні прийняли участь 32 дитини – вимушених переселенців, віком від 6 до 8 років. Зауважимо: сьогодні багато практичних психологів, які працюють з дітьми, мають проблему «важкодоступності» дітей для проведення психологічного тестування. Основні причини: навчання онлайн, відсутність згоди батьків на психологічне тестування їхніх дітей, ризик ретравматизації [5]. Тому оптимальним варіантом реалізації мети дослідження є саме такий підбір методів.

Нагадаємо, що соціальний розвиток – це процес індивідуального розвитку дитини в рамках певної соціальної групи, формування взаємин з членами цієї групи (Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, Д.Б. Ельконін та ін.). Як відомо, соціальний розвиток в онтогенезі відбувається двома взаємопов'язаними шляхами: через *соціалізацію* (в процесі якої дитина оволодіває суспільним досвідом) та через *індивідуалізацію* (в ході якої вона набуває

самостійності, відносної автономності). Соціальний розвиток (як і розвиток фізичний, психічний) *відбувається* в діяльності, в нашому контексті, в соціальній діяльності та поведінці людини.

На початку шкільного життя *соціальний розвиток* є процесом «вхождення» особистості в нове соціальне (шкільне) середовище та інтеграцію із ним. В цей час відбувається адаптація до навчання у школі, адаптація до однокласників і вчителів. Але діти, які прийшли до школи у 2021 році та діти, які поступити в перший клас у 2022 році – майже не мали нормальних умов для відвідування школи. Навчання у більшості із них відбувалося в основному в онлайн режимі. У вимушених переселенців можливість спілкуватися з однокласниками чи з іншими дітьми зменшилася ще більше. Отже, і процес *соціалізації* дітей цього віку (як процес набуття досвіду спілкування з оточуючими людьми і, в тому числі, з однолітками) відбувається із великими проблемами. У дітей просто немає «живого» (не віртуального) простору, де вони могли б (проявляючи свою активність) розвивати власні комунікативні навички.

Зауважимо, що соціальний розвиток не тільки *відбувається,* а й *виявляється і коригується в діяльності*. Тому спостерігаючи за *проявами соціальної активності, соціальної поведінки* та за *проявами соціально-психологічних властивостей*, що пов'язані із соціальною поведінкою – можна робити висновки щодо особливостей соціального розвитку дитини (чи, іншими словами, щодо рівня її соціально-психологічного розвитку).

Основні результати. Для дослідження особливостей соціального розвитку учнів початкової школи спостереження велося за такими *проявами соціальної поведінки*: вибір тих чи інших занять, діяльності (ігри із дітьми, творчі заняття, читання, ігри на цифрових пристроях та ін.); соціальна активність (прагнення до соціальної взаємодії; відкритість для контактів; сміливість у спілкуванні); поведінка в конфліктних ситуаціях (вміння домовлятися, поступатися; способи вирішення конфліктних ситуацій). Оцінювались також прояви таких *соціально-психологічних властивостей*: прагнення і здатність до співробітництва (бажання брати участь у спільній діяльності; бажання і вміння взаємодіяти з іншими дітьми); прагнення допомагати дітям і дорослим; комунікативні властивості (уміння налагоджувати стосунки з дітьми, дружелюбність, відкритість та ін.). За допомогою проєктивної методики «Малюнок неіснуючої тварини» аналізувалися *прояви*: соціалізованості та конформності; невдоволеності/вдоволеності потреби у спілкуванні; тривожності (як особистісної риси).

Серед досліджуваних достатньо чітко виділилась група (котра складалася із 14 дітей семи- і восьмирічного віку), які за свідченнями батьків проводять багато часу із цифровими пристроями (від 2 до 5 годин в день, окрім онлайн навчання за допомогою цих пристроїв). Батьки наголосили, що «до війни цього не було» і чітко сформулювали основну проблему: діти стали відлюдними (замкнутими). Отже, діти, які в основному користуються цифровими пристроями для онлайн навчання – увійшли в 1 групу, а діти, які відрізняються надмірним користуванням цифровими пристроями – увійшли у 2 групу.

Розглянемо результати дослідження. Якщо діти із 1 групи (при можливості вибору) із захватом обирали «живу» гру з дітьми, то діти із 2 групи прагнули взяти свій гаджет і усамітнитись в якомусь куточку. Більшість із них не проявляли зацікавленості у стосунках із дітьми (наприклад, не виявляли інтересу до рухливих ігор із ними; не проявляли ініціативу). Якщо діти із 1 групи були готові робити що завгодно, «головне, щоб з дітьми» (хоча їм часто явно не вистачало вмінь вправно налагоджувати контакти), то діти із 2 групи поводились відлюдкувато і не вміли конструктивно реагувати на ініціативу інших дітей. В конфліктних ситуаціях діти 1 групи старалися домовлятися, визнаючи право іншої дитини на власну позицію; прагнули розв'язати конфлікт, навіть ціною поступок зі свого боку. При цьому часто спостерігалося невміння пояснювати, відстоювати свою думку, свою позицію. А діти із 2 групи в конфліктних ситуаціях не проявляли, а ні зацікавленості, а ні вміння налагоджувати контакти з однолітками: вони чи просто самоусувалися із «небезпечної» ситуації; чи без зайвих слів, мовчки хапали «предмет суперечки», привласнюючи його; чи проявляли силу – штовхаючи й відпихаючи іншу дитину для того, щоб, наприклад, сісти на облюбоване

місце. Тобто, ці діти не вміли «мирним» шляхом розв'язувати конфлікти, домовлятися і поступатися.

Якщо більшість дітей із 1 групи проявляли прагнення допомагати дітям (але у них не вистачало розуміння і вмінь це прагнення правильно реалізувати), підтримувати тих, хто щось робить не вірно, то у значної частини дітей 2 групи не має потягу до допомоги іншим.

Дещо знижений рівень соціального мовлення і бідний активний словник (наприклад, діти майже не користувалися словами звернення, вітання, подяки, прохання; адекватно не розуміли значення поняття «друг») зафіксований у багатьох дітей обох груп. Але серед представників 2 групи було більше тих, у кого не сформована виразна і зв'язна мова; тих, хто не вмів пояснювати, відстоювати свою думку. В цій групі також було більше дітей, які не мали чуття оптимальної дистанції у стосунках із різними людьми.

Аналіз малюнків показав, що у більшості дітей 1 групи існували: *висока невдоволена потреба у спілкуванні* (наприклад, на малюнках багатьох дітей неіснуюча тварина була людиноподібною; кісті рук збільшені) і *певні труднощі соціалізації.* У значної кількості дітей із 2 групи в малюнках простежувалися *ознаки порушень в спілкуванні*: неіснуючі тварини у більшості дітей цієї групи живуть десь далеко від людей (під водою, в підвалі, на іншій планеті, серед лісу, в окремому будиночку) і не мають друзів; кісті рук зменшені. Зауважимо, що бажання намальованої тварини ховатися може свідчити про наявність у дитини страху перед оточуючим світом. Як самі малюнки, так і розповіді про неіснуючу тварину у багатьох дітей обох груп мали чіткі ознаки *підвищеної тривожності*: зачернені очі; «додаткові» вуха, очі, підсилені антенами; неіснуюча тварина живе під землею, «там де безпечно», «між двох стін».

Отже, результати дослідження свідчать про те, що майже у всіх дітей вимушених переселенців порушено процес соціалізації, наявні ознаки підвищеної тривожності та труднощів спілкування. Тобто, цим дітям має бути надана соціально-психологічна допомога (спрямована на підвищення соціалізованості й покращення психологічного стану), яка зможе попередити появу більших негативних наслідків психологічної травми.

Саме для того, щоб допомогти людям пережити кризу, в усьому світі широко використовують могутній ресурс груп підтримки. Дітті Марчер підкреслювала, що *підтримка людей під час їхньої кризи* має настільки потужний ефект, що може навіть унеможливити виникнення посттравматичного синдрому [1]. В цих групах одні люди допомагають іншим, при цьому «...не обов'язково бути професіоналом, щоб допомагати тим, хто переживає кризу після травми. Досить просто мати відкрите серце, дати людям заземлитися і заспокоїтися. Не обов'язково і обговорювати, що сталося, можна разом готувати щось смачненьке, гуляти, спілкуватися або мовчати» [3, 118].

У світі існують різноманітні за своїми структурними формами та видами діяльності групи підтримки, взаємодопомоги. Їх настільки багато, що вони майже не піддаються класифікації [3, 6]. Наприклад, наданням допомоги підліткам і молоді в рамках методу «рівний-рівному» здійснюється в «Клініках, дружніх для молоді» [2].

Як показало життя, під час війни дуже актуальними стали дитячі групи підтримки (адаптації), зокрема, дітей, яких російська агресія зробила вимушеними переселенцями. Дуже важливо – ці групи можна організувати достатньо швидко, наприклад, в школах, в дитячих бібліотеках, спортивних клубах. Адже більшість дітей (як показали дослідження психологів) не потребують спеціальної травмофокусованої психологічної допомоги [1, 5]. Тобто, такі групи можуть проводити ведучі/фасилітатори. Під час канікул (вони зараз бувають довгими) можливі зустрічі щодня. Дитяча група підтримки має відмінності від дорослих груп підтримки чи взаємодопомоги. Перш за все: дитяча група базується на *природній активності* дітей – *вони діють* (граються, спілкуються, ручками роблять майстерки, ліплять, малюють, саджають квіти, рухаються тощо). Кожну дитину цінують, поважають, підтримують. Тут вони знаходять друзів. Тут занурюються у нормальне дитяче життя.

Дитячу групу підтримки (чи групу адаптації) можуть відвідувати діти приблизно однакового віку (наприклад, 6-8 років). Важливо, щоб в групі були не тільки діти, що

пережили травмівні події, пов'язані з війною, а й ті що не зазнали психологічних травм. Серед таких дітей травмовані діти швидше переходять до нормального стану, скоріше опановують свої емоції та поведінку. Життєрадісні, енергійні, доброзичливі діти можуть бути джерелом позитивного впливу. Адже активність, енергетика, гарний настрій, добрі наміри (прийшли погратися, поспілкуватися, зробити майстерки, помалювати, пострибати – тобто чудово провести час) – роблять свою справу. Непомітно, несвідомо діти надають і отримують один від одного підтримку (обмінюються психологічними ресурсами, збагачуються). І ця соціальна підтримка, спілкування, ігри та заняття (які здійснюються природо і позитивно), добре допомагають подолати наслідки переживання травмівних подій. Адже задовольняються важливі соціальні потреби людини – в прийнятті й приналежності до групи, що посилює здатність справлятися з наслідками стресу.

Отже, *психологічні чинники* дитячих груп підтримки: безпечний простір (доброзичлива і довірлива соціальна атмосфера); безумовне прийняття кожної дитини; постійна система підтримки (підтримка, заохочення, похвала); включення в різноманітні заняття, в ігрову діяльність, в спілкування з іншими дітьми; активність кожної дитини; позитивні стосунки із дітьми; позитивні зразки для наслідування.

Висновки та перспективи. У більшості досліджених дітей виявлено проблеми соціалізації (зокрема, високу невдоволену потребу у спілкуванні; труднощі у спілкуванні; порушення спілкування) і підвищену тривожність. Надмірне перебування дітей у віртуальному світі усугубляє ці проблеми (не сприяє розвитку соціальних здібностей; становленню соціального досвіду дитини; не розвиває здатності бути адекватним ситуації).

Це не тільки зменшує можливості дітей адаптуватися до нових соціальних умов (що приведе до значних проблем у відношеннях з однолітками, до серйозних труднощів у навчанні, погіршить психологічний стан), а й знижує здатність справлятися з наслідками стресу. Тому підвищення соціалізованості та нормалізація психологічного стану стає важливою задачею тих, хто працює з дітьми.

Вдосконалення шляхів надання психологічної підтримки дітям, що пережили психотравмуючі події, і розповсюдження цих методів серед всіх зацікавлених осіб, сприятиме попередженню появи негативних наслідків пережитого стресу (вторинної психологічної травми, посттравматичного стресового розладу, тривожних розладів та депресій, загострення вже набутих психологічних травм та ін.). Безумовно, подальші практичні пошуки в цьому напрямку будуть мати позитивний вплив на стан психіки наших дітей.

Список використаних джерел:

1. Бокатов В. Заметки после лекции Дитти Марчер (Дания), Киев, 1.04.2014. URL : http://bodynamic-2.by/zametki-posle-lekcii-ditti-marcher-daniya-kiev-1042014.

2. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: Методичні рекомендації / О.А. Голоцван, С.І. Осташко, О.М. Мешкова та ін. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008. 179 с.

3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків конфлікту. Навчальний посібник. Том 2. – Київ. 2018. – 240 с.

4. Остер Дж., Гоулд П. Рисунок в психотерапии (переклад з англ.). М. 2000.

5. Children of War. Helping with Traumatic Stress. A Guide for Parents, Teachers & Group Workers**.** URL: http://www.lifeinpalestine.org/files/palestine/english/trauma_english.pdf.

6. Coping with unconfirmed death: tips for Caregivers of children and teens/NCTSN**.** URL: http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/Coping_with_Unconfirmed_Death.pdf.

УДК: 615.89:364.622-786]:355.018

Пугач Є.О., медичний директор, лікар-психіатр вищої категорії,
Панченко Л.В., завідувач відділенням медичної та соціальної психології, к.психол.н.,
Березовський В.М., завідувач психоневрологічного відділення, лікар-психіатр вищої категорії
Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД В УМОВАХ ВІЙНИ

Актуальність роботи. Зростання числа екстремальних ситуацій, у тому числі бойових дій, диктує необхідність в проведенні медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок негативного впливу емоційно-стресових факторів [4, 5, 6]. Термін «стрес» можна вважати одним із символів нашого часу. В основі є крушіння сталих норм та традицій, переосмислення життєвих орієнтирів, зміна або відсутність ідеологічних, національних, культурних норм, цінностей та уявлень, відсутність перспективи, що формує тим самим в особистості стан хронічного стресу.

Стрес в умовах війни відрізняється від стресу, що виникає в мирний час за багатьма параметрами, а саме: у 100% випадків поєднується з порушенням базових потреб людини (відсутність води, дефіцит їжі, тепла), іншими дистресовими факторами (тривала депривація, вимушені переміщення, розставання та ін.). Він глобальніший, колективний, кардинально змінює долі людей, має іншу траєкторію трансформації. До того ж, уникнення дистресового впливу війни за рахунок еміграції зумовлює появу нових стресів через облаштування в країні з іншою культурою, мовою, законодавством. Обставини складаються так, що жоден вибір людину не задовольняє.

Люди змушені жити у сучасному інформаційному середовищі, адекватно сприймати його реалії з урахуванням інформаційних загроз, яких із часом стає все більше. Серед ризикоутворюючих факторів центральне місце посідає турбулентність інформаційного середовища [1, 7].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як «стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів [2].

Специфіка дистресу в умовах війни в Україні: у мешканців східних і південних регіонів спостерігаються катастрофічні стрес і тривога. В міру віддалення від «гарячих» точок вони змінюються на тривожний, депресивний, параноїдальний стрес. Форми стресу дифузно переходять і однієї в іншу. Основні емоції стресових і постстресових проявів – страх, відчуття жаху, тривоги, емоційна травматична пам'ять, емоційна збудливість, лабільність, депресія, відчуття «душевної спустошеності», гнів, злість, меланхолія, сором. Вони стають основою широкого діапазону психосоматичних і психічних розладів, впливають на ефект лікування основного захворювання.

Слід підкреслити, що емоційні прояви (не розлади) спостерігатимуться у кожного українця, який переживає війну. Реакцію людини на драматичні події заведено називати травматичним стресом.

На травматичний стрес вказують такі ознаки: щойно (хвилини, години, кілька днів) людина пережила сильну психотравму: вона дезорієнтована, розгублена, збуджена або різко загальмована, плутається в хронології подій, має порушення сну, часто заперечує те, що відбулося.

Мета. Виявити особистості психічних розладів в умовах війни між Україною та Росією.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось в ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», місто Костянтинівка Донецької області у денному стаціонарі психоневрологічного відділення (далі – ДС ПНВ).

За 12 місяців 2022 року було проліковано 265 хворих (254 чол. у 2021 році). З 24 лютого 2022 року з початком активних бойових дій сталися значні зміни населення м. Костянтинівки та громади. Мешканці активно виїздили в більш спокійні регіони країни та за рубіж. Цьому сприяв неодноразовий призов до евакуації військово-цивільної адміністрації Донецької області. Разом с тим до нас приїхало багато людей, що мешкали в місцях зіткнення. Статистичних даних, певна річ, немає, але за рахунок того, що в структурі відвідувань переважають літні люди, виникає враження, що регіон покинуло все дитяче та молоде населення. В денний стаціонар ПНВ звернулись хворі від 45 до 75 років. Можна вважати, що постраждало й більш молоде населення, але медико-психологічну допомогу їм надають в інших регіонах, інших країнах або онлайн.

Психологічна допомога здійснювалась у відділенні медичної та соціальної психології. Хворі отримували допомогу в консультативно-діагностичному відділенні, відділенні нейрофізіології та нейрореабілітації, фізіотерапевтичному відділенні, клініко-діагностичній лабораторії, відділенні функціональної та ультразвукової діагностики.

Методи: клінічні, психологічні, статистичний: $p<0,05$.

Результати досліджень. Протягом 12 місяців 2022 року кількість хворих, пролікованих у ДС ПНВ склала 461 чол. (536 чол. у минулому році). Питома вага «чорнобильців» склала 5,6% (4,6% у 2021 році), осіб з інвалідністю – 11,7% (11,0% у 2021 році), сільських мешканців – 3,9% (4,8% у 2021 році), з інших міст – 6,1% (10,2% у 2021 році), тимчасово переміщені особи склали 1,7% (1,6% у 2021 році). Середні строки лікування хворих із психічними розладами склали 37,2 дня, не перевищують середньообласні (38,6 дня).

Структура хворих із психічними розладами, пролікованих у ДС ПНВ за 12 місяців 2022 року у порівнянні з аналогічним періодом минулого року надається у таблиці 1.

Структура психічної патології не змінилася: на першому місці органічні розлади головного мозку – 47,9% (39,7% – за 12 міс. 2021 року), на другому – невротичні, пов'язані зі стресом – 29,8% (33,0% – за 12 міс. 2021 року), на третьому – розлади зрілої особистості й поведінки у дорослих – 12,8% (16,8% – за 12 міс. 2021 року). Але в клінічних проявах – тривога: тривожний розлад органічної природи (F06.4), тривожно – фобічні розлади (F40.0), панічні розлади (F41.0), генералізований тривожний розлад (F41.1), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), інші змішані тривожні розлади (F41.3), розлади адаптації (змішана тривожна і депресивна реакція – (F42.22)), кошмарні сновидіння (F51.5), тривожний розлад особистості (F61.0).

Крім того, прояви тривоги з'являються з самого початку психічного розладу. Хворі з розладами органічної природи більшою частиною є людьми зрілого та похилого віку, і для них притаманні прояви астенії та тривоги (47,9% від усіх хворих).

Клініко-психопатологічні методи обстеження хворих проводились у відділенні медичної та соціальної психології. Психодіагностичне обстеження хворих проводилось за методиками: «Метод кольорових виборів Люшера», «Шкала самооцінки САН», «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних розладів К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича», методика НАД, опитувальник суїцидального ризику Т.М. Разуваєвої, «Місісіпська шкала ПТСР», «Шкала оцінки виявлення травматичної події», «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків».

Проблеми у сфері психічного здоров'я проявляються у вигляді: тривожності – 77%, астенії – 66%, обсесивно-фобічних розладів – 32%, вегетативних порушень – 71%, афективних порушень – 23%, демонстративності – 20%, неспроможності – 14%, соціальний песимізм – 28%, тимчасова перспектива – 12%. При виявленні ПТСР: окремі ознаки ПТСР – 63%, ПТСР – 18% хворих.

Таблиця 1

Структура хворих із психічними розладами, пролікованих у ДС ПНВ
за 12 місяців 2022 року у порівнянні з аналогічним періодом минулого року

№	Найменування класів психічних розладів	Випадки		Ліжко дні		Середні строки лікування		Питома вага (%)	
		2022 рік	2021 рік	2022 рік	2021 рік	2022 рік	2021 рік	2022 рік	2021 рік
1.	F-0 Органічні розлади головного мозку	127	101	4608	3623	36,0	35,8	47,9	39,7
2.	F-2 Шизофренія, шизотипові маячні розлади	2	3	76	84	38	28	0,8	1,1
3.	F-3 Афективні розлади настрою	23	23	877	864	38,1	37,5	8,7	9,0
4.	F-4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	79	84	3004	3107	38,0	37,0	29,8	33,0
5.	F-6 Розлади зрілої особистості й поведінки у дорослих	34	43	1294	1642	38,1	38,1	12,8	16,8
Усього:		265	254	9859	9320	37,2	36,7	100	100

На кожного хворого при надходженні до денного стаціонару складається індивідуальна програма реабілітації за участю лікарів психіатра, психотерапевта, психолога та фізіотерапевта з урахуванням можливостей та потреб пацієнта, в якій відображається динаміка психічного стану та проведені лікувальні заходи. Обстеження пацієнтів у закладі проводиться за протоколами надання психіатричної допомоги відповідно до третього рівня нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» (наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002).

Медико-психологічні реабілітаційні заходи ґрунтуються на наступних принципах:

1. Ранній початок, при цьому повинна ураховуватись кінцева мета реабілітації.
2. Комплексність, що досягається участю в цьому процесі лікарів психіатрів, психотерапевтів, психологів та інших.
3. Безперервне поетапне та послідовне застосування медико-психологічних реабілітаційних заходів в певній визначеній послідовності залежно від характеру психічного розладу та реальних можливостей.
4. Партнерство. В програмі реабілітації все повинно буди зорієнтованим на залучення хворого до активної участі в лікувально-відновлювальному процесі (досягнення комплаєнсу).
5. Персоніфікація програми реабілітації, призначення методів та засобів відновлювальної терапії в залежності від походження та особливостей клінічної картини розладів здоров'я, віку, якостей особистостей пацієнта, його загального фізичного стану, характеру лікування тощо.
6. Єдність психосоціальних та біологічних методів впливу. Лікувально-реабілітаційний процес має бути спрямованим, з одного боку, на хворобу пацієнта та його теперішнє (лікування), а з іншого – на орієнтацію людини в цілому та на її майбутнє (реабілітація).
7. Повернення хворого до оптимального рівня соціального функціонування та якості життя [3].

Фармакотерапія.

– бензодіазепінові транквілізатори показані лише у випадку невідкладної допомоги як найбільш швидко діючі препарати при вираженій тривозі і страху, у вигляді короткочасного курсу (не більше 2-3 тижнів) у зв'язку з небезпекою розвитку залежності: діазепам, гідазепам;

– агомелатин (мелітор) – при порушеннях сну;

– СІОЗС або СІОЗС та НАССА – циталопрам, есциталопрам, флуоксеті, прозак), сертралін (золофт, сорліфт), флувоксамін (феварін), мілнаципран (іксел), вінлакфаксін, міртазапін (ремерон, міртазапін, гексал) доцільно сполучити з транквілізаторами перші 2-3 тижня;

– трициклічні антидепресанти – іміпрамін, переважно внутрішньовенно крапельно (ефект настає поступово, протягом двох тижнів, тому призначається в комбінації з транквілізаторами), амітриптилін, кломіпрамін, переважно внутрішньовенно крапельно;

– бета-адреноблокатори;

– пропранолол, тразікор, обзідан, атенолол у 3-4 прийоми протягом доби;

– карбамазепіни (фінлепсин, тіоніл);

– нейролептики – тіоридазин (ридазин, санапакс), рисперидон (рисполепт, рисет), амісульпірид (соліан), оланзапін (зіпрекса), хлорпротиксен, сульпірид, у тому числі, парентерально при неефективності зазначених вище засобів;

– седативні засоби (рослинні, на основі валеріани, м'яти, меліси, пасіфлори, глоду та інш.), адаптогени, біологічні речовини;

– ноотропні засоби – пірацетам, пірітінол (енцефабол), пантотенова кислота (пантогам) та інш.;

– препарати, що покращують мозковий метаболізм – гінкобілоба (білобіл, білобілфорте, танакан), церебролізин.

Психотерапія.

Індивідуальна психотерапія, групова психотерапія, релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування, методика гіпнотерапії (у модифікації А.Т. Філатова), раціональна психотерапія.

Фізіотерапія.

Проводились фізіотерапевтичні процедури, направлені на розслаблення та заспокоєння нервової системи, нормалізацію психофізіологічного стану: електросон, магнітотерапія, електронейроміостимуляція, масаж, гідротерапія, механотерапія. Хворим з органічними розладами головного мозку за показаннями призначались фізіотерапевтичні процедури, направлені на зменшення больового та спастичного синдромів: лазеротерапія, ультразвукова терапія, електротерапія.

Використовували допоміжні методи відновлювальної терапії та реабілітації: аромомузико-кольоротерапія, методи бальнеотерапії й теплолікування, фітотерапія.

Учасники збройних конфліктів є специфічним контингентом, який вимагає психокорекції та реабілітації. Метою психокорекції є допомога у звільненні від переслідуючих спогадів про минуле, так званих флешбеків та інтерпретація подальших емоційних переживань для того, щоб пацієнт міг активно включатися до теперішнього. Необхідно знову знайти контроль над емоційними реакціями та знайти місце для травмуючої події в своєму житті.

Висновки.

1. Внаслідок бойових дій змінився склад і чисельність населення.

2. Все населення знаходиться у стресовій ситуації, але значна частина не звертається по допомогу психіатрів.

3. Структура хворих на психічні розлади не змінилася у порівнянні з минулими роками, але значно зросла питома вага органічних розладів головного мозку – 47,9% (39,7% у 2021 році), що обумовлено зростанням кількості осіб похилого віку.

4. Переважають тривожні розлади як на рівні нозологій, так і синдромально.

5. Завдяки впровадженню індивідуального підходу в лікуванні та застосуванню мультидисциплінарного принципу організації психіатричної допомоги, використанню

медикаментозних засобів, психотерапевтичних методик та фізіотерапії було досягнуто поліпшення стану у 100% хворих.

Список використаних джерел:

1. Антонов В.Г., Панченко О.А. Інформаційні фактори клінічного реабілітаційного процесу. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 37-40.

2. Нові клінічні протоколи: психіатрія. К.: Професійні видання. Україна, 2020. 265 с.

3. Панченко О.А. Засади реабілітаційно-абілітаційного напрямку охорони психічного здоров'я людини. *Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації та абілітації людини*»: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Костянтинівка, Донецька обл., 20 жовтня 2020 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2020. С. 36-40.

4. Панченко О.А. Клінічна реабілітація та абілітація як платформа розвитку медико-психологічної допомоги в умовах турбулентних викликів. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 26-29.

5. Панченко О.А. Клінічна реабілітація та абілітація: сучасний стан проблематики. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності:* збірник наукових праць XVI науково-практичної конференції з міжнародною участю (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ: КВІЦ, 2021. С. 219-224.

6. Панченко О.А., Кабанцева А.В. Клінічна реабілітація в умовах інформаційно-психологічної війни. *Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги:* матеріали щорічної науково-практична конференція з міжнародною участю (Тернопіль, 23-24 вересня 2021 року). Тернопіль: ТНМУ, 2021. С. 63-65.

7. Панченко О.А., Кабанцева А.В. Психологічні ресурси особистості в умовах інформаційної турбулентності. *Проблеми особистісних ресурсів у навчальній та професійній діяльності:* матеріали наук.-практ.конф., 27-28 травня. 2021 р. Харк. нац. ун-т. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. С. 71-75.

УДК: 616.314:355.01»364»

Салівон В.П., кандидат медичних наук,
завідувачка лікувально-хірургічного та ортопедичного відділення
Київської філії державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Київ, Україна

НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВОЄННИЙ ЧАС

Актуальність роботи. Під час військових дій в Україні в загальній масі поранень воїнів ЗСУ, учасників територіальної оборони та цивільних громадян зросла частка поранень обличчя, щелепно-лицевої ділянки. При наданні стоматологічної терапевтичної хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги саме сфера стоматології має бути у центрі уваги органів влади в період реформування сфери охорони здоров'я та проведення реабілітаційних заходів стоматологічним хворим. В структурі загальної захворюваності хвороби зубів і порожнини рота займають провідне місце поширеність карієсу та його ускладнень 70-100%, захворювань тканин пародонту 65-90%. Війна ще раз підтвердила високу стоматологічну захворюваність серед людей молодого віку. При профілактичних оглядах призовників кожен 2-й потребує санації. Ми розуміємо, що стоматологічна хвороба це першопричина захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинних захворювань, онкопатологій, ендокринних захворювань, захворювань дихальних шляхів, аутоімунних процесів.

І саме тому не можна відносити сферу стоматології до непріоритетної сфери при розподілі фінансування тому, що ми фінансуємо наслідки, а не першопричину. Економніше виділяти достатньо коштів саме на превенцію загальних хвороб. Під час воєнних дій лікарі стоматологи надають допомогу не тільки цивільним, але й воїнам ЗСУ, учасникам територіальної оборони, біженцям, переселенцям, внутрішньо переміщеним особам. Надання допомоги часто проводилося на умовах волонтерства та альтруїзму, тому, що часто люди не мали коштів з об'єктивних причин.

Мета роботи – проаналізувати досвід надання стоматологічної допомоги у воєнний час.

Основні результати. За даними державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» на 01.01.2022 року в Україні функціонує потужна мережа медичних стоматологічних закладів. У 2021 році стоматологічну допомогу надавали 1 293 закладів охорони здоров'я системи МОЗ України, з них 158 самостійні стоматологічні поліклініки (127 стоматологічні поліклініки для дорослих, 12 поліклінік для дітей, 5 стоматологічних поліклінік ВНМЗ та НДІ, 14 госпрозрахункових поліклінік) та 1 135 лікувально-профілактичних закладів, у структурі яких є бюджетні та госпрозрахункові стоматологічні відділення або кабінети (міські лікарні, центральні районні лікарні, районні лікарні, дільничні лікарні, сільські амбулаторії). Всі стоматологічні заклади працюють як комунальні неприбуткові підприємства (КНП) або, як підрозділи, у складі КНП.

За останні роки кількість самостійних стоматологічних поліклінік суттєво зменшилась за рахунок реорганізації самостійних поліклінік у підрозділи центральних районних або міських лікарень. Суттєве зменшення закладів, які мають у складі стоматологічні відділення (кабінети), в основному відбулося за рахунок дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій, які увійшли, як структурні підрозділи, до складу Центрів первинної медико-санітарної допомоги та інших закладів, а раніше враховувались як самостійні заклади.

Ліжковий фонд у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2021 році становив 1 016 ліжок стоматологічного профілю, у тому числі для дорослих – 876, для дітей – 140. Із загального числа ліжок – 48,3% розгорнуто в обласних лікарнях, 16,8% – у міських лікарнях, 20,2% – у лікарнях швидкої медичної допомоги.

Значна інтенсивність ураження дорослого та дитячого населення стоматологічними захворюваннями під час війни висуває проблему збереження та зміцнення стоматологічного

здоров'я до числа значимих і актуальних. Збереження стоматологічного здоров'я є не тільки медичною, а й важливою соціальною проблемою України.

Основне місце в стоматологічній практиці для збереження стоматологічного здоров'я займає профілактична робота: проведення обов'язкових профілактичних оглядів, планова санація населення, запровадження системи гігієнічного навчання та виховання населення з питань стоматологічного здоров'я.

В Україні функціонує система щорічного огляду мешканців України. У 2021 році лікарями-стоматологами у державних закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю планово оглянуто всього 2 677 531 осіб, що становило 6,5% до відповідної кількості населення України.

Серед дорослого населення України планово оглянуто 1 698 813 мешканців, що становило 5,0% до відповідної кількості населення. Відмічалось значне коливання зазначеного показника в різних регіонах України. Найвищим був відсоток планово оглянутих у Чернігівській області (11,8%), у м. Києві (11,8%), у Кіровоградській (7,7%), у Львівській (7,5%), у Харківській області (6,8%), найнижчим був відсоток в областях: Миколаївській (2,1%), Запорізькій (2,4%).

Планово оглянуто дітей до 17 років включно у 2021 році в Україні – 978 718, що становило 13,1% до відповідної кількості населення; у м. Києві – 32,0%, у Полтавській області – 20,7%, у Чернігівській – 20,5%, у Сумській – 17,2%, але у Запорізькій – 6,2%, Волинській – 7,2%.

Серед дорослого населення віком 18 років і старше, оглянутого у порядку планової санації, потребували санації до кількості оглянутих у 2021 році – 979 339 осіб або 57,6%, у м. Києві – 80,9%, у Чернігівській – 69,5%, у Львівській – 63,8 %, у Волинській – 67,7%, у той же час, у Херсонській – 35,2%, у Харківській – 40,4%.

Серед оглянутих у порядку планової санації дітей віком до 17 років включно в Україні у 2021 році потребували санації 550 101 мешканець або 56,2%; у Закарпатській області – 78,8%, у Львівській – 66,5%, в той самий час, у Харківській – 35,2%, у Харківській – 40,4%.

Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребували у 2021 році в Україні серед дорослого населення віком 18 років і старше становила 634 707 осіб або 64,8%. Значно вищим цей показник був у Закарпатській області – 89,1%, у Дніпропетровській – 83,3%, у Рівненській – 79,0%, у Чернігівській області – 73,9%, але у Херсонській області – 42,9%, у Волинській – 53,4%, у м. Києві – 53,6%.

Серед дітей віком до 17 років включно в Україні у 2021 році сановано 387 634 осіб, від кількості, що її потребували, що становило 70,5%; у Закарпатській області – 88,3%, у Рівненській області – 87,5%, у Дніпропетровській області – 84,0%, у Житомирській – 75,6%, але у Сумській – 47,7%, у Хмельницькій – 57,1%, у Полтавській – 58,8%.

Жителі сільської місцевості залишаються без доступної стоматологічної допомоги тому, що стоматологи виведені з первинної ланки надання медичної допомоги. Сімейні лікарі, які знаходяться на первинній ланці не знають стоматології, не займаються стоматологічною нозологією, це призводить до психологічних проблем сільських жителів та їх соціальної дезадаптації.

Тому на фоні високої розповсюдженості стоматологічних захворювань потреба в наданні стоматологічної допомоги населенню Україна особливо росте. Роль організації стоматологічної допомоги в період воєнних дій конче необхідна, так як загострюються всі проблеми: маємо постійно стресову ситуацію, особливо це стосується військових, адже зубний біль не дає можливості нашим воїнам чинити гідну відсіч ворогу на фронті.

Проблема ускладнюється тим, що війна застала сучасну стоматологію у стадії реформування, перетворення та недофінансування.

Стоматологами України, науковцями для виправлення ситуації створена програма профілактики стоматологічних захворювань, але вона не затверджена, тому не фінансується з державного бюджету. Фінансування на одну стоматологічну послугу з бюджету НЗСУ становить 123,19 гривні, що покриває послуги, які дають змогу зняти гострий біль, лікувати

стани, які загрожують життю, таким чином знизити рівень смертності.

З районів активних бойових дій багато медичних працівників виїхали. Змінюється графік та режим роботи з введенням комендантської години.

Спостерігається домінування поранень щелепно-лицевої ділянки серед цивільного населення над військовослужбовцями.

Збільшення навантаження на комунальні заклади зі збільшенням населення за рахунок переселенців, внутрішньо переміщених осіб та зменшення кількості приватних структур для надання допомоги.

Надання допомоги військовим у максимальному об'ємі за короткий час.

Збільшується частка ускладненого карієсу та гострих запальних захворювань тканин пародонту.

Допомога у військових частинах різко скорочується і проводиться лише по екстреній допомозі в період активних бойових дій.

У бійців в районах бойових дій потреба в санації за даними обстеження становить понад 90%. Тоді як за стандартами НАТО – якщо в частині понад 30% бійців несановані – частина вважається небоєздатною. Бійці направляються в тил, на полігони, або навчальні підрозділи для проходження бойової підготовки та санації порожнини рота.

У цей важкий час для країни Асоціація європейських країн надала Асоціації стоматологів України гуманітарну допомогу у розмірі 3 000 000 гривень, які були розподілені незалежною комісією у складі представників регіонів України.

Враховуючи, що в місцях ведення бойових дій у Харківській, Миколаївській, Запорізькій, Херсонській областях ряд стоматологічних закладів пошкоджено, на всю Харківську область залишилося лише 2 стоматологічних поліклініки не ушкодженими.

Під окупацією надається допомога в місцевих поліклініках Сумської області. У прикордонних з країною-окупантом районах надається допомога при щоденних обстрілах артилерії.

Благодійна організація «Тризуб Дентал» під керівництвом Мирона Мироновича Угріна створена під егідою спілки стоматологів надає допомогу бійцям у районах бойових дій. З 2014 року обладнані стоматологічні кабінети біля лінії розмежування на території Донбасу.

У місті Києві стоматологічна допомога в умовах воєнного стану надається на кафедрі щелепно-лицевої хірургії факультету післядипломної освіти Національного медичного університету імені Богомольця. На кафедрі хірургічної стоматології стоматологічного факультету Медичного університету.

Лікарі беруть участь у навчаннях фахових шкіл Інституту стоматології НУОЗ України імені П.Л. Шупика на тему: «Особливості надання стоматологічної допомоги в умовах військового стану».

Висновки. Приділяти велику увагу профілактиці стоматологічних захворювань.

На законодавчому рівні визначити гарантований мінімум надання стоматологічної допомоги, а саме – пенсіонерам, внутрішньо переміщеним особам. Пільговим категоріям населення: біженцям, учасникам бойових дій, ветеранам бойових дій.

Визначення об'єму гарантійного мінімуму надання стоматологічної допомоги та джерел її фінансування.

Потреба системного вирішення на загальнодержавному рівні проблеми громадян України, які постраждали внаслідок бойових дій, після війни, а також створення стоматологічних програм профілактики, лікування, реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В., Мазур П.В. Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України».

2. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2020 рік : довідник. / Ю.В. Вороненко, І.П. Мазур, О.В. Павленко – Кропивницький: Поліум, 2021. – 101 с. ISBN 978-966-8559-91-4.

3. Мазур І.П., Заболотько В.М., Стешенко І.Є. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: галузева структура медичних працівників у 2019 році. //Українські медичні вісті. 2021. – Т. 13. № 1 (86). – С. 16-22.

4. Маланчук В.О., Мазур І.П., Рибачук А.В. Високоспеціалізована стоматологічна допомога в Україні в умовах трансформації системи охорони здоров'я. //Oral and General Health. Том 2, № 2, 2021, С. 84-89.

5. Вороненко Ю.В. Мазур І.П., Павленко О.В.

В75 Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2022 рік : довідник. / Ю.В. Вороненко, І.П. Мазур, О.В. Павленко – Кропивницький: Поліум, 2022. – 101 с. ISBN 978-966-8559-91-4.

6. I.P. Mazur – MD, PhD, professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. e-mail: irina.p.mazur@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9075-5041.

7. O.M. Vakhnenko – MD, PhD, NGO «Ukrainian Dental Association», Kyiv, Ukraine.

УДК: 378.013+613.11+611.672+612.06

Самокиш І.І., доктор педагогічних наук,
професор, завідувач кафедри загально-медичних наук,
Міжнародний гуманітарний університет,
м. Одеса, Україна

РІВЕНЬ СФОРМОВАНОСТІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО ДОЗВІЛЛЯ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

Актуальність роботи. Найголовніша роль у збереженні і формуванні здоров'я та розширенні резервних можливостей належить самій людині, а не рівню розвитку медицини або умовам життя. Саме спосіб життя людини, його ціннісні орієнтири й установки, ступінь гармонізації її поведінки у соціумі – і є основними складовими, які визначають здоров'я [5, 6].

Ключовим напрямом у зміцненні здоров'я повинна бути свідома, цілеспрямована робота самої людини з розширення функціональних можливостей, прийняття на себе відповідальності за власне здоров'я, коли здоровий спосіб життя стає звичкою.

Відсутність єдиної комплексної державної системи оцінки та контролю способу життя учнівської та студентської молоді не дозволяє повною мірою формувати у підростаючого покоління здоровий спосіб життя. Педагогічний процес фізичного виховання, діагностика фізичного здоров'я, тестування фізичної підготовленості та рівня знань з фізичної культури та основ здоров'я має певні складнощі. Не достатньо сформовані на державному рівні регуляторні механізми здоров'язбереження підростаючого покоління. Не має єдиної думки серед фахівців у сфері здоров'я щодо основних дефініцій моніторингу здоров'я, фізичної культури та спорту, функціональних можливостей та ін. На нашу думку є необхідність прийняття на державному рівні повноцінної системи контролю рівня здоров'я і функціональних можливостей учнівської та студентської молоді, що дозволить оптимізувати навчально-виховний процес фізичного виховання, а також визначити невідкладні та довгострокові заходи щодо попередження та усунення негативних впливів на фізичний стан підростаючого покоління.

Здійснення практичних дій на державному рівні щодо залучення учнів та студентів до здорового способу життя за допомогою регулярних фізичних навантажень, підняття престижу занять спортом, формування культури здорового дозвілля вкрай необхідне. Саме формування сфери дозвілля, яка сприяє веденню здорового способу життя учнівською та студентською молоддю, повинна стати доступною і привабливою для сучасної молоді та стати сферою, що надає широкі можливості для самореалізації.

Мета: встановити рівень сформованості культури здорового дозвілля дітей та молоді. У роботі застосовувалися теоретичні та емпіричні методи дослідження. Теоретичні методи – теоретичний і системний аналіз та узагальнення медичного досвіду на основі науково-медичної, медико-біологічної, педагогічної літератури. Емпіричні методи – вивчення, аналіз та узагальнення досвіду вивчення сформованості культури здорового дозвілля дітей та молоді, анкетування.

Основні результати. У статуті Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) [7], прийнятому на Міжнародній конференції з охорони здоров'я, що проходила в Сполучених Штатах Америки (м. Нью-Йорк) з 19 червня по 22 липня 1946 р., і підписаного представниками 61 країни світу, здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Це визначення базується на уявленні про цілісність організму та його компонентів, які характеризують можливості й здібності особистості задовольняти свої біологічні, духовні та соціальні потреби при досконалій адаптації до зовнішніх екологічних і соціальних умов [1].

Згідно з висновком експертів ВООЗ, якщо прийняти рівень здоров'я за 100%, то стан здоров'я лише на 10% залежить від діяльності системи охорони здоров'я, на 20% – від

спадкових факторів, на 20% – від стану навколишнього середовища. А решта 50% залежать від самої людини (спосіб життя).

На думку студентів, роль способу життя, найвпливовішого фактора здоров'я, дещо нижча ніж за результатами більшості досліджень експертів, що, своєю чергою, характеризує пасивне ставлення студентів до свого здоров'я, применшуючи вплив способу життя [5, 6].

Так, розглядаючи ставлення студентів до власного здоров'я, за даними письмового самоаналізу, вченими було встановлене таке співвідношення факторів здоров'я у відсотковому вираженні [2]:

– соціально-економічні – 13,2%;
– біологічні фактори – 15,8%;
– навколишнє середовище – 23,5%;
– спосіб життя – 47,4%.

Результати іншого анкетування студентів показують подібну тенденцію [4]:

– вплив зовнішнього середовища і природно-кліматичних умов – 10%;
– вплив генетичної біології людини – 20%;
– вплив охорони здоров'я – 30%;
– вплив способу життя – 40%.

У той самий час, для сучасної молоді нашої країни, значущість здорового способу життя за даними соціологічного дослідження «Молодь України», ще нижча [8], так, дотримання здорового способу життя є значущим для 19% загалу опитаних. Зі збільшенням віку цінність здоров'я підвищується: здоровий спосіб життя є цінністю для 14% молоді віком 14-19 років, а у віковій когорті 30-34 років цей показник становить 23%. Щодо гендерних особливостей, то для молодих жінок цінності, пов'язані зі здоров'ям, є більш пріоритетними, ніж для чоловіків (23% проти 16%).

Здоровий спосіб життя в нашій країні не є важливою складовою нормою серед молоді. За даними Щорічної доповіді Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді [8], у значної частини підлітків ще й досі не сформована культура здорового дозвілля:

– 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері;
– 82,8% – спілкуванню з друзями;
– 72,3% – перегляду фільмів;
– 56,6% – виконанню домашніх завдань;
– 48,7% – іграм.

Водночас, на відкритому повітрі менше однієї години перебувають 23,9% і лише 20% займаються фізичною культурою.

Низький інтерес щодо фізичної культури, яка є основою формування здорового способу життя, проявляють також студенти [3].

Так, дані досліджень показують, що більша частина студентів (70,8%) недооцінюють значення у своєму житті фізичної культури та спорту, 48,9% із них вважають, що фізична культура є засобом для збереження здоров'я; 3,5% – марною тратою часу. І тільки 29,2% студентів мають уявлення про те, що «фізична культура є сферою всебічного і гармонійного розвитку особистості».

Наукові дослідження Інституту педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України з вивчення стану здоров'я молоді підліткового віку нашої країни свідчать [8], що серед підлітків 37,4% мали гармонічний фізичний розвиток, до групи здорових можна було віднести лише близько 20% підлітків.

З метою з'ясування відношення студентів до культури здорового дозвілля було проведено анкетування серед студентів закладів вищої освіти міста Одеса. У результаті з'ясовано суб'єктивну думку студентів про значущість здорового дозвілля для здоров'я, його ефективність щодо стимулювання ведення здорового способу життя, покращення ставлення до занять фізичними вправами. Лише 46% студентів констатували важливість розвитку культури здорового дозвілля серед студентської молоді. Отримані результати анкетування

підтверджують доцільність практичних дій на державному рівні щодо оптимізації культури здорового дозвілля серед студентської молоді.

Висновки та перспективи. Таким чином, розуміння учнями та студентами важливості способу життя як основної складової здоров'я знаходиться на низькому рівні, про що свідчать дані анкетування, лише 40-47% опитуваних вважають спосіб життя пріоритетним фактором, який впливає на рівень здоров'я. Дослідження стану здоров'я молоді, які були проведені Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України, показали негативну тенденцію погіршення стану здоров'я, де лише п'яту частину підлітків можна віднести до групи здорових. Показано на державному рівні дані негативної статистики щодо рівня сформованості культури здорового дозвілля дітей та молоді. Виходячи з вищенаведеного, виникає потреба в посиленні роботи зі студентською та учнівською молоддю у напрямі виховання відношення до здорового способу життя.

Список використаних джерел:

1. Апанасенко Г.Л. Санологія (медичні аспекти валеології) / Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова, А.В. Магльований. – Львів: Кварт, 2011. – 303 с.

2. Голубева Г.Н. Внешние и внутренние факторы риска здоровья студентов / Г.Н. Голубева, А.И. Голубев // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 8-4. – С. 909-912.

3. Козлов В.И. Педагогические технологии определения прогрессирующего дефицита двигательной активности студентов / В.И. Козлов, О.В. Глухова, И.П. Куликов // Культура физическая и здоровье. – 2007. – Вып. 4 (14). – С. 23-26.

4. Концепція Державної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 09.12.2015 р. № 1320-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1320-2015-р.

5. Самокиш І.І. Основні проблеми моніторингу функціональних можливостей студентів вишів під час навчально-виховного процесу фізичного виховання / І.І. Самокиш // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. – Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фізична культура і спорт/. – Київ: НПУ, 2017. – Вип. 5 К (86) 17. – С. 295-299.

6. Самокиш І.І. Вдосконалення навчального процесу фізичного виховання у закладах вищої освіти з урахуванням комплексного моніторингу функціональних можливостей студентів: [навчальний посібник] / І.І. Самокиш. – Одеса: ОНАЗ ім. О.С. Попова, 2018. – 68 с.

7. 139 Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf.

8. Ціннісні орієнтації сучасної української молоді. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://dsmsu.gov.ua/media/2016/11/03/22/Shorichna_dopovid.pdf.

УДК: 159.94:615.47

Селіванова К.Г., доцент, к.т.н.
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
Костін Д.О., завідувач лабораторії,
асистент, кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна

ДИНАМІЧНЕ ТЕСТУВАННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Актуальність роботи. Розвиток дрібної моторики у дітей є важливим фактором загального розвинення дитини [1]. Дрібна моторика рук – це сукупність скоординованих дій м'язової, кісткової та нервової систем людини у виконанні дрібних, точних рухів кистями і пальцями рук [2]. Оцінка рівня розвитку дрібної моторики та графічних навичок у дітей проводиться фахівцями в галузі освіти, психології, корекційної школи, медицини. Враховуючи умови та особливості роботи з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, необхідно розробити автоматизовані програмні засоби динамічного тестування в ігровій формі, щоб проявити зацікавленість, забезпечити легкість проходження тестів, простий інтерфейс [3-6].

Мета роботи. Розробити ігровий програмний засіб динамічного тестування рівня розвитку дрібної моторики рук у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з різними видами складності та автоматизованого виведенням результатів.

Основні результати. Програмний засіб динамічного тестування дрібної моторики рук у дітей у вигляді гри був створений на базі візуальної мови програмування вільного користування Scratch, оскільки це середовище орієнтоване, у першу чергу, на дітей і надає змогу розробляти ігри та анімацію шляхом маніпулювання графічними блоками, а також є можливість створювати онлайн-проєкти [7-8].

Першим етапом розробки програми є проєктування інтерфейсу для внесення анкетних даних дитини та короткі коментарі фахівця щодо проходження тестування. Другим – проєктування траєкторії руху динамічних об'єктів з можливістю їх повторення за допомогою блоку кнопок переміщення на клавіатурі або за допомогою джойстика чи графічного планшета (рис. 1). Третій етап полягає у довільному виборі форми та розміру графічних фігур. Розроблений прототип програми має два рівні складності – пряме керування рухами об'єктів та інверсне. Далі ведеться автоматизований підрахунок параметрів тестування, кількість правильно виконаних завдань та час. Завершальним етапом вважається інтерпретація результатів тестування та рекомендації фахівця [9-11].

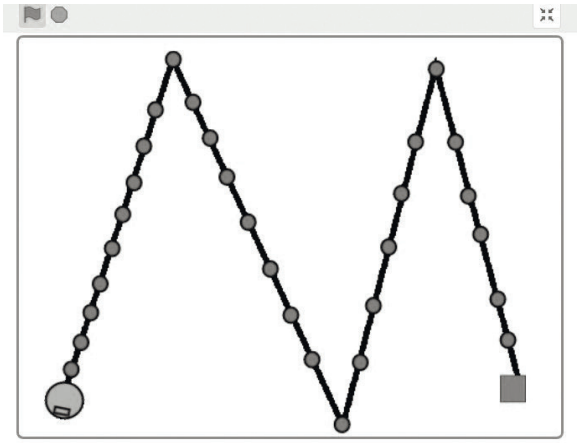
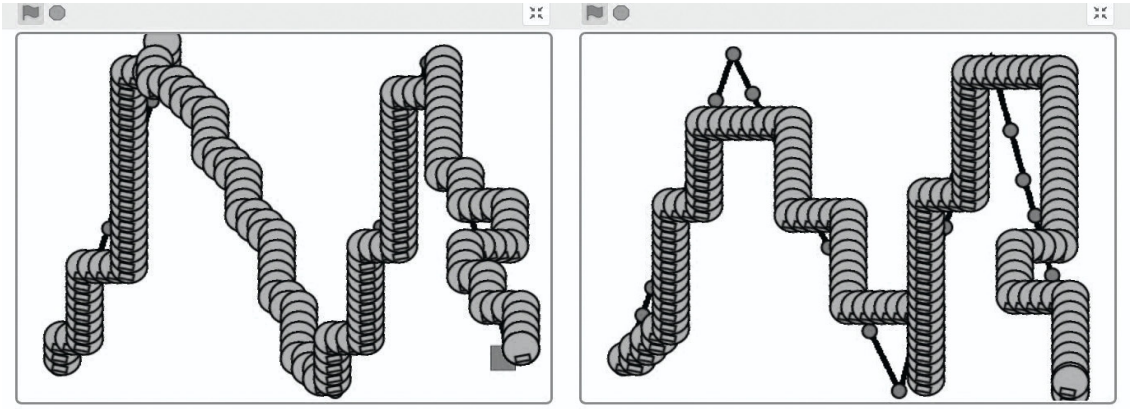
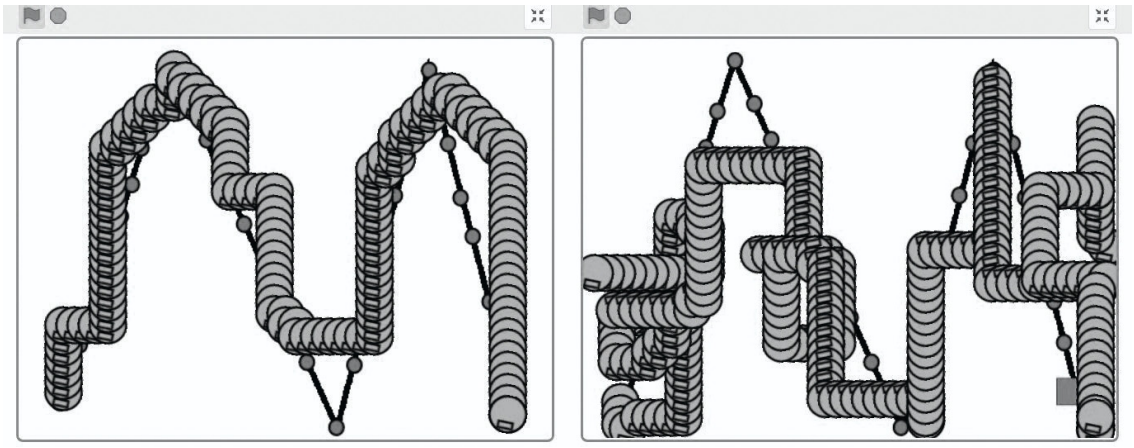


Рис. 1. Приклад проєктування траєкторії руху динамічного об'єкта для тестування

На рис. 2 показано приклади повторення заданої траєкторії руху динамічного об’єкта під час проходження тесту прямим керуванням кнопками (рис. 2а) чи інверсним (рис. 2б).



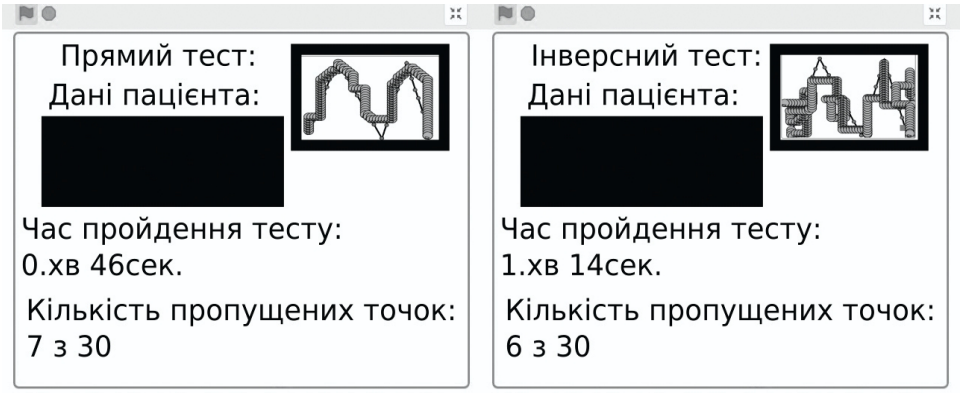
а



б

Рис. 2. Приклади проходження динамічного тестування
з прямим керуванням кнопок (а) та інверсним (б)

Складність проходження інверсного тесту полягає у концентрації уваги та зосередженості дитини. Тому, часу на тестування затрачається більше, а кількість помилок зростає. Виконання такого роду завдань сприяє підвищенню рівня розвитку дрібної моторики рук дитини та уважності. На рис. 3 представлено приклад автоматизованого виведення результатів тестування при проходженні прямого (а) та інверсного (б) тестів.



а б

Рис. 3. Результати автоматизованого виведення результатів тестування
прямого (а) та інверсного (б) тестів

Висновки. Отримані перші тестові результати свідчать про можливість застосування програмного засобу у корекційній школі, спеціалізованих медичних закладах, психологічних установах, оскільки простота реалізації, ігрова форма, автоматизація процесу динамічного тестування, а також впровадження нових авторських ідей, надає змогу покращити визначення розладів психоморної сфери дитини або виявити рухові порушення на ранніх стадіях.

Список використаних джерел:

1. Селиванова К.Г. Разработка интерактивных тестов для оценки уровня развития мелкой моторики / К.Г. Селиванова, О.Г. Аврунин, В.В. Семенец // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна: Х. 2014. – № 1143, Вип.6. – С. 72-75.

2. Селиванова К.Г. Виртуальный тренажер для развития мелкой моторики рук / К.Г. Селиванова, В. Худайбердиев // Актуальные проблемы автоматики и приборостроения: материалы Всеукр. наук.-техн. конф. – Х.: ФОП Панов А.М., 2016. – С.68-69.

3. Селиванова К.Г. Компьютерная система интерактивного тестирования психомоторики / К.Г. Селиванова // Полиграфические, мультимедийные и webтехнологии. Т. 1. Тез. Докл. 1-й Международной науч.-техн. конф. – Харьков: ХНУРЭ, 2016. – С. 81-82.

4. Селиванова К.Г. Внедрение multi-touch технологии для реализации интерактивного тестирования в психоневрологии / К.Г. Селиванова, М.Ю. Тымкович, О.Г. Аврунин // Фізичні процеси та поля технічних і біологічних об'єктів : матеріали XVII Міжнародної науково-технічної конференції. – Кременчук : КРНУ, 2018. – 236 с. – С. 121-122.

5. Аврунин О.Г. Разработка метода автоматизированного тестирования мелкой моторики ведущей руки на графическом планшете / О.Г. Аврунин, К.Г. Селиванова // Прикладная радиоэлектроника : науч.-техн. журн. – Х. : ХНУРЭ, 2013. – Т. 12, № 3 – С. 459-465.

6. Селиванова К.Г. Экспериментальное исследование тонкой моторики рук с помощью цифрового графического планшета / К.Г. Селиванова // Вестник Нац. техн. ун-та «ХПИ» : сб. науч. тр. Темат. вып. : Новые решения в современных технологиях. – Харьков : НТУ «ХПИ». – 2013. – № 18 (991). – С. 137-143.

7. Селиванова К.Г. Оценка исследований мелкой моторики рук в динамике с применением графического планшета / К.Г. Селиванова // Сборник материалов докладов «Радиоэлектроника и молодежь в XXI веке», 2013, С. 218-219.

8. Кабанцева А.В. Информатизация процесса психодиагностики / А.В. Кабанцева, К.Г. Селиванова // Інформаційні системи та технології в медицині: зб. наук. пр. II Міжн. наук.-прак. конф. (ІСМ-2019). – Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. Авіа. Ін.-т», 2019. – С. 41-43.

9. Кабанцева А.В., and К.Г. Селіванова. Методологічні підходи до сучасних інформаційних технологій оцінки психічного здоров'я. Diss. Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2020.

10. Селиванова К.Г. Биотехническая система диагностики состояния мелкого моторного развития / К.Г. Селиванова, Ж.Б Иванченко, О.Г. Аврунин // Вестник Нац. техн. ун-та «ХПИ»: сб. науч. тр. Темат. вып. : Новые решения в современных технологиях. – Харьков: НТУ «ХПИ». – 2015. – № 39 (1148). – С. 78-82

11. Селиванова К.Г. Возможности исследования тонкой моторики рук в динамике с помощью графического планшета / К.Г. Селиванова // Сборник материалов докладов «Биотехнические, медицинские и экологические системы и комплексы», Биомедсистемы, 2012. – С. 164-166.

УДК: 616.89:316.42

Сердюк І.А., біофізик відділення
нейрофізіології та нейрореабілітації,
молодший науковий співробітник наукового відділу
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

МЕТОДИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Актуальність дослідження. Зростання ролі інформації, інформаційно-комунікативних технологій у сучасному світі зумовили підвищення статусу інформаційної складової національної безпеки. Сучасне інформаційне середовище є по суті основним джерелом інформації для людини, безпосередньо впливає на її психічну діяльність, на формування її суспільної поведінки.

Інформаційний вплив на індивіда несе психологічну спрямованість, що відбувається опосередковано, через механізми головного мозку та проявляється у зміні психічних властивостей особистості та її поведінки. Слід зазначити, що всебічний розвиток інформаційних технологій, формування міжнародних інформаційних систем чинить не тільки позитивний вплив, а й несе в собі безліч проблем та ризиків для суспільства, пов'язаних із психологічною, моральною та правовою безпекою. Інформація, негативно впливаючи на психіку та свідомість, порушує сприйняття дійсності людини та викликає відхилення у здоров'ї особистості. Захист індивідуальної та суспільної свідомості від негативних інформаційних впливів становить основний зміст організації забезпечення інформаційно-психологічної безпеки. Збереження інформаційної безпеки людини, її психологічного здоров'я, пошук ефективних методів розв'язання даної проблеми є важливим і актуальним питанням державної інформаційної політики.

Мета дослідження: дослідити методи інформаційного впливу на психічний стан людини та зазначити засоби регулювання рівня інформаційної безпеки.

Результати дослідження. Інформаційно-психологічна війна – це сукупність різних форм, методів і засобів впливу на людей з метою зміни в бажаному напрямку їх психологічних характеристик (поглядів, думок, ціннісних орієнтацій, настроїв, мотивів, установок, стереотипів поведінки), а також групових норм, масових настроїв, суспільної свідомості в цілому. Об'єктом впливу в інформаційно-психологічній війні є людська психіка, психологія груп і цілих товариств, а основним засобом впливу – інформація.

Інформаційно-психологічні впливи зачіпають наступні сфери психіки індивіда, соціальної групи людей та суспільства в цілому [7]:

– потребно-мотиваційна сфера (цінності орієнтації, бажання, потяги, переконання, знання);

– інтелектуально-пізнавальна сфера (відчуття, сприйняття, представлення, уява, мислення та пам'ять);

– емоційно-волева сфера (настрій, емоції, почуття, воля);

– комунікаційно-поведінкова сфера (характер та специфіка міжособистого сприйняття та взаємодії, спілкування).

Серед сучасних методів інформаційно-психологічної війни виділяють психологічний тиск на прийняття рішення за допомогою примусу, переконання, навіювання, непомітне проникнення у свідомість за допомогою реклами політичних цінностей через ЗМІ, продукцію культури чи моду, спотворення законів логіки за допомогою підміни причини наслідком, підміни понять чи подвійних стандартів та психологічних операцій. Серед психологічних операцій виділяють введення противника в оману, вплив на суспільну свідомість з метою обману і введення в оману, сприяння опозиційним силам, культурну експансію.

Можливості й потенціал сучасних інформаційних технологій в умовах інформаційно-психологічної війни використовуються з метою поширення дезінформації, пропаганди, фейків, маніпулювання фактами, ідеологічного демонтажу масової свідомості й формування потрібних ціннісних наративів [1, 3].

Психологічний вплив може здійснюватися за допомогою різних механізмів, основними з яких є пропаганда та ідеологічна обробка (маніпулювання, інформаційне зомбування). Зазвичай це відбувається в інформаційному просторі та за допомогою інформаційних видів озброєнь [6].

Пропаганда (від лат. propaganda – підлягає поширенню) є цілеспрямованим впливом на свідомість і підсвідомість людини за допомогою корекції політичних та ціннісних орієнтацій відповідно до інтересів сторони, що впливає. Це один із основних механізмів психологічного впливу, що здійснюється в рамках психологічної війни та не обмежена жодними моральними заборонами. На думку фахівців [2, 4, 5], руйнівне стимулювання психіки й становить суть пропаганди в умовах психологічної війни.

Під пропагандою в широкому сенсі розуміється діяльність з поширення будь-яких соціальних уявлень, знань, оцінювальних суджень, переконань з метою їх впровадження у свідомість людей. З цієї точки зору можна говорити про пропаганду правових, екологічних, культурних знань. Однак пропаганда у вузькому і найбільш часто вживаному сенсі – це поширення і впровадження у свідомість різних верств населення насамперед ідеологічних, політичних знань і переконань для формування певної ідеології.

Пропаганда, на відміну від маніпуляції, є не закамуфльованим процесом. Зазначають агресивність, наступальний, відкритий характер пропагування. Пропаганда в самому нейтральному значенні слова означає «поширення ідей або проштовхування цілей».

Методом інформаційної пропаганди є дезінформація. Дезінформація – це поширення свідомо неправдивих відомостей, навмисно спотвореної інформації, вибірково неповної інформації з метою ввести в оману. Дезінформація є однією з форм інформаційно-психологічного впливу і сьогодні тісно пов'язана з іншими видами глобальних загроз, таких як крах держави, соціальна нестабільність, масштабні інтернет-атаки, міжнародні конфлікти. Дезінформація спрямована на отримувача, готового до сприйняття. У поєднанні з правдивою інформацією, відомою отримувачу, дезінформація як спотворена, непотрібна чи неповна інформація має високий кредит довіри та буде краще та легше сприйматися. Дезінформація не обов'язково полягає у подачі відвертої брехні. У ній можуть використовуватись факти, відірвані від вихідного контексту, або факти, змішані з неправдивою інформацією. Ефективному сприйняттю дезінформації сприяє наявність елементів сугестивного впливу та маніпулювання. До факторів навіювання відносяться описовий характер тексту, ритм, повтори, емоційно забарвлена лексика, евфемізми та прийоми генералізації, створені такою одиницею вербального рівня, як метонімія. Цей перелік не є вичерпним.

Наявність наміру під час поширення хибної інформації є ключовою відмінністю дезінформації від повідомлення недостовірної інформації. Недостовірна інформація – це хибна інформація, яка була створена без мети завдати шкоди. Як правило, дезінформація є частиною навмисних спроб обману, а недостовірну інформацію не обов'язково повідомляють з метою ввести в оману. Навіть з урахуванням цієї відмінності не завжди вдається визначити справжні цілі створення та розповсюдження інформації.

В Україні відсутнє ефективне правове регулювання з питань дезінформації. При цьому, в умовах постійного інформаційного протиборства, вважаємо, що це одне з першочергових питань, що мало б вирішуватись як на рівні законодавства, так і шляхом відповідних організаційних заходів, які б дозволили не лише зменшити деструктивний вплив дезінформації на населення, а й відновити порушені права осіб чи навіть соціальних груп [2].

Також одним із механізмів психологічної війни є ідеологічна обробка – це процес поширення та прищеплення певної ідеології людям шляхом маніпуляції психологічного стану людини та нестабільності її емоційної сфери. Джерелами ідеології є її носії й результат їх ідеологічної діяльності. Під носіями слід мати на увазі окремих людей – прихильників

цієї ідеології – і інформаційні носії, серед яких ЗМІ, друкована продукція, інтернет-ресурси та ін. Під формами ідеологічної обробки розуміють сукупність технічних та матеріальних інструментів і каналів впливу, що використовуються лідерами, розповсюджувачами, вербувальниками з метою поширення певних ідеологічних цінностей, установок та залучення нових прихильників. Методи ідеологічної обробки – сукупність психологічних хитрощів, маніпуляцій та інших форм психологічного впливу, спрямованих на залучення нових прихильників. При розгляді методів та форм ідеологічної обробки необхідно підкреслити роль самої ідеології, яка відіграє ключову роль у вербуванні прихильників, оскільки ідеологія ґрунтується на цінностях та емоційних аспектах, які мають прямий вплив на психіку людини та її емоційну сферу.

Захист індивідуальної та суспільної свідомості від негативних інформаційних впливів становить основний зміст організації забезпечення інформаційно-психологічної безпеки. Проблема інформаційної безпеки суспільства й особистості та їх захист від негативної інформації має у своїй основі питання інформаційної стійкості й самоорганізації людини.

Висновки. Для надійного захисту інтересів держави в інформаційній сфері потрібен постійний комплексний моніторинг зовнішніх і внутрішніх інформаційних загроз; дієві нормативно-правові, організаційно-адміністративні, науково-технічні та інші методи й засоби регулювання рівня інформаційної безпеки. Задля захисту особистості від негативних інформаційних впливів треба забезпечити постійний контроль і аналіз усіх джерел підвищеного інформаційного ризику, завчасне прогнозування процесів їхнього прояву та оперативне відпрацювання адекватних контрзаходів для відвернення чи мінімізації небажаних наслідків.

Список використаних джерел:

1. Григор'єв В.І. Технології сучасної інформаційно-психологічної війни. Information security of the person, society and state. 2015. № 2 (18). С. 6-15.

2. Золотар О.О. Інформаційна безпека людини: теорія і практика: монографія. Київ: ТОВ «Видавничий дім «АртЕк». 2018. 446 с.

3. Ільницька У. Інформаційна безпека України: сучасні виклики, загрози та механізми протидії негативним інформаційно-психологічним впливам. Політичні науки. Вип. 2. № 1. 2016. С. 27-32.

4. Інформаційно-психологічне протиборство: підручник. Видання друге перекладене, доповнене та перероблене / [В.М. Петрик, В.В. Бедь, М.М. Присяжнюк та ін.]; за заг. ред. В.В. Бедь, В.М. Петрика. К.: ПАТ «ВІПОЛ», 2018. 386 с.

5. Панченко О.А. Інформаційна безпека в епоху турбулентності: державно-управлінський аспект: монографія. К.: КВІЦ. 2020. 332 с.

6. Панченко О.А., Сердюк І.А. Пропаганда та ідеологічна обробка (маніпулювання, інформаційне зомбування) – основні механізми психологічної війни. Modernization of the educational system: world trends and national peculiarities. III International scientific conference, February 21 th, 2020. Kaunas, Lithuania, 2020. P.75-79.

7. Khoroshko V., Khokhlachova Y., Pirtskhalava T., Ivanchenko Y. Information-psychological influences and information-psychological warfare as component parts of information struggle. Ukrainian Scientific Journal of Information Security, 2022, vol. 28, issue 1, pp. 26-34.

УДК: 6,16.728,16-007,17-092-07-037-085

Стауде В.А., д.м.н.,
завідувач відділенням відновного лікування та кінезіотерапії,
Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів
імені професора М.І. Ситенка НАМН України»,
м. Харків, Україна
Стауде А.О., медсестра по масажу
відділення відновного лікування та кінезіотерапії
Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів
імені професора М.І. Ситенка НАМН України»,
м. Харків, Україна

ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНОГО МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗА У ХВОРИХ З ДОРСАЛГІЯМИ, ОБУМОВЛЕНИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА

Актуальність. Дорсалгії, пов'язані з дегенеративними захворюваннями, є найбільш поширеним видом болю. Деякі статистичні дані говорять про те, що близько двох третіх дорослого населення Землі страждають від дорсалгії в різні періоди життя. Дорсалгії при дегенеративних захворюваннях хребта займають друге місце за поширеністю після респіраторних захворювань [1]. Дорсалгії є найбільш поширеним фактором, що з року в рік обмежує рухову і робочу активність працездатного населення [2].

Дорсалгії нерозривно пов'язані з дегенеративними змінами таких структур хребетного стовпа, як міжхребцевий диск, дуговідросткові суглоби, фасції та зв'язки м'язів стабілізаторів хребта і вертикального положення тіла, крижово-клубові суглоби, зв'язки цих суглобів, нервових корінців і безпосередньо м'язів [3, 4].

Дегенерація міжхребцевих дисків включає структурні та функціональні зміни. Структурні зміни (тріщини фіброзного кільця, протрузії та грижі міжхребцевого диска) ведуть до зниження висоти міжхребцевого диска, викликають унковертебральний реберно-хребтовий артроз. Функціональні зміни включають функціональну блокаду хребтового рухового сегменту, нестабільність, що приводить до спондилоартрозу, дегенерації зв'язок.

Структурна та функціональна дегенерація призводить до тотальної дегенерації та дегенеративної деформації хребтового рухового сегменту [5].

Фахівці з відновного лікування мають різноманітні технології лікування дорсалгій, що викликані дегенеративними захворюваннями хребта. Це й мануальна терапія, тракційне лікування, різні технології лікувальної фізкультури, масажу. Останні роки свого розвитку набула технологія міофасціального релізу, в тому числі апаратного міофасціального релізу.

Мета дослідження. Дослідити ефективність застосування апаратного міофасціального релізу Nuga Best N5 у хворих з дорсалгіями, обумовленими дегенеративними захворюваннями хребта.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою персонального апарата Nuga Best N5 було проліковано 42 хворих з дегенеративними захворюваннями хребта та 12 волонтерів-спортсменів. Всім пацієнтам було виконано апаратний міофасціальний реліз з тепловим впливом.

Хворих розділили на 3 групи. В першу групу увійшли: 16 хворих на спондилоартроз поперекового відділу хребта. З них:

8 – хворих з фізіологічним лордозом;

3 – хворих з гіперлордозом;

7 – хворих зі згладженим лордозом.

У 12 хворих були застарілі грижі диска до 7 мм на різних рівнях.

У 16 хворих – протрузії диска на різних рівнях.

У другу групу увійшли: 12 хворих на спондилоартроз грудного відділу хребта, у 5 з них – реберно-поперечний артроз.

У третю групу увійшли 14 хворих на артроз крижово-клубових суглобів з тендопатіями зв'язок та м'язів стабілізаторів ККС та вертикального положення тулуба.

У четверту групу увійшли 12 здорових волонтерів-спортсменів.

Хворі були обстежені клінічно, рентгенологічно, неврологічно, деяким проведене КТ або МРТ дослідження. Всі хворі були обстежені по ВАШ (візуальна аналогова шкала), шкалі Тампа, за шкалою Oswestry до та після лікування. Волонтери-спортсмени були опитані за шкалою Oswestry.

Результати. Хворі першої групи до лікування скаржилися на дорсалгії, поперекові болі, які могли іррадіювати у сідниці та стегно з однієї сторони, обмежені рухи поперекового відділу в сагітальній і фронтальній площинах. Після проведеного лікування на апараті Nuga Best N5 пацієнти відмічали значне зниження інтенсивності болі, відновлення звичайної рухливості поперекового відділу хребта.

Результати проведеного лікування представлені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Показники	***Шкала Тампа***			***Візуальна аналогова шкала ВАШ***			***Індекс дисабілітації Oswestry, %***			***Індекс реабілітації Oswestry, %***		
	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax
До лікування	0	1,3	9	5	5,5	0	6	6	4			
Після лікування	8	4,6	5		2	5		5,6	0	0	0	5

Хворі другої групи до лікування скаржилися на болі в грудному відділі хребта, обмежені ротаційні рухи в спині. Після проведеного лікування пацієнти відмічали значне зниження інтенсивності болі та відновлення звичайного об'єму рухів.

Отримані результати проведеного лікування пацієнтів 2 групи представлені у таблиці 2.

Таблиця 2.

Показники	***Шкала Тампа***			***Візуальна аналогова шкала ВАШ***			***Індекс дисабілітації Oswestry, %***			***Індекс реабілітації Oswestry, %***		
	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax
До лікування	2	1,6	8	5	5,5	5	8	8	6			
Після лікування	6	3,8	4	5	5,5	5		2,8	2	0	3	8

Хворі третьої групи до лікування скаржилися на дорсалгії, поперекові болі, які могли іррадіювати у сідниці та стегно з однієї сторони, обмежені рухи поперекового відділу в сагітальній і фронтальній площинах. Після проведеного лікування пацієнти відмічали значне зниження інтенсивності болі, відновлення звичайної рухливості поперекового відділу хребта.

Результати проведеного лікування представлені у таблиці 3.

Таблиця 3.

Показники	***Шкала Тампа***			***Візуальна аналогова шкала ВАШ***			***Індекс дисабілітації Oswestry, %***			***Індекс реабілітації Oswestry, %***		
	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax	in	ep.	ax
До лікування	2	4,3	2	0	0,5	5	4	6	0			
Після лікування	6	2,6	2		0	2		5,2	2	5	5	2

Здорові волонтери-спортсмени до лікування відмічали періодичні болі в спині, які вони ні з чим не пов'язували. Протягом лікування вони продовжували тренування. Після проведеного лікування волонтери відмічали підвищення працездатності м'язів, добре самопочуття, швидке відновлення після фізичних навантажень.

За допомогою апаратного міофасціального релізу та теплового впливу біль, що був обумовлений тендопатіями таких зв'язок та м'язів стабілізаторів крижово-клубових суглобів та вертикального положення тулуба як: lig. sacroiliacus, sacrotuberous, sacrospinous, mm. gluteus medius et maximus, m. tensor fascia latae, m. piriformis, m. biceps femoris, m. rectus femoris значно знизився.

Було досягнуто розвантаження зв'язок та м'язів стабілізаторів крижово-клубових суглобів та вертикального положення тулуба за допомогою міофасціального релізу, зменшення натягнення задніх крижово-клубових, клубово-поперекових, міжостистих зв'язок, іліотібіального тракту. Це призводить до відновлення опороздатності крижово-клубових суглобів та хребта. У цій ситуації у ряді випадків може відбуватися усунення дислокації фасеток міжхребцевих суглобів і усунення функціональних блоків нижньопоперекових хребетно-рухових сегментів. У результаті зменшується ступінь мікротравматизації зв'язок та капсул дуговідросткових суглобів, рефлекторно знижується м'язовий гіпертонус і зменшується подразнення судинних і невральних структур, значно знижувався біль, обумовлений тендопатіями зв'язок та м'язів стабілізаторів крижово-клубових суглобів та вертикального положення тулуба [4, 5].

Loghmani and Warden (2009) в експерименті на 51 щурах травмували медіальні колатеральні зв'язки колінних суглобів з двох сторін. Вони використовували глибокий масаж протягом 1 тижня після травми однієї з травмованих зв'язок. Контрлатеральна зв'язка була контрольною і загоювалась самостійно.

В результаті було доведено, що зв'язки, які піддавалися впливу масажу мали на 43,1% вище межу міцності ($p < 0,05$), на 39,7% жорсткіше ($p < 0,01$), і при розриві могли абсорбувати на 57,1% більше енергії ($p < 0,05$), ніж контрольна група травмованих зв'язок [6].

При гістологічному дослідженні зв'язки, які лікували масажем, мали більше колагенових волокон, які були чітко орієнтовані по лініях прикладання навантаження, в порівнянні з контрольною групою.

Механічні навантаження мають великий вплив на активність фібробластів і орієнтацію колагенових волокон. Після перенапруги чи іншої травми м'язово-зв'язкового апарату, для відновлення повинні продукуватися нові колагенові волокна. У той же час, якщо пацієнт знаходиться в положенні іммобілізації (тобто спокою), колагенові волокна придбають безладну орієнтацію. Це буде викликати обмеження рухів і збільшення часу відновлення. І тільки ранні рухи дозволяють формувати коректну орієнтацію колагенових волокон вздовж функціональної лінії прикладання сили.

Було продемонстровано, що коли температура ділянки тіла підвищується вище 40°C, тривимірна структура ланок гіалуронової кислоти (HA) через між- і інтрамолекулярні

водні містки (Van der Waals гідрофобні сили) прогресивно руйнується. Це зменшує в'язкість гіалуронової кислоти вільної сполучної тканини, яка присутня в глибокій фасції м'язів. Подібний ефект спостерігається при рухах. Наприклад, ранкова скутість швидко усувається за допомогою теплого душу або рухів [7].

Застосування апаратного міофасціального релізу та теплового впливу дозволило ефективно зменшити больовий синдром, напругу м'язів, збільшити обсяг рухів в хребті, відновити опороздатність крижово-клубових суглобів та хребта, ефективно провести редресацію зв'язок, фасцій паравертебральних м'язів та м'язів стабілізаторів крижово-клубових суглобів та вертикального положення тулуба і відновити баланс цих м'язів. Апарат Nuga Best N5 є першим апаратом, в якому втілена методика міофасціального релізу і який можливо успішно використовувати для лікування такої розповсюдженої патології як тендопатії зв'язок та м'язів різної локалізації. У практично здорових людей апаратний міофасціальний реліз з тепловим впливом може застосовуватись для відновлення працездатності, лікування м'язового болю і м'язового балансу після фізичних навантажень.

Висновки. Використання апаратного міофасціального релізу з тепловим впливом значно знижує біль, відновлює рухи у всіх відділах хребта, відновлює тонус зв'язок та м'язів стабілізаторів хребта та крижово-клубових суглобів.

Список використаних джерел:

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001; 344: 363-70. Martin BI, Turner JA, Mirza SK, et al. / Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997-2006. Spine (Phila Pa 1976). 2009 Sep 1; 34 (19): 2077-84. DOI: 10.1097/ BRS. 0b013e3181b1fad1.

2. Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014; 73: 968-74.

3. Manchikanti L, Hirsch JA, et al. Comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain. Pain Physician. 2009; 12: 699-802.

4. Корж М.О., Стауде В.А. Концептуальна модель пато- і саногенезу артрозу крижово-клубового суглоба. Ортопедия, травматология и протезирование. № 2 (623) квітень-червень 2021. С. 28-39.

5. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Дегенеративные заболевания позвоночника. Том 1. Семиотика. Классификация. Диагностика. Харьков, ИПП «Контраст», 2007. 272 с.

6. Loghmani M.T., Warden S.J., 2009. Instrument-assisted cross-fiber massage accelerates knee ligament healing. J. Orthop. Sports Phys. Ther. 39 (7), 506-514.

7. Loghmani M.T., Warden S.J., 2013. Instrument-assisted cross-fiber massage increases tissue perfusion and alters microvascular morphology in the vicinity of healing knee ligaments. Complement. Altern. Med. 28 (13), 240.

УДК: 616.728,16-007,17-092-07-037-085

Стауде В.А., д.м.н.,
завідувач відділенням відновного лікування та кінезіотерапії,
Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів
імені професора М.І. Ситенка НАМН України»,
м. Харків, Україна
Стауде А.О., медсестра по масажу
відділення відновного лікування та кінезіотерапії
Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів
імені професора М.І. Ситенка НАМН України»,
м. Харків, Україна

КОМПЛЕКС ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ, СПРЯМОВАНИЙ НА ВІДНОВЛЕННЯ ОПОРОСПРОМОЖНОСТІ ТУЛУБА ПРИ ДОРСАЛГІЯХ, ОБУМОВЛЕНИМИ ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА

Актуальність роботи. Дорсалгії, пов'язані з дегенеративними захворюваннями, є найбільш поширеним видом болю. Деякі статистичні дані говорять про те, що близько двох третіх дорослого населення Землі страждають від дорсалгії в різні періоди життя.

Cadyetal [1] показали у 1979 році, що люди сильні та фізично розвинені, менше страждають від виникнення дорсалгій. Вони прийшли до висновку, що фізичні вправи та навантаження є достатньою профілактикою болі у спині. Ряд досліджень показав, що у людей, що регулярно мають інтенсивні фізичні навантаження, рідше зустрічаються дорсалгії. Більш того, якщо фізично треновані люди одержують травму спини, то вони значно скоріше повертаються до нормального життя. Приведені данні все ж таки не відповідають на питання, чому навіть і фізично треновані люди, що займаються регулярно фізичними вправами, мають дорсалгії. Однією із можливих відповідей є так звана теорія «кумулятивної травми». Ця теорія говорить про те, що компресійні навантаження на хребет, що повторюються, або навантаження, що викликані певними положеннями тіла (наприклад, під час керування автомобілем), значно впливають на диск, міжхребцеві суглоби, зв'язки, м'язи, капсули суглобів і викликають дегенеративні зміни, які самі по собі можуть викликати болі у спині. Це супроводжується перерозтягненням зв'язок та м'язів, їх мікротравматизацією і виникненням ентензопатій [2, 3, 4].

При дорсалгіях порушується баланс м'язів стабілізаторів тулуба та вертикального положення, що часто супроводжується порушенням опорспроможності. У зв'язку з цим нами була розроблена лікувальна гімнастика, яка спрямована, в першу чергу, на відновлення м'язового балансу, тобто зміцнення тонусу розтягнутих м'язів і розтягнення скорочених м'язів для збільшення їх еластичності. По-друге, ця гімнастика впливає також на функціонально пов'язані з м'язи, які мають спільні точки кріплення та складають функціональні ланцюги [5].

Відновлення функціональних м'язових ланцюгів дозволяє усунути такі деформації, як «перекіс» таза або «скручений» таз та забезпечує «хребетно-тазовий» ритм під час ходьби [6].

Матеріали та методи. Була обстежена група хворих з дорсалгіями, які до виникнення болю займалися спортом в кількісті 40 осіб. У складі групи дослідження було 52,5% жінок (21 особа) та 47,5% чоловіків (19 осіб). Оцінювали показники болю за ВАШ та опороспроможності до та після курсу реабілітації. Коефіцієнт асиметрії навантаження (КАО) стоп обчислювали в такий спосіб. Пацієнт ставав на дві ваги, однією ногою на одні другою на інші, в анатомічному положенні, ноги на ширині пліч. Фіксували, яка частина ваги тіла припадає на ліву нижню кінцівку, а яка на праву. Потім від більшого значення віднімали менше, ділили на більше і множили на 100%.

Статистична обробка даних дослідження проводилася за допомогою пакету програм загального призначення STATISTICA.

Для оцінювання відносної динаміки зміни показника розраховували додаткові показники за формулою: $(П_{було}-П_{стало})/ П_{було}\cdot 100\%$, де $П_{було}$ – значення показника до лікування, $П_{стало}$ – значення показника після лікування.

Всі хворі 2 рази в день займались розробленою нами лікувальною гімнастикою. Розроблена технологія гімнастики включала вплив та відновлення балансу таких м'язів: m. tibialis anterior, m. fibularis longus, tractus iliotibialis, m. tensor fascia latae, m. biceps femoris, m. adductor longus, m. rectus femoris, m. gluteus medius et maximus та місць кріплення цих м'язів.

Комплекс вправ для відновлення координованого скорочення м'язів-стабілізаторів вертикального положення

Рис. 1		Впр. 1. Початкове положення (П.П.) – стоячи на двох ногах на нестабільній платформі. Стояти протягом 1-2 хв. Для полегшення стабілізації тулуба можна триматися руками за опору. Покращує координоване м'язове скорочення m.erector spinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris.
Рис. 2 Рис. 3		Впр. 2. П.П. – стоячи на двох ногах на нестабільній платформі. Спочатку перенести вагу тіла з лівої ноги на праву, та навпаки (рис. 2). Потім виконати кругові обертання в колінних суглобах в обидва боки (рис. 3). Повторити 5-6 разів. Для полегшення стабілізації тіла можливо держатися руками за опору. Покращує координоване м'язове скорочення m. erectorspinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius.

Рис.4		Впр. 3. П.П. – стоячи на двох ногах на нестабільній платформі, присісти, зігнувши ноги в колінах до 90°. Повторити 10-30 разів. Покращує координоване м'язове скорочення m. erector spinae, m. Gluteus maximus, medius, m. Biceps femoris, m. Rectus femoris.
Рис. 5		Впр. 4. П.П. – стоячи на двох ногах на нестабільній платформі, руки вздовж тулуба. Підняти руки вгору. Повернутися в П.П. Повторити – 10 разів. Покращує координоване м'язове скорочення m.erector spinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius (рис. 5).
Рис. 6		Впр. 5. П.П. – стоячи на двох ногах. Ліва нога на нестабільній платформі, права на підставці. Утримувати рівновагу протягом 1 хв. Покращує координоване м'язове скорочення m. erector spinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius (рис. 6).

Комплекс вправ для зміцнення м'язів, які відповідають за опороспроможність тулуба

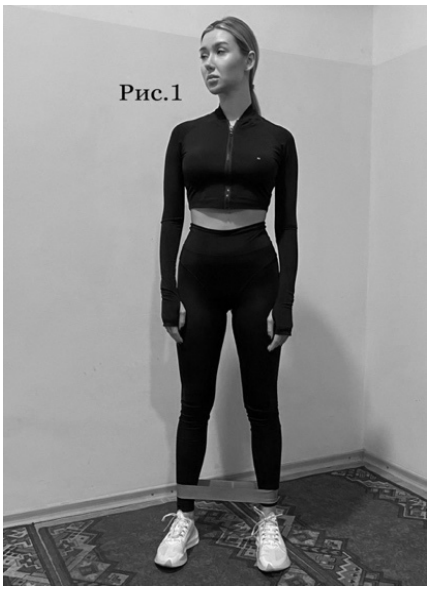
Рис. 1 Рис. 2	 	Впр. 1. П.П. – стоячи на двох ногах (рис. 1). Ноги зафіксовані гумовою стрічкою. Ходьба, копіюючи ходіння «ведмедя» (рис. 2). Зміцнює m. erector spinae, m. quadrates lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius.
Рис.3		Впр. 2. П.П. – стоячи на двох ногах. Виконати випад вперед лівою ногою зі згинанням ноги, яка виконує випад, до кута 90°. При виконанні випада, стопа повинна бути повернута назовні під кутом 5-10°. Повторити 20-30 разів кожною ногою. Зміцнює m. erector spinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius (рис. 3).

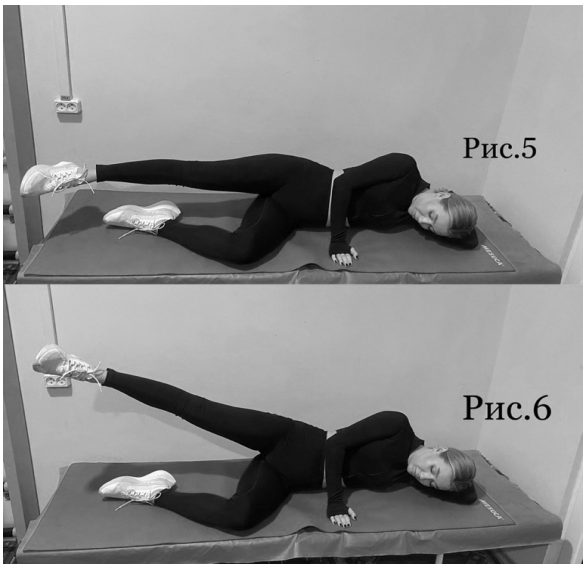
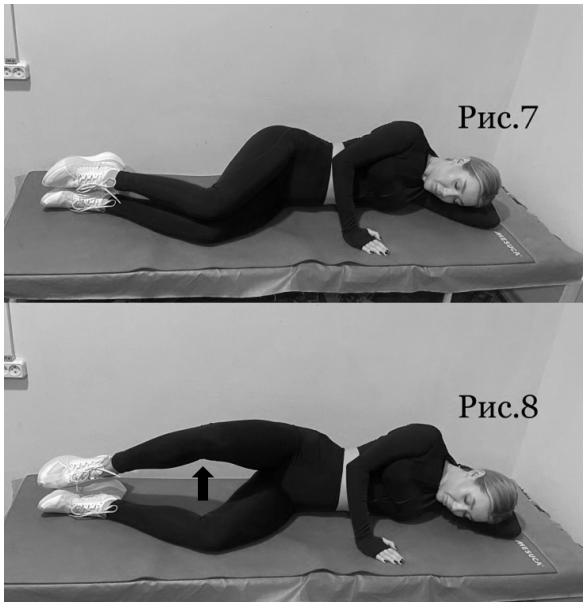
Рис. 4		Впр. 3. П.П. – стоячи на двох ногах. Виконати випади назад. При цьому опорна нога згинається в коліні до кута 90°. Повторити 20-30 разів кожною ногою. Зміцнює m. erector spinae, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius (рис. 4).
Рис. 5 Рис. 6		Впр. 4. П.П. – лежачи на лівому боці. Ліва нога зігнута під кутом 90° (рис. 5). Підняти пряму праву ногу до кута 30-40° (рис. 6). Повторити 40-50 разів. Аналогічно на правому боці. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius.
Рис. 7 Рис. 8		Впр. 5. П.П. – лежачи на лівому боці. Ноги зігнути в колінах до кута 90° (рис. 7). Підняти коліно правої ноги вгору, не відриваючи стопи одну від іншої (рис. 8). Виконати 30-50 разів. Аналогічно на правому боці. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. transverses abdominis, m. obliquus abdominis

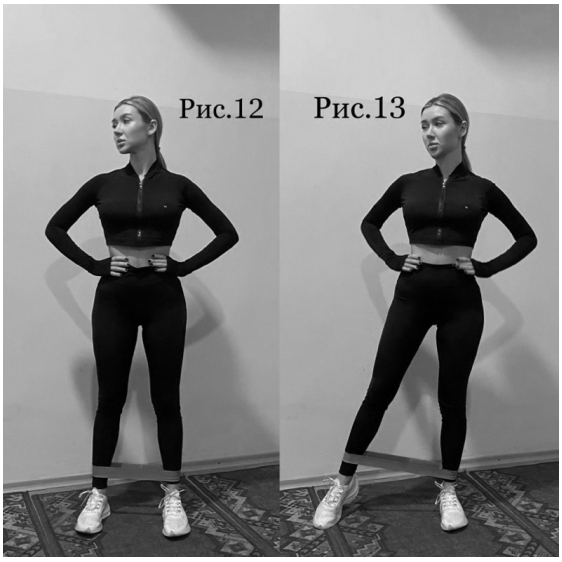
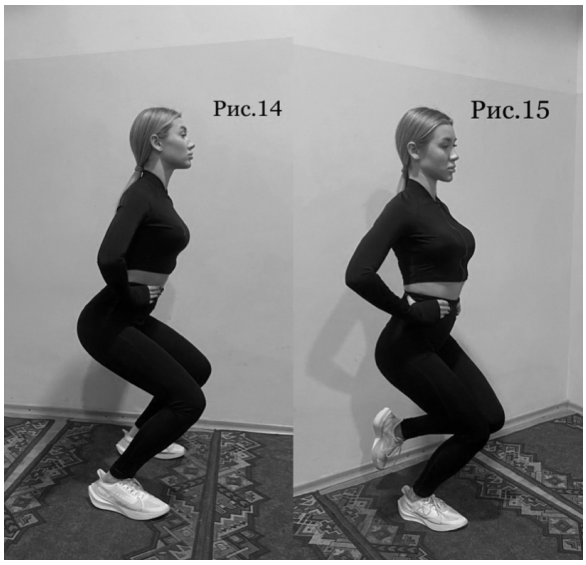
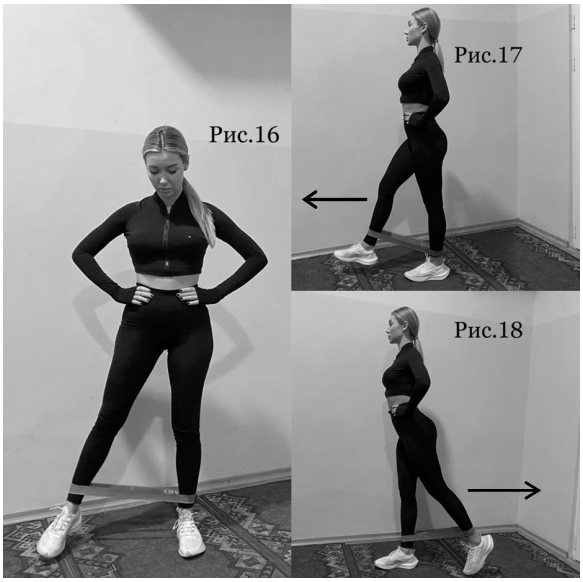
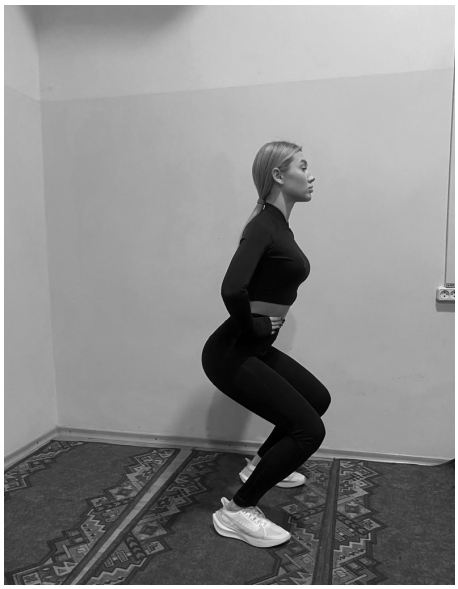
Рис. 9 Рис. 10		Впр. 6. П.П. – стоячи на правій нозі на підставці (рис. 9). Ліву ногу опустити вниз на підлогу, опустивши таз (рис. 10). Потім підняти ногу до попереднього рівня, піднявши таз. Повторити 10-20 разів. Аналогічно на лівій нозі. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius.
Рис. 11		Впр. 7. П.П. – стоячи біля стіни на лівій нозі. Права нога зігнута в коліні до кута 90°. Надавити правою ногою на стіну протягом 30 сек. (рис. 11). Розслабитися. Повторити 10 раз. Аналогічно на правій нозі. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. transverses abdominis.
Рис. 12 Рис. 13		Впр. 8. П.П. – стоячи на двох ногах. Ноги на ширині пліч. Ноги зафіксовані гумовою стрічкою (рис. 12). Зробити крок вбік (рис. 13). Виконати 10 кроків в один бік та 10 кроків в інший. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae.

Рис. 14 Рис. 15		Впр. 9. П.П. – стоячи. Ноги на ширині пліч (рис. 14). Присісти на правій нозі (рис. 15). Повторити 5-6 разів. Аналогічно на лівій нозі. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m. gastrocnemius.
Рис. 16 Рис. 17 Рис. 18		Впр. 10. П.П. – стоячи. Ноги на ширині пліч. Ноги зафіксовані гумовою стрічкою. Відвести праву ногу вбік – 5 разів (рис. 16), потім вперед – 5 разів (рис. 17), назад – 5 разів (рис. 18). Виконати лівою ногою. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae.

Вправи для зміцнення стабілізаторів колінних суглобів

Рис. 1		П.П. – стоячи, ноги на ширині пліч. Присісти до кута 90° в колінних суглобах, не відриваючи п’ятки від підлоги (рис. 1). Повторити 12 разів.

Комплекс вправ із фітболом

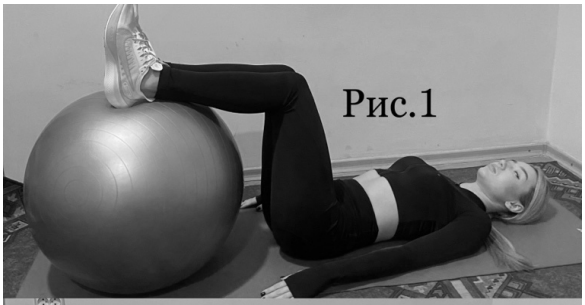
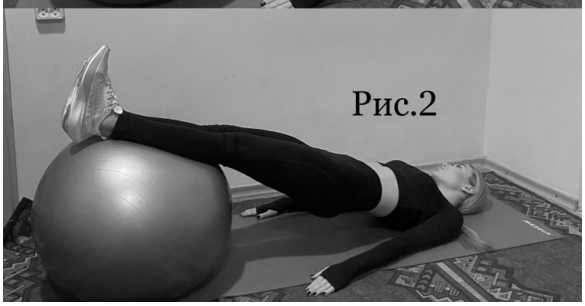
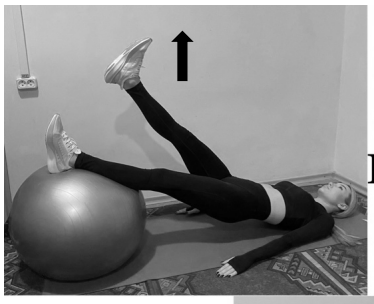
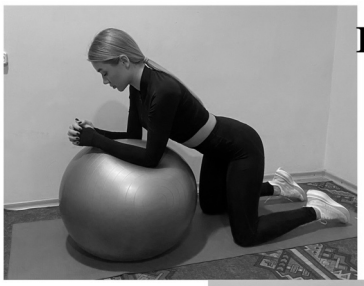
Рис. 1 Рис. 2	 Рис.1  Рис.2	Впр. 1. П.П. – лежачи на спині. Стопи на фітболі, руки вздовж тулуба. Таз на підлозі (рис. 1). Підняти таз догори, намагаючись вирівняти тулуб (рис. 2). Повернутися в П.П. Повторити 12 разів. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m. quadriceps femoris, m. soleus, m. gastrocnemius.
Рис. 3 Рис. 4	 Рис.3 Рис.4 	Впр. 2. П.П. – лежачи на спині. Стопи на фітболі. Підняти праву ногу вгору, піднімаючи таз вгору. Виконати «міст» з піднятою вгору правою ногою з опорою на плечі та ліву ногу (рис. 3). Повернутися в П.П. (рис. 4). Повторити 3-8 разів. Аналогічно виконати лівою ногою. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m.adductor brevis, longus, magnus, m. quadriceps femoris, m. biceps femoris.
Рис. 5 Рис. 6	 Рис.5 Рис.6 	Впр. 3. П.П. – стоячи навколішки, руки зігнути, спираючись передпліччями на фітбол (рис. 5). Підкотити фітбол до колінних суглобів (рис. 6). Повернутися в П.П. Повторити 6-12 разів.

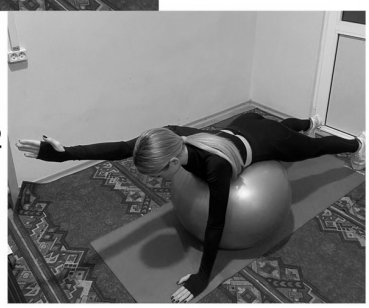
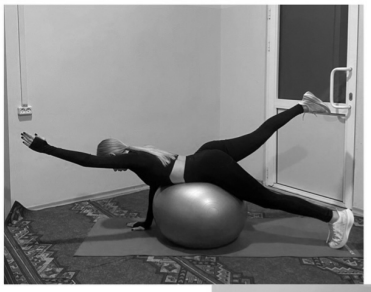
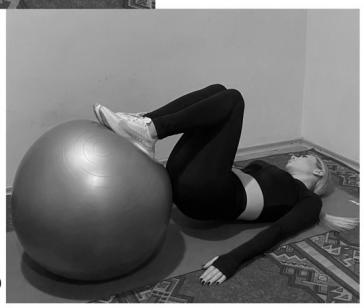
Рис. 7 Рис. 8	 Рис.7 Рис.8	Впр. 4. П.П. – лежачи спиною на фітболі, фітбол на рівні лопаток, ноги зігнуті в колінах, руки розвернуті (рис. 7). Перекотити фітбол в напрямку лівого боку та назад, утримуючи рівновагу (рис. 8). Повторити 6-12 разів. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m. quadriceps femoris, m. biceps femoris.
Рис. 9 Рис. 10	 Рис.9 Рис.10	Впр. 5. П.П. – лежачи животом на фітболі, утримуючи рівновагу. Підняти пряму праву ногу. Повторити 10 разів (рис. 9). Повторити 10 разів лівою ногою (рис. 10). Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m. biceps femoris, m. quadriceps femoris.
Рис. 11 Рис. 12	 Рис.11  Рис.12	Впр. 6. П.П. – лежачи животом на фітболі. Витягнутися, утримувати рівновагу. Подняти 12 разів ліву руку (рис. 11), потім аналогічно праву (рис. 12). Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae.

Рис. 13 Рис. 14	 Рис.13 Рис.14	Впр. 7. П.П. – лежачи животом на фітболі. Витягнутися, утримувати рівновагу. Підняти одночасно ліву руку та праву ногу (рис. 13). Потім те ж саме виконати правою рукою та лівою ногою (рис. 14). Повторити 12 разів. Зміцнює m. iliopsoas, m. quadratus lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m. erector spinae, m. biceps femoris, m. quadriceps femoris.
Рис. 15 Рис. 16	 Рис.15  Рис.16	Впр. 8. П.П. – лежачи на спині. Стопи на фітболі. Виконати міст (рис. 15). Згинаючи коліна, підкочувати фітбол до себе (рис. 16). Зміцнює m. iliopsoas, m. quadrates lumborum, m. gluteus maximus, medius, m. tensor fascia latae, m. transverses abdominis.

Результати. Аналізуючи результати, які ми отримали при порівнянні відновлення опороспроможності чоловіків та жінок, ми бачимо, що до лікування як жінки, так і чоловіки значно більше навантажували праву нижню кінцівку, ніж ліву. Це, можливо, пов'язано з домінантною та не домінантною ногою. При цьому після лікування спостерігалось відновлення рівномірного навантаження між кінцівками в обох групах, але медіана динаміки КАО у жінок була 70%, що у два рази більше ніж у чоловіків 38%. Це говорить про те, що пацієнти жіночої статі відновлюються краще, ніж чоловіки.

Висновки. Запропонована система лікувальної гімнастики значно зменшує біль та відновлює опороспроможність тулуба і нижніх кінцівок як у чоловіків, так і у жінок.

Список використаних джерел:

1. Cady LD, Bischoff DP, O'Connell ER, etal. / Strengthandfitness and subsequent backin juries infirefighters. J OccupMed. 1979 Apr; 21 (4): 269-72.

2. Mc Kay. Unique mechanism for lumbarmusculoskeletal pain defined from primary care research into periostealenthesis response to biomechanical stressand for mationof smallfibre polyneuropathy. In 9th Interdisciplinary World Congress on Low Back & Pelvic Pain, Singapore October 31- November 4, 2016 P 384.

3. Стауде В.А. Концептуальна модель пато- і саногенезу артрозу крижово-клубового суглоба. Ортопедия, травматология и протезирование. № 2 (623) квітень-червень 2021. С. 28-39.

4. Stecco C. Connectivetissues. In Functional Atlas of the Human Fascial System. Churchill Livingstone Edinburg 2015. Chapter 1. PP. 1-20.

5. Майерс Т.В. (2020). Анатомические поезда. Миофасциальные меридианы для мануальных терапевтов и специалистов по восстановлению движения. *Anatomy trains*. Churchill Livingstone Elsevier. Київ, 2020. Стр. 302.

6. DonTigny R.L. Critical analysis of the functional dynamic sof the sacroiliac joint sastheypertaintonormalgait / R. L. DonTigny // J. Orthop. Med. – 2005. – Vol. 27 (1). – P. 3-9.

УДК: 616.758-002:[615.844:612.014.45]

Ткаченко В.Л., завідувач відділення нейрореабілітації,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПІДОШОВНОГО ФАСЦІЇТУ

Актуальність роботи. *Підошовний фасціїт* – ендогенне захворювання в області прикріплення підошовної фасції до кістки п'яти. Поширеність захворювання становить 21%.

Симптоми захворювання проявляються клінічно у локалізованій чутливості tuberculum calcanei. Характерний біль у ділянці п'яткової кістки, який збільшується пропорційно до доданого навантаження або тиску.

Метод екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) – неінвазивний метод лікування, заснований на перетворенні електромагнітних коливань на акустичні хвилі інфразвукового діапазону.

Мета дослідження: визначити клінічну ефективність ЕУХТ під час лікування підошовного фасціїту.

Вибір дослідження: 87 пацієнтів (51 жінка та 36 чоловіків) з хронічним підошовним фасціїтом, з больовим синдромом тривалістю від 1 до 6 міс. Вік – від 20 до 62 років.

(Середній вік – 48,3 ± 4,1 років).

I група (експериментальна) – 44 пацієнти

II група (контрольна) – 43 пацієнти

Критерії включення:

– вік від 18 до 65 років,

– безуспішне лікування консервативними методами протягом 6 міс. з адекватним використанням двох видів терапії – місцеве протизапальне медикаментозне лікування, електротерапія, ультразвукова терапія, розтираючий масаж.

Критерії виключення:

– вагітність,

– пухлини,

– порушення згортання крові або антикоагулянтна терапія,

– інфекційні захворювання,

– електрокардіо-стимулятори,

– епілепсія,

– попереднє хірургічне втручання.

Методи оцінки ефективності лікування

1. Візуальна аналогова шкала (ВАШ) болю в спокої та при ходьбі.
2. Пальпація області п'яти.
3. Оцінка тривалості ходьби без болю.
4. Тривалість спостереження становила 24 тижні.

Основні результати.

Лікування пацієнтів I групи

Пацієнтам призначено ЕУХТ (апарат Piezoson 100 plus, фірми Richard Wolf, Німеччина). Середня кількість сеансів – 7 процедур (від 3 до 10) щоденно. Середня інтенсивність ударних хвиль – 13,5 (від 10,3 до 15,8). Середня густина потоку енергії – 0,278 мДж/мм^2.

Механізм дії УВТ пов'язаний з тим, що в осередку запалення змінюється проникність клітинних мембран.

Здорові клітини мають еластичну мембрану з нормальною проникністю, а запалені мають змінену мембрану, напружену через внутрішньо клітинний набряк.

Проходячи через еластичні мембрани клітин, ударна хвиля не руйнує їх. А натягнуті через набряк, змінені мембрани запалених клітин входять у резонанс із нею і руйнуються.

Цей ефект називається кавітацією. Саме цей терапевтичний ефект застосовується для 98% захворювань хребта та суглобів.

Лікування пацієнтів II групи

Пацієнтам призначали:

– ультразвукову терапію з гідрокортизоновою маззю 1%,

– магнітотерапію на область п'яти;

– лазеротерапію на область п'яти.

Пацієнти обох груп отримували рекомендації щодо носіння взуття з ортопедичними устілками та ортопедичним режимом.

Таблиця 1

Динаміка больових відчуттів за ВАШ
у пацієнтів I та II груп, % ($p < 0,05$)

	t = 0 тижнів		t = 6 тижнів		t = 24 тижні	
	I група (n = 44)	II група (n = 43)	I група (n = 44)	II група (n = 43)	I група (n = 44)	II група (n = 43)
Спокій	54,5	60,5	15,9	23,2	4,5	20,9
Повсякденна діяльність	100	100	40,9	62,8	13,6	27,9
Стояння на одній нозі	95,4	95,3	38,6	60,5	18,2	34,9
Тактильна чутливість	100	100	43,2	72,1	20,4	41,9

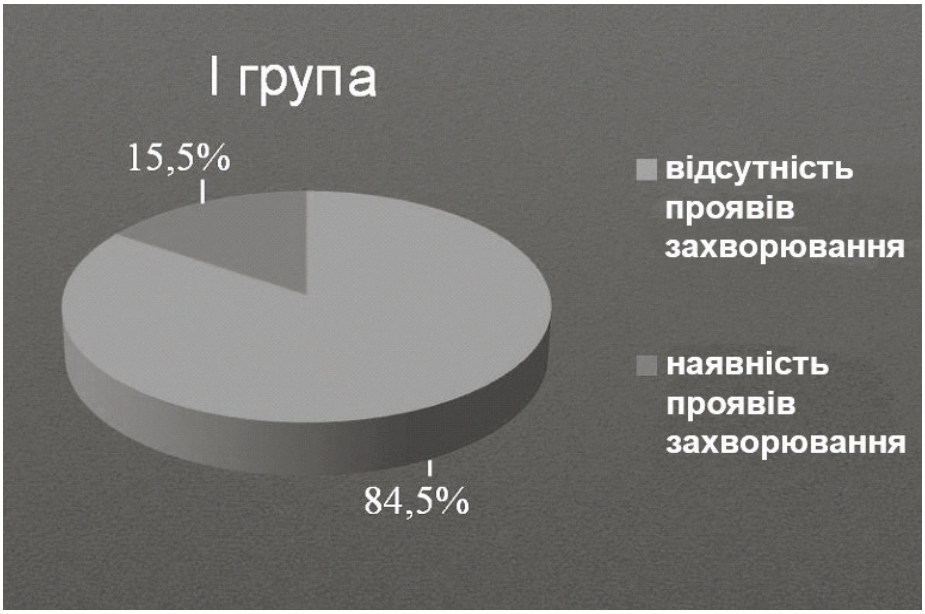


Рис. 1. Результативність лікування
за результатами спостережень через 24 тижні I група

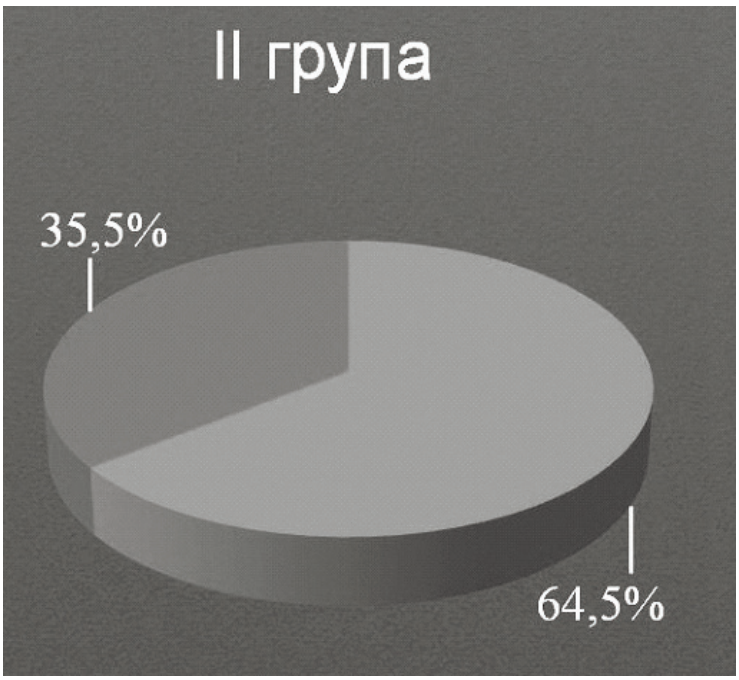


Рис. 2. Результативність лікування
за результатами спостережень через 24 тижні II група

Висновки:

1. Застосування екстракорпоральної ударно-хвильової терапії при лікуванні хворих з підошовним фасціїтом сприяє досягненню швидкого вираженого та стійкого ефекту за даними катамнезу порівняно з традиційною методикою терапії.

2. Метод зарекомендував себе як технічно безпечний, ефективний, добре переносимий, з мінімальними протипоказаннями та без ускладнень.

Список використаних джерел:

1. Назаренко Г.И. Эффективность ударноволновой терапии в лечении плантарного фасциита / Г.И. Назаренко, И.Б. Героева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 52-53.

2. Панченко О.А. Эффективность и переносимость лечения люмбалгии с применением аппарата ударноволновой терапии / О.А. Панченко, В.Л. Ткаченко // Фізіотерапевтичні методи та реабілітаційні підходи в сучасній неврології: зб. Матеріалів наук.-практ. Конференції з міжнародною участю. Київ, 22 березня 2012р. – С. 37-39.

3. Небылицын В.Д. Исследование взаимосвязи между чувствительностью и силой нервной системы / В.Д. Небылицын // Типологические особенности высшей нервной деятельности процессов у человека / под ред. Б.М. Теплова. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963, – Т. 3. – С. 48-49.

УДК: 616.711-002-009+615.81/.82

Ткаченко В.Л., завідувач відділення нейрореабілітації,
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БІОМЕХАНІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОРСОПАТІЮ

Актуальність роботи. Дорсопатії, або болі в хребті, − поняття, яке замінило термін остеохондроз хребта – яке призводить до інвалідизації хворих, представляє актуальну проблему медичної реабілітації. За матеріалами 8 Всесвітнього конгресу, присвяченого болю, біль у спині є другою за частотою причиною звернення до лікаря після респіраторних захворювань та третьою за частотою причиною госпіталізації. Економічні втрати через дорсопатії в індустріально розвинених країнах вимірюються мільярдами.

В етіології дорсопатій на сьогодні виділяє кілька причин. До них відносять дезонтогенетичні фактори; передчасну інволюцію диска; травматичні ураження хребта; порушення кровопостачання диска; аномалії розвитку хребта; дисметаболічні ураження кісткової тканини; зміни імунної реактивності.

При дорсопатіях група клінічних синдромів патогенетично обумовлених рефлекторними, компрессійними, міоадаптивними факторами, що виявляються чутливими, руховими, вегативно-трофічними, судинними порушеннями та больовим синдромом на тлі дегенеративно-дистрофічних змін хребта [1, 2, 7]. При неврологічних проявах дорсопатій тракційне лікування є патогенетично та біомеханічно обґрунтованим.

Під час витягування відбувається розвантаження хребетно-рухового сегмента, збільшення міжхребцевих та міжсуглобових відстаней, розширення міжхребцевих отворів, зменшення внутрішньо дискового тиску, вирівнювання викривлень хребта, витягнення задньої поздовжньої зв'язки [4, 5]. Всі вищезгадані механізми призводять до зменшення розмірів протрузії диска в просвіт спинномозкового каналу, усунення підвивихів міжхребцевих суглобів, зменшення м'язового гіпертонусу. Головне в методиці тракції те, що вона не тільки змінює механічну ситуацію в хребетному сегменті, але й впливає на пропріорецептори м'язів та фіброзних тканин [3, 6].

Сучасні тракційні столи «Mili+Trakomputer Extenion» дозволяють проводити тракцію в статичному та динамічному режимах.

Мета дослідження: оцінити ефективність скелетного витягу («Mili+Trakomputer Extenion») у комплексному лікуванні хворих зумовлених вертоброгенною патологією.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилося 45 пацієнтів віком від 27 до 58 років з люмбалгією, обумовленою деформуючим спондилоартрозом відповідних рухових сегментів. Середній вік хворих склав 41 рік, група пацієнтів складалася з 30 чоловіків та 15 жінок із тривалістю захворювання від 2 до 12 років. Критеріями виключення хворих із дослідження були: висока інтенсивність болю, гострий період захворювання, наявність в анамнезі операцій та травм хребта, спондилолістезу, остеопорозу та супутні захворювання. Всі пацієнти пройшли обстеження, що включає: клініко-неврологічний огляд, нейроортопедичний огляд, рентгенографію поперекового відділу хребта, біохімічний аналіз крові, комп'ютерну томографію (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ) хребта за показаннями, психометричне тестування, яке містило суб'єктивну оцінку больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (від 0 до 100 мм) і тест суб'єктивної оцінки стану хворого «САН» (самопочуття, активність, настрій).

Основні результати. Після первинного обстеження методом випадкового відбору хворих було поділено на 2 групи. Першу групу склали 30 пацієнтів, які отримували стандартний загально прийнятий комплекс лікування у поєднанні із застосуванням апарату скелетного витягу. Сеанси проводили щодня курсом до 10 процедур, тривалість дії

становила від 20 до 30 хвилин.

Другу (контрольну) групу склали 15 хворих, які отримували лише стандартний комплекс лікування. Для пацієнтів обох груп стандартний комплекс лікування включав: нестероїдні протизапальні препарати, судинні препарати, вітаміни групи В, ФЗТ, ЛФК та масаж.

Ефективність проведеного лікування оцінювали за вираженістю больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та тестом суб'єктивної оцінки стану «САН».

Таблиця 1

Динаміка інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) до та після лікування у хворих з БНС (n-45)

Групи хворих	Біль у балах за ВАШ при вступі до стаціонару у хворих у %	Біль у балах за ВАШ на 9-10 день лікування у хворих у %	Біль у балах за ВАШ після лікування у хворих у %
Основна група (n-30)	6,2±0,6 (100%)	4,0±0,4 (100%)	2,4±0,6 (100%)
Контрольна група (n-15)	6,0±0,4 (100%)	5,2±0,4 (100%)	4,1±0,3 (100%)

Через 10 днів після початку лікування рівень болю знизився у пацієнтів основної групи на 33,3% (з 6,2+0,6 до 4,0±0,4), а у пацієнтів контрольної групи на 20% (з 6,0+0,4 до 5,2±0,4). Після закінчення курсу лікування рівень болю у пацієнтів основної групи знизився на 61,2%, у контрольної групи – на 31,6%.

Таблиця 2

Динаміка основних показників тесту «САН» до та після лікування у хворих на БНС (n-45)

Група хворих	Основні показники тесту «САН»					
	Самопочуття		Активність	Настрій		
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Основна група (n-30)	28±08	52±8	24±7	54±4	22±6	59±5
Контрольна група (n-15)	29±4	47±6	23±7	48±6	23±3	52±4

За даними аналізу показників тесту «САН», в основній групі відбулося більш виражене, ніж у контрольній групі підвищення показників рівня самопочуття, активності та настрою. За шкалою «самопочуття» на 24 бали в основній групі, а в контрольній на 18 балів. Показники активності зросли в основній групі на 30 балів, у контрольній на 25 балів, а рівень настрою на 37 і 29 балів відповідно.

Висновки. В результаті проведеного дослідження було показано, що у групи пацієнтів, які додатково отримували до основного лікування скелетне витягування («Mili+Trakomputer Extenion») порівняно з контрольною групою, відзначалося більш виражене послаблення інтенсивності больового синдрому і поліпшення загального самопочуття, активності та настрою. Отримані позитивні результати свідчать про доцільність включення даного методу лікування (за відсутності протипоказань) у комплексну терапію хворих, які страждають на болі в хребті.

Список використаних джерел:

1. Бодрова Р.А. Эффективность комбинированного физиотерапевтического воздействия при болях в спине / Р.А. Бодрова, А.А. Исмагилова // Нелекарственная медицина. – 2007. – № 3. – С. 42-45.

2. Гольдблат Ю.В. Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов / Ю.В. Гольдблат // Нелекарственная медицина. – 2007. – № 3. – С. 20-25.

3. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия: Учебное пособие/ Под. ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 744 с.

4. Панченко О.А. Эффективность и переносимость лечения люмбалгии с применением аппарата ударноволновой терапии / О.А. Панченко, В.Л. Ткаченко // Фізіотерапевтичні методи та реабілітаційні підходи в сучасній неврології: зб. матеріалів наук.-практ. конференції з міжнародною участю. Київ, 22 березня 2012р. – Київ, 2012. – С. 37-39.

5. Ткаченко В.Л. Комплексная терапия вертебральной патологии / В.Л. Ткаченко, С.М. Радченко, Т.Б. Захарченко / Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии: сб. научн. работ / Под ред. Казакова В.Н. – Донецк: КВЩ, 2004. – С. 399-402.

6. Хабиров Ф.А. Лечебно-реабилитационные мероприятия при вертеброгенных болях / Ф.А. Хабиров, Ф.И. Девликамова, А.Г. Нугайбеков // Вертеброневрология. – 2002. – № 1-2. – С. 42-50.

7. Birklein F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F. Birklein // FortschrNeurolPsychiatr. – 2002. – № 70 (2). – P. 88-94.

УДК: 616.44-089.166

Толстанов О.К., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор,
проректор з науково педагогічної роботи НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
професор кафедри управління охороною здоров'я та
публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна
Хазієв В.В., д.мед.н., старший науковий співробітник,
завідуючий відділенням хірургічної ендокринології та гінекології
ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В.Я. Данилевського
НАМН України,
м. Харків, Україна
Клименко І.А., аспірант кафедри управління охороною
здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ
України імені П.Л. Шупика,
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТИРЕОЇДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Актуальність роботи. За умов використання комплексного високотехнологічного мультидисциплінарного підходу інноваційні розробки в медицині можуть бути найбільш ефективними. Зараз йде діяльне формування міждисциплінарного знання, все частіше застосовуються проблемні та проєктні підходи до досліджень, підтверджується парадигма цілісності, отриманої в рамках окремих наукових дисциплін.

Сучасна тиреоїдна хірургія визначається активним впровадженням нових діагностичних та лікувальних технологій: тонкоголкової пункційної аспіраційної біопсії під контролем ультразвукового дослідження з подальшим молекулярно-біологічним і генетичним дослідженням цитологічного матеріалу; лабораторної діагностики з високочутливим визначенням концентрації тиреоїдних гормонів; комп'ютерної томографії з високоточною топічною діагностикою новоутворень, рецепторної сцинтіграфії, позитронної емісійної томографії (ПЕТ) та їх поєднань; інтраопераційного нейромоніторингу та щадних органозберігаючих технологій оперативних утручань з мінімальною травматичністю [1-4]. Найчастіше для пацієнтів з патологією щитоподібної залози (ЩЗ) притаманною є коморбідна патологія нервової та судинної систем, що потребує не тільки високопрофесійної підготовки й сумісної роботи лікарів різних клінічних фахів, а й організаторів охорони здоров'я [5-7].

У світовій медицині, зокрема, онкохірургії, такий підхід знайшов своє втілення у функціонуванні мультидисциплінарних команд спеціалістів на противагу традиційному лікуванню пацієнта одним лікарем [8]. Кардинальний перехід до технологічної, структурованої, багатопрофільної допомоги на підставі оптимальної координації діяльності різних структурних підрозділів і спеціалістів для лікування конкретного пацієнта був включений до Європейської програми «Партнерство за боротьбу з раком» на початку 2000-х років [9]. Ефективність таких заходів, як золотого стандарту організації медичної допомоги, не викликає сумнівів і підкріплюється даними численних досліджень [10-13].

В системі охорони здоров'я Україні започатковано надання медичної допомоги мультидисциплінарними командами для пацієнтів, що перебувають у невідкладних станах, зокрема за напрямами «ендокринологія», «хірургія», реабілітаційної допомоги – пацієнтам у гострому, післягострому та довготривалому періоді різних захворювань, психіатричної допомоги, а також радіологічне та хіміотерапевтичне лікування й супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних і амбулаторних умовах за Програмою медичних гарантій-2021 [14-17]. На жаль, методи і форми

організації роботи цих команд, канали та способи комунікацій спеціалістів у нормативних документах остаточно не деталізовані й потребують подальших наукових розробок, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета. Дослідити технологічний стан організації мультидисциплінарних команд з надання хірургічної допомоги хворим з патологією щитоподібної залози та запропонувати підходи до її удосконалення.

Основні результати. В якості матеріалів дослідження з метою визначення потреб хворих з патологією ЩЗ у хірургічній допомозі використані форми № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» відділення ендокринної хірургії Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» за 2019 рік в кількості 1 208 од., що складало 78,9% медичних карт усіх пролікованих пацієнтів (1 532 особи). Дослідження регламентування та організації діяльності мультидисциплінарних команд проводилось на основі контент-аналізу установчих та розпорядчих документів по закладу, положення про відділення ендокринної хірургії, посадових інструкцій працівників, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів), що використовуються у відділенні. Діяльність закладу визначався за даними статистичних матеріалів офіційного вебсайту КНП «Київський міський клінічний ендокринологічний центр» (http://kmkec.com.ua). Застосовувались методи: системного підходу; медико-статистичний за допомогою ліцензованого програмного забезпечення з використанням пакета описової статистики Microsoft Office Excel 10; медико-географічний; контент-аналізу документів; графічний.

Медико-географічні характеристики пацієнтів засвідчили, що із 1 208 госпіталізованих 1 205 пацієнтів були жителями України (99,8%). Проживали в містах 910 пацієнтів – жителів України (75,3% від усього числа жителів України), з них 426 осіб були киянами, що складало 46,8%. За демографічними характеристиками переважну чисельність вибірки складали жінки – 1 049 осіб, або 86,8%; чоловіків нараховувалось 159 осіб, або 13,2% від усієї кількості пацієнтів. Середній вік усіх хворих складав 48,1±13,1 років; зокрема, чоловіків – 45,9±13,2 років, жінок – 48,4±13,0 років. Встановлено, що усі хворі госпіталізовані в плановому порядку, з них 1 131 пацієнт (93,6%) – вперше, 77 пацієнтів – повторно (6,4%).

Результати дослідження засвідчили, що в закладі запроваджені базові умови для забезпечення мультидисциплінарного підходу до ведення хворих з патологією ЩЗ з урахуванням нозологічної структури хворих, коморбідності патології, потенційних ризиків оперативного втручання та наявних технологічних і кадрових ресурсів.

Аналізуючи шляхи надходження пацієнтів до відділення, слід звернути увагу на значний відсоток пацієнтів, госпіталізованих за самозверненнями, – 40,1%, та низький відсоток хворих, госпіталізованих за направленням лікарів загальної практики – сімейної медицини, – 3,5%. Оскільки пацієнти географічно представляли всю Україну, це свідчить про низку проблем, які існують у сфері охорони здоров'я та віддзеркалюють її слабку пацієнторієнтованість: низький рівень довіри та/або комунікацій між пацієнтами, з одного боку, та лікарями первинної ланки, лікарями-спеціалістами (ендокринологами) закладів вторинної медичної допомоги, з іншого.

Як наслідок, госпіталізація за самозверненням пацієнта перекладає частину обсягу медичної допомоги на догоспітальному етапі (рутинні обстеження) на стаціонар, що є подовженням тривалості дороговартісного перебування хворого на ліжку. Даний ризик реалізований на рівні відділення, що підтверджується середньою тривалістю перебування хворого на ліжку – 12,6±2,7 днів. У той же час, за інформацією Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», представленої на порталі European Health Information Gateway [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/], у 2014 році діапазон показника середньої тривалості перебування на стаціонарному ліжку у країнах Європейського регіону ВООЗ коливався від 4,0 до 11,6 днів.

Наступна позиція, що заслуговує обговорення, стосується механізмів внутрішньої взаємодії між лікарями-спеціалістами. Незважаючи на залучення до лікувально-діагностич-

ного процесу фахівців різних спеціальностей, записи в формах № 003/о свідчать про збереження традиційної форми відокремленої участі лікарів шляхом консультативного огляду пацієнта та/або проведення досліджень. Тобто, між фахівцями відсутній безпосередній діалог, дискусія, практика сумісного обговорення й прийняття клінічного рішення. Дані форми співпраці мали місце лише під час проведення консиліумів, які охоплювали 6,7% пацієнтів, та під час оперативних утручань, які виконувалися обмеженим переліком спеціалістів. Крім того, виписка пацієнтів здійснювалася переважно під диспансерний нагляд лікарів-спеціалістів (онколога, ендокринолога). Роль і значення лікаря загальної практики – сімейної медицини у спостереженні пацієнта після оперативного лікування патології ЩЗ, таким чином, не дооцінюється.

Реальними кроками на шляху поліпшення організації на основі міждисциплінарного підходу мають бути прийняті управлінські рішення щодо надання офіційного статусу мультидисциплінарним командам спеціалістів, як функціонально-структурним елементам закладу. Формою роботи мультидисциплінарної команди має бути ділова зустріч, а метою зустрічі – прийняття клінічного рішення стосовно лікувально-діагностичних та профілактичних втручань, а також організації ведення пацієнта.

Комунікаційними ресурсами для забезпечення роботи команди мають стати цифрові технології, а саме, електронні медичні карти стаціонарних хворих, доступні до кожного робочого місця спеціаліста – учасника команди, та сучасні доказові бази даних медичних технологій за спеціальностями учасників команди з розробленими міждисциплінарними локальними клінічними протоколами медичної допомоги.

Висновки та перспективи.

1. Налагодження більш тісної взаємодії з лікарями загальної практики – сімейної медицини та спеціалістами закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги, а також усіх зазначених закладів з пацієнтами буде сприяти більш ефективному використанню ліжкового фонду.

2. При плановій госпіталізації налагодження ефективної співпраці з лікарями амбулаторної ланки стане свідоцтвом втілення принципів пацієнтцентричності та раціонального використання ресурсів як характеристик якості медичної допомоги.

3. Міждисциплінарний технологічний підхід в медицині потребує розробки, впровадження і підтримки функціонування єдиної корпоративної бази пацієнтів освітніми, науковими ресурсами, директивними вказівками, контактною, довідковою, обліковою та іншою інформацією.

Список використаних джерел:

1. Palamarchuk AV, Vlasenko MV. Diahnostyka vuzlovykh utvoren shchytopodibnoi zalozy [Diagnosis of nodules of the thyroid gland]. Praktykuiuchyi likar. 2018; 7 (4): 46-52. [Ukrainian].

2. Iwen A. Schilddrüsensonografie – Schritt für Schritt [Ultrasound Examination of the Thyroid Gland - Step by Step]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 Feb; 145 (4): 260-267. [German]. PMID: 32069494. DOI: 10.1055/a-0674-7845.

3. National Guideline Centre (UK). Thyroid disease: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019 Nov. [Internet]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng145.

4. Sharma R, Verma N, Kaushal V, Sharma DR, Sharma D. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology of thyroid gland lesions: A study of 200 cases in Himalayan belt. *J Cancer Res Ther*. 2017 Jul-Sep; 13 (3): 451-455. DOI: 10.4103/0973-1482.164702.

5. Hernando VU, Eliana MS. Role of Thyroid Hormones in Different Aspects of Cardiovascular System. *Endocrinol Metab Synd*. 2015; 4: 166. DOI: 10.4172/2161-1017.1000166.

6. Baksi S, Pradhan A. Thyroid hormone: sex-dependent role in nervous system regulation and disease. *Biol Sex Differ*. 2021; 12 (1): 25. PMID: 33685490. PMCID: PMC7971120. DOI: 10.1186/s13293-021-00367-2.

7. Accorroni A, Chiellini G, Origlia N. Effects of Thyroid Hormones and their Metabolites on Learning and Memory in Normal and Pathological Conditions. *Curr Drug Metab*. 2017; 18 (3):

225-236. PMID: 28093992. DOI: 10.2174/ 1389200218666170116112407.

8. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol.* 2020; 10: 85. PMID: 32266126. PMCID: PMC7100151. DOI: 10.3389/fonc.2020.00085.

9. European Partnership Action Against Cancer consensus group, Borras JM, Albreht T, Audisio R, Briers E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. *Eur J Cancer*. 2014; 50 (3): 475-80. PMID: 24321260. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.11.012.

10. Filetti S, Durante C, Hartl D, Leboulleux S, Locati LD, Newbold K, et al. On behalf of the ESMO Guidelines CommitteeThyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* 2019; 30: 1856-1883. PMID: 31549998. DOI: 10.1093/annonc/mdz400.

11. Viola D, Elisei R. Management of Medullary Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019 Mar; 48 (1): 285-301. PMID: 30717909. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.11.006.

12. Brito JP, Hay ID. Management of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar; 48 (1): 199-213. PMID: 30717902. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.10.006.

13. Asa SL, Mete O. Endocrine pathology: past, present and future. *Pathology.* 2018 Jan; 50 (1): 111-118. PMID: 29132721. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.09.003.

14. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 19.10.2018 r. № 1881. Pro zatverdzhennia Obiemu nadannia vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy, shcho povynen zabezpechuvatysia bahatoprofilnymy likarniamy intensyvnoho likuvannia pershoho ta druhoho rivnia, ta Zmin do Poriadku rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy [On approval of the Volume of secondary (specialized) medical care to be provided by multidisciplinary hospitals of intensive care of the first and second level, and Amendments to the Procedure for regionalization of perinatal care]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text.

15. Zakon Ukrainy vid 3 hrudnia 2020 roku № 1053-IX. Pro reabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia [About rehabilitation in the field of health care]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text.

16. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Z lypnia v Ukraini rozpochnut robotu mobilni komandy z nadannia psykhiatrychnoi dopomohy [Mobile psychiatric teams will start working in Ukraine in July]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: https://nszu.gov.ua/novini/z-lipnya-v-ukrayini-rozpochnut-robotu-mobilni-komandi-z-nada-526.

17. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Vymohy Prohramy medychnykh harantii – 2021 [Requirements of the Med-ical Guarantees Program – 2021]. [Ukrainian]. [Internet]. Available from: https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021.

УДК: 61:621.397

Трубіцин О.О., асистент
кафедра біомедичної інженерії
Харківський національний університет радіоелектроніки,
Сидоренко З.М., аспірантка
кафедра безпеки інформаційних технологій
Харківський національний університет радіоелектроніки,
м. Харків, Україна

РЕАЛІЗАЦІЯ WEB-СЕРВІСУ ВІДЕОЗВ'ЯЗКУ ТЕЛЕМЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗОРУ

Актуальність роботи. Застосування методів комп'ютерного зору в телемедицині дозволяє проєктувати та розробляти інтелектуальні програмні рішення, що можуть на основі моделей машинного навчання аналізувати стан людини (психічний, емоційний, неврологічний стан та ін.) у реальному режимі часу в умовах телеконференцій, враховуючи воєнні складні події в Україні [1-2].

Мета: поєднання технологій телеконференції та методів комп'ютерного зору для виявлення патологічних психоемоційних і неврологічних станів людини під час телеконсультації з фахівцями.

Основні результати. Ідея реалізації побудови телемедичної системи на базі безкоштовних і доступних сервісів надання відеозв'язку є особливо актуальною в умовах воєнного стану в країні. Запропоноване рішення є web-сервісом відеозв'язку, який частково імітує дії користувача щодо встановлення відеосеансу, використовуючи будь-який сервіс Zoom, Google Meet, Skype або відеодзвінки через мобільні додатки чи месенджери [3-5].

Модуль встановлення відеозв'язку реалізується із використанням бібліотеки Selenium. В основі Selenium лежить технологія Selenium WebDriver та інтерфейс для написання інструкцій, які працюють у різних браузерах. Таким чином, WebDriver безпосередньо запускає екземпляр браузера та керує ним.

У роботі був запропонований підхід відстеження руху очей та контроль зіниці ока людини на базі застосування методів комп'ютерного зору з метою експрес-виявлення патологічного стану, окрім традиційного діагностування чи опитування за допомогою стандартних методик-опитувальників [6-7]. Аналіз руху очей базується на принципі виділення контрастних ділянок зображення очей та ширині зіниці. У випадку із зображенням та відеорядом ока людини, найбільш зручними зонами для аналізу є склера, оскільки це найсвітліша ділянка, і зіниці, оскільки це найбільш темна ділянка зображення (рис. 1). У підході, який використовувався в ході дослідження, було вирішено відстежувати рух зіниці, оскільки, крім того, що це найконтрастніша ділянка зображення, також вона найбільш точно вказує напрям погляду [1-9].

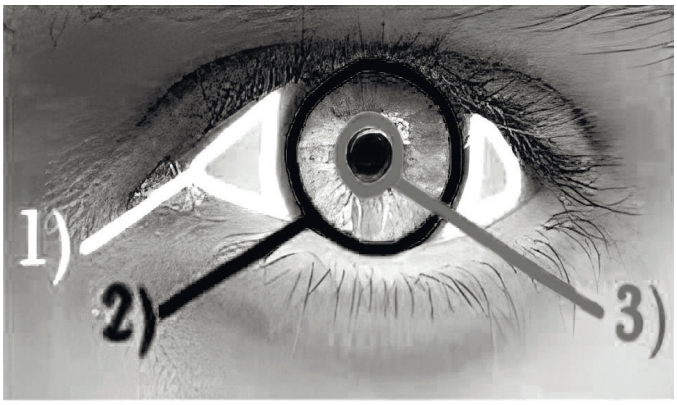


Рис. 1. Будова ока людини з позиції машинного бачення:
1 – склера; 2 – райдужна оболонка; 3 – зіниця

Алгоритм роботи програмного модуля відстеження погляду в реальному режимі часу складався з наступних етапів. На першому етапі відеоряд із RGB-колірної моделі перетворюється на колірну модель відтінків сірого. Далі підвищувалася контрастність зображення, застосовуючи метод порогової сегментації. Таким чином, контур зіниці можна виділити за допомогою функції findContours та drawContours бібліотеки OpenCV. Наступним етапом є побудова віртуального квадрата з центром навколо знайденого контуру ока. Отримані координати руху зіниці відображаються на екрані телефону чи монітора комп'ютера фахівця, що консультує (рис. 2).

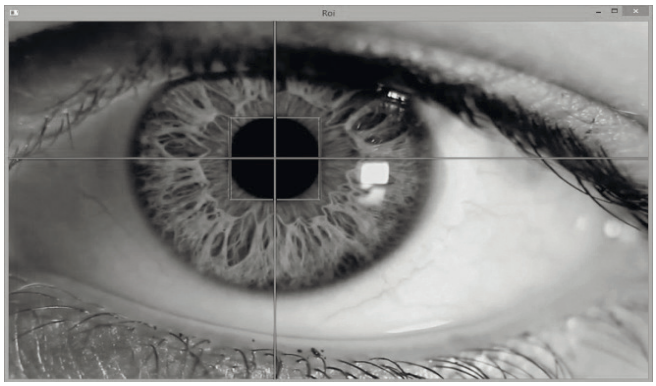


Рис. 2. Детектування руху ока людини методами комп'ютерного зору

Розроблений прототип програмного модуля телемедичної системи був побудований за загальноприйнятим принципом, що зображено на рис. 3. Під час відеосеансу людини із фахівцем, що консультує через web-сервіс відеозв'язку телемедичної системи, автоматично відбувається аналіз руху очей з відображенням результатів на екрані спеціаліста-консультанта. Метод детектування рухів ока відображає розташування зіниці та координати рухів, а завдяки методам машинного навчання, виконується попередня оцінка психоемоційного чи неврологічного стану людини.

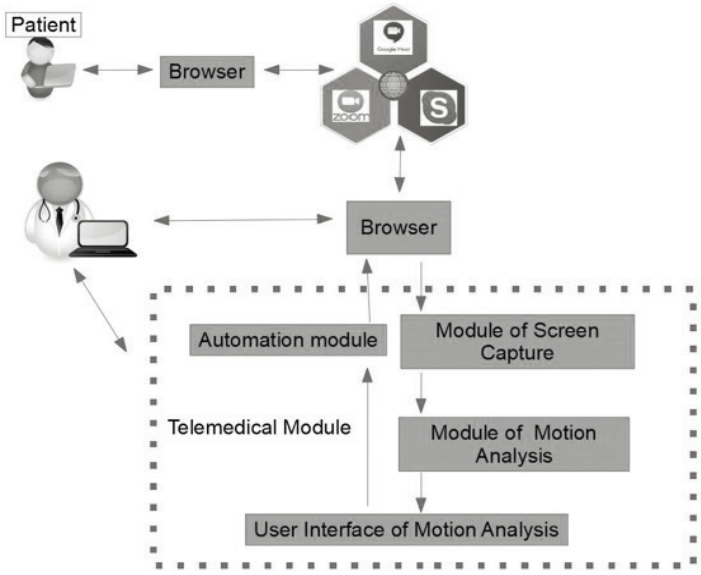


Рис. 3. Використаний принцип побудови програмного модуля телемедичної системи

Висновки. Отримані перші тестові результати свідчать про можливість застосування розробленого підходу використання web-сервісу відеозв'язку телемедичної системи у сфері онлайн-консультування, телеконференцій, відеосеансів, психологічної та медичної допомоги, а також віддаленого користування програмного модуля у спеціалізованих установах та медичних закладах чи диспансерах [10-11].

Перспективою роботи є апробація розробленого модуля телемедичної системи в умовах паралельного підключення декількох осіб і фахівців, а також захисту персональних даних і безпечного користування сервісом.

Список використаних джерел:

1. Трубіцин О.О. Підхід до розробки модулю телемедичної системи автоматизованого аналізу рухів людини / О.О. Трубіцин, О.Г. Аврунін // Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я: тези доповідей XXX міжнародної науково-практичної конференції MicroCAD-2022, 19-21 жовтня 2022 р. – Харків : НТУ «ХПІ», 2022. – С. 909.

2. Исаева О.А. Особенности применения телемедицинских технологий в дерматологии / О.А. Исаева, А.А. Трубицин, Ханькунь Цзяо // Матеріали І Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Шляхи розвитку науки в сучасних кризових умовах», Том 1. Дніпро, Україна, 2020. – С. 421-423.

3. Исаева О.А. Возможности телемедицинских сервисов в дерматологии / О.А. Исаева, А.А. Трубицин // Стан, досягнення і перспективи інформаційних систем і технологій : матеріали XX Всеукр. наук.-техн. конф. молодих вчених, аспірантів та студентів, Одеса, 21-22 квіт. 2020 р. / Одес. нац. акад. харч. технологій, ННІ комп'ютер. систем і технологій «Індустрія 4.0» ім. П.М. Платонова, Фак. комп'ютер. інженерії, програмування та кібер-захисту; орг. ком.: Б.В. Єгоров (голова) та ін. – Одеса : ОНАХТ, 2020. – Ч. ІІ. – С. 51-53. – Библиогр.: 7 назв.

4. Исаева О.А. Применение телемедицинских технологий при лечении атопического дерматита / О.А. Исаева, А.А. Трубицин // Матеріали 3 Міжнародної науково-технічної конференції Актуальні проблеми автоматики та приладобудування. – Харків: НТУ «ХПІ». – С. 47-48.

5. Селіванова К.Г. Проєктування телемедичної системи об'єктивізованої оцінки тремору рук із зовнішнім кінестетичним впливом / К.Г. Селіванова, М.Ю. Тимкович // Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини. Збірник наукових праць за загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка. Київ. КВІЦ, 2020. – 344 с. – С. 255-257.

6. Селіванова К.Г. Застосування методів комп'ютерного зору для детектування динамічних характеристик рухів людини / К.Г. Селіванова // Поліграфічні, мультимедійні та web-технології : тези доповідей VII Міжнар. наук.-техн. конф., 17-21 травня 2022 р. – Харків : ХНУРЕ, 2022. – Т. 1. – С. 66-67.

7. Селіванова К.Г. Використання методів комп'ютерного зору для детектування рухів рук людини під час тестування у неврології / К.Г. Селіванова // Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Збірник наукових праць за загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка. 2021. Київ. КВІЦ. 420 с.– С. 277-279.

8. Селиванова К.Г. Компьютерная система интерактивного тестирования психомоторики / К.Г. Селиванова // Полиграфические, мультимедийные и webтехнологии. Т. 1. Тез. Докл. 1-й Международной науч.-техн. конф. – Харьков: ХНУРЭ, 2016. – С. 81-82.

9. Селиванова К.Г. Внедрение multi-touch технологии для реализации интерактивного тестирования в психоневрологии / К.Г. Селиванова, М.Ю. Тымкович, О.Г. Аврунин // Фізичні процеси та поля технічних і біологічних об'єктів : матеріали XVII Міжнародної науково-технічної конференції. – Кременчук : КРНУ, 2018. – 236 с. – С. 121-122.

10. Кабанцева А.В. Информатизация процесса психодиагностики / А.В. Кабанцева, К.Г. Селиванова // Інформаційні системи та технології в медицині: зб. наук. пр. ІІ Міжн. наук.-прак. конф. (ІСМ-2019). – Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім.. М.Є. Жуковського «Харків. Авіа. Ін.-т», 2019. – С. 41-43.

11. Кабанцева, А.В., and К.Г. Селіванова. Методологічні підходи до сучасних інформаційних технологій оцінки психічного здоров'я. Diss. Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2020.

УДК: 159.923.2

Фисина Н.Г., аспірант
Інституту психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України,
психолог, СЗШ № 201
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПРЕНЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Актуальність роботи. Через війну сьогодення життя громадян України проходить у гострих стресових і фруструючих умовах. Щоденно дорослі та діти стикаються з ситуаціями життя і смерті, психічно «балансують» в умовах жорсткої невизначеності. Через це сильно страждає психічне здоров'я, особливо у дітей дошкільного віку, психіка яких визначається малим досвідом і низькою кількістю захисних механізмів. Відзначається висока частота проявів порушення психічного здоров'я дітей, як нервово-психічні розлади, підвищена тривожність, страх тощо. Тому використання методів психокорекції цих проблем, зокрема і арттерапії, ігротерапії, навчанні дітей копінг-стратегіям: дихання і тілесні вправи, є досить важливими та потребують включення у психокрекційну роботу психологів дитячих закладів. Адже від стану психічного здоров'я залежить особистісний розвиток дітей та їхнє психологічне благополуччя.

Мета. Здійснити аналіз особливостей психокорекції пренебротичних станів дітей дошкільного віку в умовах війни.

Основні результати. Появі неврозів передують пренебротичні стани, які в динаміці розвитку переходять в невротичні реакції та розлади. Як відмічає дослідник О. Запорожець, пренебротичними станами називають психічні розлади, які характеризують стадію переходу від стану психічного здоров'я до хвороби. Вони виявляються в короткочасних невротичних реакціях, що є сигналами готовності до неврозу [2, с. 308].

При тривалому перебігу невротичних реакцій у дітей дошкільного віку, невирішеності психотравмуючих ситуацій, особливо у кризові періоди такі як війна, може відбутися невротичний розвиток особистості. Він характеризується тривалістю, низькою діагностованістю, полісиндромністю психічних розладів, «відривом» від первісного психотравмуючого впливу, формуванням порушень, які наближаються до психопатичного.

У появі неврозів дітей дошкільного віку значну роль відіграють:

1) біологічні фактори (спадковість, соматичні захворювання);

2) соціально-психологічні фактори (несприятливі сімейні обставини);

3) особистісні особливості та емоційні переживання [1, с. 3-5].

Значний вплив на розвиток вчення про психокорекцію приневротичних станів дошкільників зробили Н. Карпенко, О. Вознесенська, Л. Терещенко, О. Дмишко, Л. Бобро, О. Кононко, О. Кормило, О. Касумова.

Психологічна корекція виступає основним напрямом роботи з дітьми з пренебротичними тенденціями. Психокорекцією називають особливу форму психологічного впливу, яка має на меті створення найбільш сприятливих умов у аспекті оптимального психічного розвитку дитини, надання спеціальної психологічної допомоги [3, с. 5-6].

О. Захаров пояснює психокорекцію, як зміну несприятливих тенденцій особистісного розвитку [3, с. 10]. В. Столін вважає, що психокорекція має враховувати такі психологічні моменти:

• психологічний вплив, заснований на природі людського спілкування

• психічні процеси та стани, на які спрямовано психологічний вплив;

• психологічна детермінованість, що призводить до виникнення немедичних симптомів, зокрема порушення соціальної поведінки, взаємин, розвитку особистості тощо.

Д. Ельконін вказував на дві форми психокорекційної роботи:

• симптоматична – спрямована безпосередньо на усунення симптомів відхилення у розвитку;

• каузальна – спрямована на ліквідацію причин і джерел відхилень розвитку [3, с. 4].

Найдоступнішими видами психокорекційної роботи з дітьми дошкільного віку є поведінкові, емоційні й когнітивні методи. Саме вони полегшують розв'язання конфліктів і знімають напруження на підсвідомому рівні [4, с 84].

Поведінковий метод психокорекції має основною метою навчити дітей конструктивним формам поведінки. Для цього важливо у тандемі «дитина-психолог» відпрацювати моделі емоційного реагування та адекватної поведінки в напружених ситуаціях. В реалізації цих завдань допоможуть різні види ігор – рольові, релаксаційні, рухливі, спортивні, театралізовані. Ігри здебільшого застосовують для розвитку психомоторних функцій і регулювання поведінки в колективі; спеціальні вправи на відтворення моделі бажаної поведінки та психогімнастичні [4, с. 89].

Емоційні методи психокорекції включають різні види арттерапії: малювання, музикотерапія і т.д. Це дозволяє відображати у свідомості дітей навколишню дійсність, моделювати її, виражати своє відношення до неї [4, с. 87]. Саме це й зумовлює можливість використовувати цей вид образотворчого мистецтва з корекційною метою.

Для ліпшої корекції емоційних проявів і розвитку емоційної сфери дітей з преневротичними тенденціями варто використовувати такі прийоми:

• настроювання на певний емоційний стан;

• переінтерпретація симптомів тривожності;

• переорієнтація з досягнення результатів на спосіб виконання завдання;

• переформулювання завдання – зосереджувати увагу на актуальному моменті, а не на оцінюванні власних досягнень;

• актуалізація потреби в досягненні успіху;

• психогімнастика як релаксаційний метод впливу на психічний стан дітей для стримування ворожих, агресивних проявів [4, с. 92].

Окремої уваги в роботі з дошкільниками заслуговує арттерапія. Вона виступає ефективним способом допомоги, що бере за основу творчість, гру, чим ненав'язливо зцілює психіку, змінює світобачення, впливає на розвиток емоційної сфери й емоційного інтелекту.

Арттерапія дозволяє вирішити одну з важливих задач – вербалізацію проблем і переживань за допомогою символізму, безсловесної експресії, зокрема, образотворчої.

Одна з особливостей дитини є те, що діти живуть спонтанністю, мають невеликий досвід і тільки вчаться обдумувати та гальмувати свою поведінку, вони менш здатні до рефлексії своїх почуттів і вчинків. Арттерапія дозволяє їх почуттям «звучати» у творчості, виносити внутрішній конфлікт у тривимірний простір і сприймати й аналізувати те, що раніше тільки відчувалося.

Щоб виразити свої почуття, арттерапія дає безліч інструментів – ліплення, малювання, конструювання з будь-яких матеріалів. В образах дитина віднаходить свою індивідуальність, підвищує свою самооцінку, гармонізується з навколишнім світом.

Дитина може вирішувати свої проблеми через ліплення, рух, малюнок, гру. Дитина має простий шлях до успіху, за відсутністю директивності вона вчиться любити процес діяльності, а не тільки кінцевий результат.

Високу ефективність в роботі з дошкільниками є малювання пальцями та долонями. Це створює нестандартну ситуацію, де можна бруднитись, виражати деструктивні імпульси і дії у соціально прийнятній формі. Особливо корисною буде дана методика для дошкільників з жорсткими соціальними установками, з підвищеною тривожністю, з преневротичними симптомами, оскільки ці діти потрапляють в «пастку» зрілої поведінки, стриманості, розумності думок. Для них «гра з брудом» є корекцією тривожності, соціальної пригніченості та страхів.

Незважаючи на те, який метод буде обраний, психокорекційна робота з дошкільниками має свою специфіку і базується на наступних принципах:

• Принцип системного розвитку психічної діяльності. Він говорить про цілісність системи феноменів психічного розвитку.

• Принцип корекції «згори вниз» за Л. Виготським, який тримає у фокусі уваги практичного психолога «найближчу зону розвитку» дитини. Він носить випереджальний характер і спрямований на своєчасне формування психологічних новоутворень.

• Єдності діагностики та корекції. Полягає у взаємообумовленості діагностичної та корекційної роботи.

• Єдність вікового та індивідуального розвитку.

• Корекція в дії. Цей принцип розглядає корекційну роботу як цілісну осмислену діяльність дитини, яка органічно вписується в систему її повсякденного життя.

• Принцип зворотного зв'язку має на меті усвідомлення дитиною себе в системі міжособистісних взаємин і оцінки власної рольової позиції.

• Принцип контрольованості розвивального впливу. В проведенні корекційної роботи потрібен постійний моніторинг процесу.

• Комплексності. Розвивальні, освітні, виховні та корекційні дії об'єднані на меті розвитку особистості.

• Принцип «заміщуючого онтогенезу». Корекційна робота повинна розпочинатися з тієї «точки», з якої почалися відхилення від оптимальної програми розвитку [4, с. 86].

Процес психологічної корекції дошкільників включає в себе такі етапи:

– визначення цілей роботи згідно з результатами психологічної діагностики;

– прогнозування подальшого розвитку особистості за умов корекційного впливу і його відсутності;

– розробка психологічної корекційної програми, позначається мета, напрямки психокорекції, орієнтовна кількість занять, їх періодичність, тривалість занять; перераховуються прийоми та методи, які будуть використовуватися;

– впровадження в роботу психокорекційної програми;

– аналіз ефективності [4, с. 86].

Висновки. В роботі з дошкільниками психокорекція є найбільш складним і відповідальним напрямом. Вона спрямована допомагати людині, впливати з метою позитивного розвитку, виправлення недоліків, підвищення ефективності психічних процесів, станів та структур особистості. В контексті питання психічного розвитку дошкільника доцільним є термін «корекційно-розвивальна робота, адже велика кількість психологічних труднощів і перепон в розвитку в цьому періоді виникають внаслідок недорозвиненості різних структур особистості та через це слабкості реалізації людини в соціумі.

Список використаних джерел:

1. Дмишко О. С. Невротичні розлади у дітей та фактори їх виникнення. Людина і суспільство: економічний та соціокультурний розвиток. 2014. № 4. С. 3-5. URL: https://social-science.uu.edu.ua/article/1288 (дата звернення: 23.01.2023).

2. Запорожец А. Избранные психологические труды. В 2-х т. М. : Педагогика, 1986. Т. 1 : Психическое развитие ребенка. 320 с.

3. Пахомова Н., Коновалова М. Спеціальна психологія. Полтава: АСМІ, 2015. 389 с.

4. Терещенко Л. Психологічні особливості корекції невротичних розладів дошкільника. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 10 Психологія навчання. Генет. психологія. Мед. психологія, № 32. С. 84-92.

УДК 159.923.3:316.624-053.6

Чумак І.В., практичний психолог
Державний заклад «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ АКЦЕНТУЙОВАНИХ ПІДЛІТКІВ

Актуальність роботи. Підлітковий вік має дуже важливе значення у розвитку та становленні особистості людини. У цей період значно поширюється обсяг діяльності людини, помітно змінюється характер, відбуваються відчутні особистісні зміни, з'являються новоутворення, закладаються основи свідомої поведінки та вимальовується загальна картина моральних переконань. Але проблемним є те, що все це відбувається на фоні фізіологічного й психічного розвитку підлітка, його духовного становлення. Для дітей такого віку провідною діяльністю є спілкування з ровесниками й наслідування їхнього прикладу. Для них характерне почуття дорослості, критичне ставлення до людей, старших за віком, а головне, потреба у самовихованні, самоствердженні, самосвідомості та у розвитку самооцінки. Тому підлітковий вік, характеризується фахівцями як перехідний, складний, важкий, критичний. Звідси й неадекватність реакцій у відносинах із навколишнім середовищем, суперечність у діях і вчинках, які сприймаються дорослими, як аномалія, відхилення від загальноприйнятих правил і норм поведінки.

Зміни в поведінці дитини (дратівливість, брутальність, невихованість, небажання навчатися) спричиняють одночасне бурхливе фізичне зростання і статеве дозрівання, занепокоєння сприйняттям себе іншими людьми та пошук професійного покликання. Підліток намагається самовизначитися, ідентифікувати себе як члена однієї із соціальних груп, що водночас вимагає від нього прийняття атрибутики цієї групи: поведінки, стилю одягу, мовлення.

Дієвість складових частин системи правової освіти та виховання зумовлюється глибокими знаннями індивідуально-психологічних особливостей «важковиховуваних» учнів, умов їх сімейного виховання, соціального оточення.

Отже, людина не народжується девіантною, а стає такою поступово. Психологічні труднощі, емоційні розлади та порушення поведінки досить часто зустрічаються у більшості дітей. Це – невід'ємна частина розвитку. У підлітків з девіантною поведінкою спостерігається порушення в емоційно-вольовій сфері [7, 8]. Для них характерні неврівноваженість, запальність, імпульсивність, часта зміна настрою, емоційна нестійкість. Така нестабільність характеру впливає на відносини в класному колективі з однолітками, з дорослими, призводить до частих конфліктів [3].

Поведінкові порушення в підлітковому віці є актуальною проблематикою в останні десятиліття, їх крайні форми прояву, частота, нерідко набувають патологічного характеру. Девіантна поведінка розглядається як результат розвитку відповідних особливостей особистості, а з іншого боку, виступає в якості засобу формування і цілеспрямованого впливу на особистість. Одним з важливих моментів девіантної поведінки підлітків та визначенні її причин є явні гіпертимні та збудливі акцентуації характеру.

Виклад основного матеріалу. Термін «акцентуація», як крайній варіант норми, при якому окремі риси характеру надмірно посилені, внаслідок чого виявляється вибіркова уразливість особистості відносно певного роду психогенних дій при високій стійкості до інших, було введено К. Леонгардом [4]. Акцентуації характеру у підлітковому віці набувають все більшої стійкості та частоти. Якщо ще в кінці XIX ст. акцентуації характеру більшістю фахівців вважалися аномалією, то сьогодні вони розцінюються, як норма. Встановлено, що майже 90% підлітків мають акцентуації характеру [1].

На думку С.В. Кривцової, не випадково акцентуації розглядаються в якості передумов девіантної поведінки підлітків [2]. Акцентуації характеру не обов'язково взаємопов'язані з

девіантною поведінкою, але акцентуйовані підлітки мають найменший рівень стійкості до пагубного впливу навколишнього середовища.

Залежно від ступенів вираженості акцентуації характеру К. Леонгард виділяє два її ступеня: явну і латентну [4]. Явна акцентуація характеризується, як прояв рис, що належать до крайніх варіантів норми. Під латентною акцентуацією розуміється прояв, що, характеризується нормальним варіантом поведінки.

Акцентуація є підсиленням риси характеру, але інколи вона має тенденцією до переходу в патологічний стан. При надто високій її виразності, вона впливає на поведінку і може набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості [1].

Було сформульовано такі завдання: з'ясувати, як же впливають акцентуації характеру на формування девіантної поведінки. Як об'єкт емпіричного дослідження виділялися характерологічні особливості підлітків, а предметом дослідження виступав взаємозв'язок наявної акцентуації характеру і схильність до девіантної поведінки.

Мета: теоретичний та емпіричній аналіз впливу акцентуацій характеру на формування девіантної поведінки підлітків.

Методи та матеріали. На базі Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» в відділенні медичної та соціальної психології проводилась діагностика психологічного здоров'я дітей та психокорекція. У дослідженні брало участь 40 респондентів у віці 13-16 років. Діагностичне обстеження було реалізовано за допомогою методик: модифікованого опитувальника для ідентифікації типів акцентуацій характеру підлітків С.І. Подмазіна (МПДО), «Методика діагностики схильності до девіантної поведінки» А.Н. Орла [5, 6].

Основні результати. За допомогою МПДО було виявлено, що з 40 респондентів 35 учнів мають показник норми за шкалою брехливості, у 5 – він перевищує норму. Отримали такі результати: 31 респондентів мають явні акцентуації характеру, 4 – домінуючі, це говорить нам про те, що у них вони латентні.

Отже, найбільша кількість учнів має гіпертимний і збудливий типи акцентуацій характеру. Аналіз наявних типів акцентуацій характеру у досліджуваних підлітків представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл респондентів за типами акцентуацій характеру

№	Типи акцентуацій характеру	Кількість підлітків	Відсоток
1.	Гіпертимний тип акцентуації характеру	7	20%
2.	Збудливий тип акцентуації характеру	7	20%
3.	Тривожно-педантичний тип акцентуації характеру	4	11,4%
4.	Нестійкий тип акцентуації характеру	3	8,7%
5.	Астено-невротичний тип акцентуації характеру	2	5,7%
6.	Демонстративний тип акцентуації характеру	2	5,7%
7.	Циклоїдний тип акцентуації характеру	2	5,7%
8.	Інтровертований тип акцентуації характеру	2	5,7%
9.	Лабільний тип акцентуації характеру	2	5,7%
10.	Сенситивний тип акцентуації характеру	0	0
11.	Латентна акцентуація характеру	4	11,4%

Це дозволяє стверджувати, що даній групі осіб властива така поведінка: підвищена рухливість, товариськість, прагнення до лідерства і надмірна самостійність. Надмірне прагнення до самостійності на думку І.С. Подмазіна, може слугувати джерелом багатьох конфліктів.

Результати за проведеною методикою діагностики схильності до девіантної поведінки А.Н. Орла наступні: 25 підлітків схильні до девіантної поведінки, 3 – характерна агресивна поведінка, 2 – притаманна демонстративна поведінка, 5 – схильні до порушень норм та правил, 2 учні мають високі показники за шкалою «контроль емоційних реакцій», та у 3 – адиктивна поведінка.

Аналіз показників схильності до девіантної поведінки у досліджуваних підлітків представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Показники за методикою А.Н. Орла

№	Шкали	Кількість підлітків	Відсоток
1.	Схильність до девіантної поведінки	25	62,5%
2.	Схильність до порушень норм та правил	5	12,5%
3.	Характерна агресивна поведінка	3	7,5%
4.	Схильність до адитивної поведінки	3	7,5%
5.	Схильність до демонстративної поведінки	2	5%
6.	Контроль емоційних реакцій	2	5%

Отримані результати свідчать, що більшість підлітків схильні до девіантної поведінки. Було прослідковано тенденцію, що високі показники за шкалою «схильність до девіантної поведінки» мають підлітки з гіпертимною та збудливою акцентуацією характеру. Їм притаманні: емоційна вибуховість, невміння керувати собою в конфліктних ситуаціях, що може призвести до правопорушень.

Висновки. Здійснивши теоретичний та емпіричний аналіз досліджуваної проблеми можемо стверджувати, що між надто завищеними проявами акцентуацій характеру (явними) та девіантною поведінкою існує взаємозв'язок. Це дозволяє верифікувати висунуту раніше гіпотезу. Такі типи акцентуацій як гіпертимний та збудливий можуть стати причиною девіантної поведінки особистості. Тому одним із завдань практичного психолога, який працює з підлітками є активна робота з профілактики виникнення надто завищених акцентуацій характеру.

Список використаних джерел:

1. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. СПб: Изд-во Союз, 2000. 222 с.

2. Кривцова С.В. Подросток на перекресткеэпох. М.: Генезис, 1997. 288 с.

3. Кабанцева А.В. Психологічна безпека дитини в умовах цифровізації Психологічна безпека особистості: міжнар. *колектив. монографія / Університет Григорія Сковороди в Переяславі; Брест.* держ. *ун-т ім.* О.С. Пушкіна; за заг. *ред. І.В.* Волженцевої. *Переяслав (Київська обл.): Домбровська Я.М.;* Брест : БрДУ, 2021. С. 260-278.

4. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. 544с.

5. Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел) // Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. М., 2004. С. 141-154.

6. Подмазин С.И. Тесты для диагностикиакцентуацийхарактера у подростков. – 3-е изд. / Под ред. Гильбуха Ю.З. К.: НПЦ Перспектива, 1996. – 54 с.

7. Панченко О.А. Информационная безопасность ребенка / О.А. Панченко. – К.: КВИЦ, 2016. – С. 380.

8. Панченко О.А. Інформаційні ризики безпеки дитини в турбулентному інформаційному середовищі. *International academy journal Web of Scholar*. 2020. Warsaw, Poland. № 7 (49). P. 1-7. URL: https://doi.org/10.31435/rsglobal_wos/30092020/7147.

УДК: 159.922.8

Чуніхіна С.Л., кандидат психологічних наук,
заступник директора
Чорна Л.Г., кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник,
завідувач лабораторії психології малих груп і міжгрупової взаємодії
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України
м. Київ, Україна

НАПРЯМИ КРИЗОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ СПІЛЬНОТИ, СІМ'Ї ТА ГРОМАДИ З ПИТАНЬ ПОСТВЕНЦІЇ СУЇЦИДІВ У ЗАКЛАДІ ОСВІТИ

Актуальність роботи. Проблема дитячих та юнацьких суїцидів загострилася в Україні в останні десятиліття у зв'язку з проникненням медіатехнологій та систем комунікації в повсякденне життя [12, 16]. Від 2014 року сплески активності так званих «груп смерті» (мережевих спільнот, які залучають дітей та підлітків до ігор із самоушкоджувальною чи суїцидальною спрямованістю) спостерігалися в періоди активізації бойових дій у зоні АТО/ООС. З початком повномасштабної російсько-української війни фіксуються нові епізоди масового поширення таких ігор, помітно зросла кількість запитів психологічної допомоги у зв'язку із суїцидальною поведінкою серед дітей, підлітків, юнацтва [10]. Як показують результати міжнародних досліджень щодо динаміки суїцидів у довоєнний, воєнний та поствоєнний час, високою є імовірність зростання числа суїцидів серед усіх вікових, гендерних, соціальних груп населення після завершення активних бойових дій і настання миру [3, 4]. Серед факторів ризику зазначають: геноцидний характер війни; наслідки травматичного досвіду насильства, окупації, втрат; психологічні виклики біженства та міграції, доступність вогнепальної зброї тощо [1, 6, 10].

Загострення суїцидальних ризиків для дітей та молоді вимагає посилення заходів психологічної профілактики та відповідних психотерапевтичних втручань. Створення ефективних механізмів профілактики суїцидів, зокрема в системі загальної середньої освіти, є нагальним завданням поствоєнного відновлення України.

Аналіз стану національної системи профілактики суїциду засвідчує потребу розвитку постенційного супроводу колективів закладів освіти, у яких трапився суїцид (буліцид) або його спроба, як найменш розвиненої нині ланки цієї системи та актуалізує необхідність розроблення і впровадження в школах та університетах стандартизованих протоколів постенції [11]. Постенцію визначають як комплекс заходів, пов'язаних з наданням послуг з охорони психічного здоров'я, що мають бути вжиті після скоєння самогубства і спрямовані на запобігання наступним самогубствам у постраждалій громаді [13].

Значна частина заходів з побудови системи постенції суїциду в закладі освіти потребує узгодженої взаємодії суб'єктів освітнього процесу та стейкхолдерів освіти в умовах кризової ситуації, пов'язаної із суїцидом (спробою суїциду) в закладі освіти. Це важливо з огляду на те, що в кризовій ситуації через страх покарання та осуду зростає бажання учасників взаємодії перекласти відповідальність одне на одного або ж загалом її позбутися. Розроблення і впровадження в освітню практику алгоритмів кризової взаємодії, взаємного інформування, координації дій у рамках своєчасного злагодженого реагування дасть змогу змістити фокус уваги з перекладання відповідальності та взаємних звинувачень закладом освіти і батьківською спільнотою одне одного на співпрацю та взаємопідтримку заради безпеки дітей, підлітків, юнацтва.

Метою є представлення напрямів кризової взаємодії учасників освітнього процесу з питань постенції суїциду або його спроби в закладі освіти.

Основні результати. Суїцид або його спроба є чинниками виникнення кризової ситуації в закладі освіти, яка може істотно вплинути на психологічний стан, працездатність, згуртованість членів шкільної спільноти [14].

Відповідно, кризова ситуація вимагає реалізації спеціальних заходів, спрямованих на мінімізацію негативних наслідків (зокрема у вигляді кластерів самогубств або самоушкоджень) та нормалізацію режиму діяльності закладу освіти в найкоротші терміни. Зважаючи на несподіваний і непередбачуваний характер, який іноді має кризова ситуація (а криза, пов'язана із самогубством або його спробою в закладі освіти є і несподіваною, і непередбачуваною, і трагічною водночас), поняття «готовності» організації до антикризової діяльності охоплює не лише наявність плану дій чи здатність опрацьовувати ризики, а й психологічну готовність діяти ефективно та конструктивно. Ефективне управління кризовою ситуацією вимагає від членів організації, і передусім від її керівників, наявності спеціальних навичок, а саме: створювати складні системи управління; ефективно координувати діяльність суб'єктів ургентного реагування та порятунку; налагоджувати комунікацію, спрямовану на опанування кризової ситуації; підтримувати впевненість і спокій серед підлеглих працівників; мінімізувати заподіяну кризою шкоду [8]. Під час ухвалення рішень у кризовій ситуації керівники організацій можуть стикатися з низкою суб'єктивних та об'єктивних труднощів, зокрема відчуттям безвихідності; обмеженістю вибору; обмеженістю засобів антикризового врегулювання; неадекватністю традиційних методів управління [15].

Війна створює додаткові загрози психологічному благополуччю не лише окремих індивідів, а й груп і спільнот. Під час війни динаміка інтер- та інтрагрупових відносин зазнає суттєвих змін, пов'язаних із посиленням групової ідентичності та примітивізацією захисних механізмів, які обслуговують цю ідентичність [2]. Зростання згуртованості та солідарності на рівні інгруп супроводжується загостренням конфронтації. Особистості, які висловлюють думки, проявляють емоції або поведінку, що відхиляються від жорстких групових вимог, наражаються на небезпеку санкцій з боку групи, зокрема бойкоту, остракізму, булінгу. Війна також суттєво змінює групові норми та цінності, зумовлюючи легітимізацію насильства та послаблення психологічних бар'єрів щодо агресії [7]. Такі прояви негативної групової динаміки формують несприятливі умови для ефективної взаємодії членів групи в умовах кризи, що може провокувати суїцид або його спробу. Крім того, вони посилюють ризики розвитку деструктивних відносин у групі, що можуть стати тригером для суїцидальної поведінки психологічно вразливих її членів.

Криза соціальної взаємодії виявляється в тому, що звичні, автоматизовані, стереотипізовані способи взаємодії між її учасниками не ведуть до порозуміння, емпатійного обміну емоціями та узгоджених спільних дій для досягнення спільної мети діяльності. Брак часу для вивчення ситуації, стресовий стан учасників взаємодії, зумовлений неочікуваністю та наслідками події, що призвела до кризи, брак досвіду долання кризових ситуацій – усе це обумовлює специфіку кризової взаємодії. Класифікація кризових ситуацій за принципом *«невідоме-невідоме», «відоме невідоме»* дає змогу подивитися на ситуацію суїциду або його спроби в закладі освіти як на подвоєння криз – індивідуальної (важкі життєві обставини, емоційні або поведінкові розлади, криза стосунків) та групової (нездорові стосунки, булінг, наджорсткі групові норми).

Також важливо зазначити, що динаміка групової, міжгрупової та міжособистісної взаємодії в ситуації суїцидальної кризи розгортається не лише у внутрішньому (всередині колективу), а й в зовнішньому (на рівні громади, спільноти, суспільства) інтеракційних контурах. Реакції стейкхолдерів закладу освіти на суїцидальну кризу часто фокусуються на встановленні причинно-наслідкових зв'язків трагічної події та міри відповідальності закладу освіти [5]. Це створює додатковий емоційний тиск на колектив і керівництво закладу і через те ускладнювати ухвалення адекватних управлінських рішень, гальмувати або викривляти процеси кризового реагування, відновлення, нормалізації. Чим більшою мірою приписують відповідальність закладу, тим більшою мірою він має реагувати на виклики безпеки та психологічні потреби зацікавлених осіб. Прийняти відповідальність не означає визнати вину (повністю або частково) за трагедію. Водночас успішна взаємодія стане наслідком збалансування потреб закладу освіти та очікувань стейкхолдерів.

Отже, на ефективність та адекватність реагування колективу закладу освіти на кризу, пов'язану із суїцидом або його спробою, істотно впливають: 1) якість та швидкість інформування колективу про обставини інциденту, інструктування педагогів та інших працівників щодо вимог до комунікації через інцидент з внутрішніми (учні, колеги, батьківська спільнота) і зовнішніми (ЗМІ, громада, соціальні мережі) аудиторіями; 2) наявність чіткого алгоритму антикризових заходів із розподілом ролей та функцій не лише серед членів кризової команди, а й серед інших членів колективу закладу освіти; 3) налагодження взаємодії із зовнішніми контрагентами кризового врегулювання (системами правопорядку, охорони здоров'я, управління освітою, муніципального управління) та впорядкування запитів на отримання зовнішньої підтримки [11, 15].

На організаційному рівні основними принципами антикризового реагування закладу освіти у відповідь на суїцид або його спробу можуть бути:

− принцип постійної готовності до змін, який передбачає постійне реагування на внутрішні (наявність епізодів булінгу, залученість учнів до небезпечних медіапрактик, численність груп ризику) і зовнішні (соціально-економічна депресія, моральна паніка) прояви криз;

− принцип превентивності дій, який забезпечує ранню діагностику передкризового стану закладу освіти (наприклад, шляхом запровадження систем скринінгу суїцидальної поведінки) та своєчасне вжиття превентивних заходів;

− принцип миттєвого реагування на кризові явища, який передбачає активізацію антикризових механізмів за кожним виявленим кризовим явищем;

− принцип диференціації індикаторів кризових явищ за рівнем їх небезпеки;

− принцип адекватності реагування закладу освіти на міру реальної суїцидальної загрози для окремого учня або групи ризику [9].

Висновки та перспективи. Специфічні загрози психологічному добробуту груп і спільнот в умовах війни пов'язані передусім з примітивізацією психологічних захистів, що обслуговують групову ідентичність, посиленням конфронтації із соціальними проявами, що відхиляються від групових норм, зсувом цих норм у бік легітимації насильства та агресії. У таких умовах посилюються ризики розвитку групових криз різного генезису і водночас знижується здатність групи до ефективної взаємодії щодо врегулювання кризової ситуації.

Особливості кризової взаємодії визначаються сприйняттям членами колективу закладу освіти суїцидальної кризи як «відомого невідомого» або «невідомого невідомого», що проявляється через буліцид або інші негативні групові явища, уникання, відкладання, ігнорування або відмову від ухвалення відповідальних управлінських рішень, раціоналізацію та інші захисні процеси. З огляду на це запропоновано оптимізаційну модель кризової взаємодії суб'єктів освітнього процесу з питань третинної профілактики суїциду або його спроби в закладі освіти.

На ефективність та адекватність реагування колективу закладу освіти на кризу, пов'язану із суїцидом або його спробою, істотно впливають: якість та швидкість інформування колективу про істотні обставини інциденту, інструктування педагогів та інших працівників щодо вимог до комунікації про інцидент з внутрішніми (учні, колеги, батьківська спільнота) і зовнішніми (ЗМІ, громада, соціальні мережі) аудиторіями; наявність чіткого алгоритму антикризових заходів із розподілом ролей та функцій не лише серед членів кризової команди, а й серед інших членів колективу закладу освіти; налагодження взаємодії із зовнішніми контрагентами кризового врегулювання (системами правопорядку, охорони здоров'я, управління освітою, муніципального управління) та впорядкування запитів на отримання зовнішньої підтримки.

Список використаних джерел:

1. Amiri S. Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*. 2022 Apr-Jun; 26 (2). P. 370-405. DOI: 10.1080/13811118.2020.1802379.

2. Castano E., Leidner B., Slawuta P. Social identification processes, group dynamics and the behavior of combatants. *International Review of the Red Cross*. 2008. 90 (870). P. 259-271. DOI:10.1017/S1816383108000301.

3. Lester D. Suicide during war and genocides. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / ed. D. Wasserman. Oxford : Oxford Academic, 2021. P. 209-214.

4. Lester D. Suicide rates before, during and after the world wars. *European psychiatry.* 1994. Vol. 9, № 5. P. 262-264.

5. Miller D.N. Child and Adolescent Suicidal Behavior. School-Based Prevention, Assessment, and Intervention. Second Edition. New York: The Guilford Press, 2021. 275 p.

6. Selakovic-Bursic S., Haramic E., Leenaars A.A. The balkan piedmont: male suicide rates pre-war, wartime, and post-war in serbia and montenegro. *Archives of suicide research*. 2006. Vol. 10. № 3. P. 225-238.

7. Spini D., Elcheroth G., Fasel R. The impact of group norms and generalization of risks across groups on judgments of war behavior. *Political Psychology*. 2008. 29 (6). P. 919-941. https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2008.00673.x.

8. Tokel A. Assessment of crisis management skills of secondary school administrators. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*. 2018. vol. 52 (1). P. 901-912.

9. Кривов'язюк, І.В. Антикризове управління підприємством : навчальний посібник. 3-тє видання, доповн. і переробл. Київ : Видавничий дім «Кондор», 2020. 396 с.

10. Кривуляк А., Легенька, М. Новий сплеск «груп смерті» в соцмережах: як уберегти дітей та підлітків? URL: https://la-strada.org.ua/novyny/novyj-splesk-grup-smerti-v-sotsmerezhah-yak-uberegty-ditej-ta-pidlitkiv.html (дата звернення: 2.02.2023).

11. Найдьонова Л., Чуніхіна С., Чорна Л., Умеренкова Н., Гутник К. Організаційна модель поственції суїциду (буліциду) або його спроби в закладі освіти: аналіз зарубіжного досвіду. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2021. (48(51). С. 124-144. URL: https://doi.org/10.33120/sssppj.vi48(51).244.

12. Найдьонова Л., Зарицька Н. Проблема впливу медія на суїцид: еволюція пояснювальних моделей і українські реалії. Український психологічний журнал. 2019. № 1. С. 141-160.

13. Найдьонова Л., Чуніхіна С., Умеренкова Н. Особливості організації поственції суїциду (буліциду) у закладі освіти. Психологія кризових станів: наука і практика. Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року). Київ : Інститут психології імені Г.С. Костяка НАПН України, 2021. С. 127-129.

14. Подолання кризових ситуацій в освітньому середовищі: Методичні рекомендації / Укладачи Я.В. Сухенко, Н.О. Лук'яненко. Полтава : ПОІППО, 2007. 16 с.

15. Сич Т. Управління закладом вищої освіти у кризових ситуаціях. Актуальні питання гуманітарних наук. 2022. Вип 55, том 3. С. 208-212. URL: https://doi.org/10.24919/2308-4863/55-3-32.

16. Слюсаревський М.М., Чуніхіна С.Л. Психологічна безпека людини в умовах інформаційного і технологічного стресу. Актуальні проблеми психологічної протидії негативним інформаційним впливам на особистість в умовах сучасних викликів: Матеріали методологічного семінару НАПН України 8 квітня 2021 року: зб. матеріалів. Київ, 2021. С. 317-327.

УДК: 61:001

Шкробанець І.Д., доктор медичних наук, професор,
Заслужений працівник охорони здоров'я України,
керівник лікувально-організаційного управління
Національної академії медичних наук України
м. Київ, Україна

ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА НАУКОВІ ЗДОБУТКИ В УСТАНОВАХ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3 червня 2022 року Президент України Володимир Зеленський відвідав ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України», поспілкувався з медиками та українськими воїнами, які проходять там лікування, привітав його працівників із 50-річчям закладу та вручив державні нагороди і присвоїв почесне звання «Заслужений лікар України». Володимир Зеленський зазначив: «Ви на такій же передовій, як і наші військові».

Від початку збройної агресії РФ НАМН України протягом усього часу надає медичну допомогу пораненим, ураженим, травмованим і хворим військовослужбовцям, а також внутрішньо переміщеним цивільним особам.

НАМН України видано низку наказів, які регламентують діяльність підпорядкованих наукових установ в особливий період, на виконання яких, в установах НАМН України:

− створені оперативні штаби;

− організовані мобільні бригади із закріпленими за ними транспортними засобами, укомплектованими медичним обладнанням, виробами медичного призначення та лікарськими засобами;

− створено резерв ліжок (1 086).

Від початку військової агресії РФ відкрито:

• В ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» – відділення важкої поліструктурної травми;

• В ДУ «Інститут патології хребта та суглобів імені М.І. Ситенка НАМН України» – відділення бойової травми;

• В ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» – відділення шоку, травми і військово-польової хірургії, в якому виконуються унікальні операції на серці та великих судинах;

• В ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України» – відділення медико-психологічної реабілітації, до роботи в якому долучено в рамках співпраці фахівців ДУ «Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України».

Від початку військової агресії РФ створено:

• В ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України» – «Реабілітаційний центр для учасників АТО», як координаційно-функціональний підрозділ, що забезпечує оптимальне використання власних кадрових і матеріальних ресурсів для реабілітації учасників АТО/ООС, з залученням ресурсів інших установ;

• ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» спільно з Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України – Центр медико-психологічної реабілітації – громадське об'єднання, що діє за підтримки та під патронатом МОЗ України, НАМН України та Національної експертної комісії з питань захисту суспільної моралі.

В клініках наукових установ НАМН України за 2014-2022 роки надана медична допомога понад 60 тис. учасникам АТО/ООС, з них, проконсультовано понад 42 тис. осіб, госпіталізовано понад 17 тис. осіб.

Фахівцями НАМН України надано понад 1,5 тисячі консультації учасникам АТО/ООС в шпиталях Міністерства оборони України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України.

Науковцями НАМН України у співпраці з військовими медиками-вченими видано 11 книг, присвячених узагальненню досвіду медичного забезпечення бойових дій в районі проведення АТО/ООС:

• «Патоморфоз вогнепальних ран м'яких тканин»;

• «Бойова травма серця, грудної аорти та магістральних судин кінцівок»;

• «Лікування поранених з бойовими травмами кінцівок»;

• «Досвід організації санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення військ (сил) під час проведення антитерористичної операції (Операції об'єднаних сил)»;

• «Розвиток системи фізичної та реабілітаційної медицини в умовах ведення збройного конфлікту»;

• «Акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я у жінок в умовах збройного конфлікту»;

• «Вогнепальні поранення м'яких тканин. Досвід антитерористичної операції/операції об'єднаних сил»;

• «Вогнепальні непроникаючі черепно-мозкові поранення»;

• Монографія у 3-х томах «Медичне забезпечення Збройних Сил України під час антитерористичної операції та операції Об'єднаних сил на території Луганської та Донецької областей»;

• «Атлас бойової хірургічної травми (досвід антитерористичної операції/операції Об'єднаних сил)»;

• принципи організації та алгоритми надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги при вогнепальних черепно-мозкових пораненнях в сучасній війні (методичні вказівки).

З початку повномасштабної російської агресії в Україні налагоджена постійна співпраця: між НАМН України та командуванням медичних сил Збройних Сил України, національним військово-медичним клінічним центром «Головний військовий клінічний госпіталь», військово-медичними установами України.

Наукові установи (у 28 функціонують клінічні підрозділи) стали опорними лікарнями, до яких доставляють людей, які постраждали під час обстрілів та мають поранення, що дозволяє скоротити маршрут і довезти пацієнтів якнайшвидше туди, де можуть надати необхідну медичну допомогу. В усіх без виключення поліклінічних підрозділах наукових установ академії лікарям та пацієнтам надається консультативна допомога, у тому числі в онлайн режимі. Фахівці наукових установ академії надають медичну допомогу військовослужбовцям та цивільному населенню країни як на своїх базах, так і поза їх межами.

В клініках наукових установ НАМН України з 24.02.2022 року:

• надана медична допомога в умовах стаціонару понад 50 тис. особам, у т.ч. близько 6 тис. військовослужбовцям Збройних Сил України (понад 3 тис. поранених);

• амбулаторно-консультативна допомога надана 300 тис. осіб, у т.ч. понад 17 тис. військовослужбовцям.

Досвід фахівців помножений на технології та професіоналізм став запорукою якісної медичної допомоги в наукових установах Академії.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України» − одна з небагатьох мультидисциплінарних установ, в якій здійснюється надання високоспеціалізованої медичної допомоги за всіма основними напрямками хірургічної та трансплантаційної допомоги. Фахівці інституту надали допомогу понад 3 тис. військовослужбовців, з яких третина отримали бойову травму під час захисту Батьківщини. З 24 лютого 2022 року інститут перейшов у формат роботи ургентної клініки. Поранені, пацієнти з гострою хірургічною патологією складали основний контингент.

Висококваліфікованими спеціалістами ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України»:

• з 24 березня 2022 року надається медична допомога пасажирам Укрзалізниці в новоствореному кардіологічному центрі для пасажирів на центральному залізничному вокзалі м. Києва (проводяться консультації, діагностичні дослідження − кардіограми, ЕХО-дослідження серця тощо);

• через складнощі у транспортуванні тяжких хворих на серцево-судинну патологію на базах центрів та лікарень м. Вінниці, Івано-Франківська, Чернівців, Ужгорода, Полтави надано високоспеціалізовану кардіохірургічну допомогу та врятовано життя понад 500 наших співгромадян (місцевих жителів та переселених з інших областей через бойові дії).

У 2022 році висококласними спеціалістами Інституту серцево-судинної хірургії врятовано понад 500 військовослужбовців, 70 з яких з пораненнями; надано амбулаторно-консультативно допомогу понад 800 військовослужбовцям.

Висококваліфікованими спеціалістами ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України» надається консультативно-діагностична допомога внутрішньо переміщеним особам на базі ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України» міста Львова, які потребують високоспеціалізовану медичну допомогу кардіологічного та ревматологічного профілю.

Виїзні офтальмологічні бригади висококваліфікованих фахівців ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» надають виїзну консультативну допомогу пацієнтам з очною патологією різного походження, які перебувають на території Одеської області.

НАМН України підписано меморандуми про співпрацю та партнерство з:

• Чернівецькою обласною радою;

• Обухівською міською радою Київської області;

• КНП «Гостомельський центр первинної медико-санітарної допомоги» Гостомельської селищної ради;

• КНП «Ірпінська центральна міська лікарня»;

• КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги Бучанської міської ради»;

• Українським державним медико-соціальним центром ветеранів війни;

• Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Відповідно до меморандумів та плану організаційних заходів надання силами державних установ НАМН України виїзної високоспеціалізованої консультативної допомоги населенню міст Буча та Ірпінь, як такому, що постраждало від російської збройної агресії, виїзні бригади висококваліфікованих спеціалістів наукових установ м. Києва надають медичну допомогу постраждалому населенню Бучанської, Ірпінської ОТГ, а також гуманітарну допомогу медичними препаратами та сучасним медичним обладнанням, вкрай необхідним в даних регіонах. Проконсультовано понад 3 000 осіб. Проведено діагностичних обстежень понад 2 000 особам. Направлено на дообстеження та подальше лікування на базі наукових установ НАМН України 600 пацієнтів.

Десятиліттями доведено, що поєднання наукової та науково-клінічної діяльності установ НАМН України забезпечує високий рівень наукових досліджень та швидку трансляцію їх результатів в клінічну практику.

На засіданні Президії НАМН України 26 травня 2022 року прийнято рішення про доцільність виконання короткострокових (1-2 роки) прикладних НДР на воєнну тематику з метою створення інноваційних розробок, направлених на удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та населенню, постраждалому внаслідок воєнних дій.

Міністерством з питань стратегічних галузей промисловості України (на виконання абзацу третього пункту 2.3 витягу з протоколу № 96 засідання Кабінету Міністрів України від 12 липня 2022 року) погоджено перелік пріоритетних наукових досліджень і науково-

технічних розробок, спрямованих на створення новітньої конкурентоспроможної науково-технічної продукції, необхідної в умовах воєнного стану (лист 12.08.2022 № 1.0-4.2.2/3330), до якого увійшло 365 НДР (терміни виконання НДР 2020-2024 роки).

Наукові здобутки.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України»:

• При мінно-вибухових пораненнях м'яких тканин розроблені та апробовані нові методи та пристрої для визначення і контролю повноти видалення стороннього тіла з м'яких тканин: спосіб візуально асистованої ревізії ранового каналу, трансіллюмінації м'яких тканин, пристрій лазерний мобільний для опромінювання глибоких ранових каналів і порожнин, використання яких дозволяє скоротити терміни діагностики та видалення стороннього тіла з м'яких тканин, зменшити кількість ускладнень, збільшити кількість видалених сторонніх тіл і зменшити кількість не результативних.

• Вперше у світі розроблено оригінальний спосіб газоструминної дисекції біологічних тканин та апарат для її здійснення «pneumojet», що дозволяє знизити травматичність тканин паренхіматозного органа при оперативних втручаннях. Впроваджені методи рентгеноангіохірургії (інтервенційної кардіології) та малоінвазивні операції. Всього проведено понад 400 оперативних втручань при пораненнях серця, з них 34 – при травмуванні внутрішніх структур серця.

• Визначені основні принципи хірургічної доктрини при серцевих пораненнях.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»:

• розроблено практичні рекомендації щодо тактики лікування та реабілітації пацієнтів із травматичними, бойовими ушкодженням довгих кісток та їх наслідками, а також розроблені методичні рекомендації щодо удосконалення системи надання медичної допомоги постраждалим з даною патологією, удосконалені методики передопераційного планування та показано переваги використання 3D моделювання;

• створено за допомогою 3D друку індивідуальні імпланти з полілактиду та титану для заміщення кісткових дефектів.

ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України»:

• розроблено та впроваджено спосіб первинної хірургічної обробки вогнепальної рани, що супроводжується утворенням дефекту тканин і передбачає проведення одномоментного його усунення з використанням слизово-м'язового клаптя на живлячій ніжці. Застосування запропонованого способу дозволяє скоротити кількість етапів хірургічного лікування та розвитку гнійно-запальних ускладнень за рахунок ізоляції тканин, розташованих в зоні дефекту, що утворився в ділянці дна порожнини рота, васкуляризованим слизово-м'язовим клаптем з бічного відділу передсінку порожнини рота;

• використання даного способу запобігає рубцевій деформації м'яких тканин дна порожнини рота, що значно поліпшує процес подальшої реабілітації поранених. Даний спосіб сприяє створенню умов кісткової пластики на подальших етапах лікування.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»:

• розроблено оригінальну експериментальну установку для вивчення амплітудно-частотних характеристик та коефіцієнту передачі осикулярних протезів;

• розроблено пристрій зі зворотним зв'язком, що повністю імплантується, для втілення повного синхронного заплющення очей у пацієнтів з ураженням лицьового нерва;

• розроблено підходи до лікування сенсоневральної приглухуватості внаслідок акутравматичного ураження слухової системи при бойовій акутравмі, в тому числі з супутніми ушкодженнями центральної нервової системи: контузії, черепно-мозкової травми та ін.;

• запропоновано оптимальну структуру надання медичної допомоги хворим з сенсоневральними порушеннями слуху при акутравмі на етапах евакуації, а також на різних рівнях надання подальшої медичної допомоги. Отримані дані стали основою методичного посібника «Акутравма в зоні бойових дій. Надання медичної допомоги при сенсоневральних порушеннях слуху: діагностика, лікування, етапність, профілактика» та 7 методичних рекомендацій.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України»:

• впроваджено комплексну систему лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на постстресові психічні розлади учасників АТО/ООС і цивільних осіб, що пережили бойові дії, та психоосвітню програму для тимчасово переміщених осіб, спрямовану на формування обізнаності про симптоми-маркери психічних розладів, можливості запобігання їх формуванню та варіанти дій при загостренні психічного стану.

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України»:

• вперше в Україні розроблено та запроваджено нормативні документи щодо корекції харчування військовослужбовців відповідно до їх фактичних енерговитрат з обґрунтованою необхідністю внесення змін до режимів харчування та водоспоживання.

Основні завдання НАМН України на наступний період:

1. Збереження наукового потенціалу Академії, насамперед висококваліфікованих кадрів, його розвиток в післявоєнний час.

2. Відбудова зруйнованої та пошкодженої інфраструктури наукових установ НАМН України, її подальший розвиток.

3. Розширення тематики наукових досліджень, спрямованих на удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України та населенню, постраждалому внаслідок воєнних дій.

4. Запровадження нових форм підтримки наукової молоді.

5. Ефективне використання можливостей співпраці з міжнародними та іноземними науковими організаціями для підтримки та розвитку наукового потенціалу НАМН України.

6. Активна участь у підготовці для Національної ради з відновлення України від наслідків війни пропозицій щодо заходів з відновлення та розвитку медичної галузі в Україні, пріоритетних реформ, проєктів нормативно-правових актів, реалізація яких є необхідною у воєнний і післявоєнний періоди.

УДК: 615.281.8

Штриголь С.Ю., доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри фармакології та фармакотерапії
Кіреєв І.В., доктор медичних наук,
професор, професор закладу вищої освіти
кафедри фармакології та фармакотерапії
Жаботинська Н.В., кандидат медичних наук,
доцент, доцент закладу вищої освіти
кафедри фармакології та фармакотерапії
Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

ПРОРИВ В СУЧАСНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ COVID-19: ПРЕПАРАТИ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ

Актуальність роботи. В березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила пандемію нового захворювання – коронавірусної хвороби, яка отримала назву COVID-19. Ця пандемія, без перебільшення, перевернула світові уявлення про перебіг та можливості лікування вірусних захворювань. Всі світові провідні наукові медичні та фармацевтичні установи спрямували свої ресурси на дослідження вірусу, вивчення перебігу захворювання та пошуки як лікарських засобів для фармакотерапії коронавірусної інфекції, так і вакцин для профілактики захворювання на COVID-19. Але ситуація була не втішною. Станом на кінець грудня 2022 року у світі захворіло майже 662 млн людей, з них більше 6,6 млн померли. В Україні від початку пандемії коронавірусною хворобою захворіли більше 5,3 млн осіб, померло – більше 110 тисяч [1]. Більшість хворих потребувало лікування в умовах стаціонару, що створювало додаткові фінансові навантаження на медичну і соціальну систему держав. Тому науковці віддали перевагу пошуку медичних препаратів для лікування COVID-19, які можна б було безпечно та ефективно застосовувати саме в амбулаторних умовах лікування.

Мета: дослідження сучасних можливостей фармакотерапії коронавірусної хвороби на амбулаторному етапі.

Основні результати. Під час виконання дослідження було проведено аналіз звітів Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) та Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) про дозвіл для амбулаторного застосування лікарських засобів для фармакотерапії COVID-19 та рекомендацій Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України щодо застосування цих препаратів на території України. Також було проведено аналіз українських настанов («живої» клінічної настанови) [2] та міжнародних гайдлайнів щодо сучасної фармакотерапії коронавірусної інфекції.

В грудні 2021 року FDA, а у січні 2022 EMA рекомендували до використання лікарський препарат «Паксловід» для лікування хворих на коронавірусну хворобу легкого та середнього ступеня тяжкості. В дослідженнях «Паксловід» продемонстрував ефективність 88% за рахунок зниження смертності та частоти госпіталізацій при застосуванні в перші 5 днів захворювання [3]. Препарат складається з двох діючих речовин: нірматрелвір та ритонавір. Діюча речовина нірматрелвір інгібує білок SARS-CoV-2 в організмі шляхом зв'язування з 3CL-подібною протеазою, ферментом, що має вирішальне значення для функціонування та розмноження коронавірусу. Ритонавір – це антиретровірусний препарат, який допомагає запобігти руйнуванню нірматрелвіру. Така комбінація забезпечує більш тривале функціонування нірматрелвіру в організмі. «Паксловід» здатний пригнічувати розмноження коронавірусу на ранній стадії та залишатися активним в організмі протягом тривалих періодів часу у високих концентраціях. Важливою особливістю є те, що препарат можна приймати вдома за рекомендацією лікаря, але за умови раннього виявлення захворювання. Препарат є комбінованим: на 1 прийом рекомендовано 2 таблетки нірматрелвіру (таблетки

рожевого кольору) та 1 таблетка ритонавіру (таблетка білого кольору). Пацієнти повинні приймати всі 3 таблетки разом. Таблетки слід ковтати цілими, не розжовувати, не ламати та не подрібнювати [4].

Особливу увагу слід приділяти взаємодії «Паскловіду» з іншими препаратами, що може викликати небажані побічні ефекти. Компоненти «Паксловіду» є інгібіторами ізоферменту CYP3A, і він може підвищувати плазмові концентрації лікарських засобів, що переважно метаболізуються ізоферментом CYP3A. Тому протипоказане одночасне застосування «Паксловіду» з лікарськими засобами, кліренс яких сильно залежить від CYP3A, а саме альфузозін, ранолазін, антиаритмічними засобами (аміодарон, бепридил, дронедарон, енкаїнід, флекаїнід, пропафенон, хінідин), антигістамінними препратами (астемізол, терфенадин), статинами (ловастатин, симвастатин), препаратами для коррекції еректильної дисфункції у чоловіків (силденафіл, аванафіл, варденафіл), транквілізаторамми (клоназепам, діазепам, естазолам, флуразепам, триазолам і мідазолам), протисудомними засобами (карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн), рифампіцин та іншими лікарськими засобами [5].

Іншим препаратом, який було дозволено FDA та EMA для амбулаторного лікування COVID-19, став молнупіравір («Lagevrio»). Згідно з даними, представленими компанією Merck Sharp & Dohme (MSD), прийом молнупіравіру під час клінічних випробувань знизив ризик госпіталізації або смерті пацієнтів на 30% за умови призначення препарату в максимально короткі терміни після зараження [6]. Молнупіравір відноситься до групи прямих противірусних засобів і проявляє свою противірусну дію за рахунок порушення копіювання під час реплікації вірусної РНК. ВООЗ внесла молнупіравір в оновлені варіативні рекомендації щодо фармакотерапії COVID-19. Але зважаючи на новизну лікарського засобу і певну обмеженість даних про його безпеку, ВООЗ рекомендує активно відстежувати безпеку препарату. Молнупіравір рекомендований лише хворим на неважку форму COVID-19, які віднесені до категорії найбільшого ризику госпіталізації. Це, як правило, не щеплені від COVID-19 особи, люди похилого віку, особи з ослабленим імунітетом і пацієнти з хронічними захворюваннями. Терапія молнупіравіром у таблетках для перорального прийому повинна починатись не пізніше ніж через п’ять днів після прояву симптомів захворювання по чотири таблетки (всього 800 мг) двічі на день протягом п’яти днів і здійснюється під контролем лікаря. Препарат не показаний дітям, вагітним і жінкам, які годують груддю. При призначенні молнупіравіру слід передбачити використання контрацептивних засобів, а медичні установи повинні забезпечувати можливість тестування на вагітність та надання контрацептивів у місці надання допомоги [7].

Обидва препарати не можна застосовувати для профілактики COVID-19 і вони не є альтернативою вакцинації.

У січні-лютому 2022 року МОЗ України зареєструвало препарати молнупіравір та комбінацію нірматрелвір-ритонавір («Паксловід») для екстреного лікування COVID-19 [8, 9]. Препарати рекомендовано використовувати для пацієнтів, які мають хоч один фактор ризику: надмірну вагу, вік понад 60 років, цукровий діабет або хвороби серця.

І молнупіравір, і комбінація нірматрелвір-ритонавір включені до «живої» клінічної настанови «Клінічне ведення пацієнтів з COVID-19», затвердженої МОЗ України, яка була переглянута в серпні 2022 року [2]. Обидва препарати рекомендовані пацієнтам із нетяжкою формою COVID-19 з найвищим ризиком госпіталізації. Але зауважено, що «нірматрелвір-ритонавір є кращим вибором, оскільки він може мати більшу ефективність у запобіганні госпіталізації, ніж альтернативи, має менше занепокоєнь щодо шкоди, ніж молнупіравір; і його легше вводити, ніж внутрішньовенне введення» інших препаратів [2].

З лютого 2022 року молнупіравір («Lagevrio») став доступним в Україні, але його не можна купити в аптеках. Препарат розподіляється до закладів охорони здоров’я, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти можуть отримати ці препарати безпосередньо на прийомі у лікаря після проходження тестування на виявлення COVID-19. Сімейні лікарі першочергово призначають молнупіравір хворим на коронавірусну хворобу із груп ризику,

щоб запобігти розвитку важких форм захворювання.

Висновки та перспективи. Підсумовуючи отримані дані можна стверджувати, що Україна займає активну позицію в забезпеченні своїх громадян найсучаснішими ліками від коронавірусної інфекції, які дозволяють значно зменшити ризики не тільки смертності, але й госпіталізації хворих на COVID-19. Зважаючи на рекомендації МОЗ України необхідно якомога раніше звертатися до свого сімейного лікаря для діагностики та отримання сучасного лікування корона вірусної інфекції. Але потрібно завжди пам'ятати, що будь-яке лікування дорожче ніж профілактика!

Перспективним напрямом досліджень, на наш погляд, може бути вивчення доступності, структури, ефективності використання та частоти розвитку побічної дії (профілю безпечності) молнупіравіру та «Паксловіду» на першому (амбулаторному) етапі надання медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію різного ступеня тяжкості в Україні. Результати таких досліджень можуть стати в нагоді для оптимізації рекомендацій щодо фармакотерапії COVID-19.

Список використаних джерел:

1. Мінфін. Коронавірус в Україні. 2022. URL: index.minfin.com.ua/ua/reference/corona virus/ukraine/ (дата звернення: 26.12.2022).

2. Клінічне ведення пацієнтів з COVID-19. «Жива» клінічна настанова. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_kn_covid-19.pdf (дата звернення: 26.12.2022).

3. Real-world effectiveness of molnupiravir and nirmatrelvir plus ritonavir against mortality, hospitalisation, and in-hospital outcomes among community-dwelling, ambulatory patients with confirmed SARS-CoV-2 infection during the omicron wave in Hong Kong: an observational study. *Lancet*. Vol. 400, № 10359. P. 1213-1222.

4. Emergency use authorization (EUA) of paxlovid for coronavirus disease 2019 (Covid-19). *Fact sheet for patients, parents, and caregivers*. New York: Pfizer, 2022. URL: https://www.fda.gov/media/155051/download (Date of access: 26.12.2022).

5. Листок-вкладка – інформація для пацієнта URL: https://www.covid19oralrx.com/files/9_4_Reg-PIL-PX-2_0-GB-ukr_TP.pdf (дата звернення: 26.12.2022).

6. Comparative effectiveness of sotrovimab and molnupiravir for prevention of severe Covid-19 outcomes in patients in the community: observational cohort study with the OpenSAFELY platform / B. Zheng et al. *BMJ*. 2022. Vol. 379. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071932 (Date of access: 26.12.2022).

7. Molnupiravir. *COVID-19 Treatment Guidelines*. 2022. URL: https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/antivirals-including-antibody-products/molnupiravir/ (Date of access: 26.12.2022).

8. Ляшко В. Препарат «Паксловід» допущений до екстреного медичного застосування в Україні. 2022. URL: https://moz.gov.ua/article/news/preparat-pakslovid-dopuschenij-do-ekstrenogo-medichnogo-zastosuvannja-v-ukraini-%e2%80%93-viktor-ljashko (дата звернення: 26.12.2022).

9. Рябчун Ю. Кабмін додав «Молнупіравір» та «Ритонавір» до переліку засобів для лікування COVID-19. 2021. URL: https://suspilne.media/183596-kabmin-dodav-molnupiravir-ta-ritonavir-do-pereliku-zasobiv-dla-likuvanna-covid-19/ (дата звернення: 26.12.2022).

УДК: 59.938.363.6:61

Ящишина Ю.М., кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології,
Донецький національний медичний університет (Україна),
медичний психолог мобільної бригади
Державного закладу «Науково-практичний медичний
реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»,
м. Косів, Івано-Франківська область, Україна

БІОСУГЕСТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОРОТКОСТРОКОВОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Актуальність роботи. Війна в Україні має тяжкий вплив на здоров'я і психіку дітей. Гіркий досвід інших країн, які постраждали від збройних конфліктів свідчить, що війна спричиняє ризик розвитку багатьох довготривалих розладів психічного здоров'я у дітей і підлітків (тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, депресія, суїцидальні думки та наміри, психотичні розлади та інш.), психосоматичних проблем (порушення сну, вегетативні, самотоформні розлади тощо), поведінкових змін (напр., розлади адаптації, схильність до насильства, планування самогубства, схильність до залежної поведінки). Сьогодні важливо забезпечити дітям і підліткам в Україні доступність ефективної медико-психологічної допомоги та помогти позбутися відчуття небезпеки, пережити наслідки трагічних подій війни й повернутись до нормального фізичного, психічного та соціального функціонування. Тому виникає потреба у пошуку нових методів для надання ефективної короткострокової медико-психологічної реабілітації.

Мета дослідження – вивчити особливості психоемоційного стану дітей і підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни та визначити можливості його покращення за допомогою методу біосугестивної терапії (БСТ) як складової короткострокової медико-психологічної реабілітації дітей та підлітків.

Основні результати. Доведено, що саме рання психологічна допомога великій кількості дітей дозволяє впоратись зі стресом від війни і запобігти розвитку проблем й надалі, а у випадку, коли постраждали цілі країни та громади – першочерговим завданням є надання такої допомоги якомога швидше [1]. Діти, які отримують таку допомогу, у майбутньому рідше потребуватимуть спеціалізованого лікування. Як свідчать наукові дослідження, завдання психологічної реабілітації дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу від війни, принципово різні в залежності від часу травмівної події – безпосередньо після нього і кілька місяців потому [1-6, 10, 11]. Короткострокова реабілітаційна та абілітаційна допомога надається протягом перших тижнів або місяців після психотравми і може бути охарактеризована як медико-психологічна. Поширеним і надзвичайно ефективним засобом для нормалізації психічних станів у системі медико-психологічної реабілітації є психотерапія. Серед прийомів психотерапії для дітей і підлітків M. Tramer (1956), І.З. Вельвовський (1984), М.І. Буянов (1990), О.І. Захаров (1998), В.Л. Мінутко (1999), Б.Д. Карвасарський (2000) виділяють навіювання, сугестивну і біостресопсихотерапію як ефективний психотерапевтичний метод з давніх часів. Так, М.І. Йогіхес (1929) наводив такі форми лікування нервових дітей як групове виховання та спокійне лежання 1-2 рази на день тривалістю 10-40 хвилин. Нами був обраний метод біосугестивної психотерапії (БСТ), який є простим і водночас ефективним прийомом корекції психологічних, соматоформних та психосоматичних порушень, відновлення психосоматичного комфорту і доброго самопочуття. Автор методу – український психіатр, психотерапевт О.С. Стражний (1996). В Україні метод БСТ рекомендовано для корекції психологічних, соматоформних і психосоматичних порушень Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, Лігою психіатрів, психотерапевтів, наркологів,

неврологів і психологів України у Донецькій області, кафедрою військової психології Військового інституту Київського національного університету ім. Тараса Шевченка Міністерства оборони України. Наказом № 96 від 13 червня 2022 року Міністерство у справах ветеранів України включило метод БСТ до переліку психологічних/психотерапевтичних інтервенцій для психологічної реабілітації.

Метод біосугестивної психотерапії є модифікацією гіпнотерапії із застосуванням сугестії. В протилежність класичній гіпнотерапії, у даному методі сугестія є недирективною, людина може контролювати свій стан, все чути та бачити. Сеанси проводяться в індивідуальному та груповому форматах і мають переваги у простоті, не потрібно «психологічно» відкриватись, ефективно працює з психосоматичними розладами [8]. Для роботи використовується аудіозапис з голосом терапевта і текстом сеансу, що складається з терапевтичних сугестивних фраз-конструкцій під музику та рефлексотерапевтичним торканням пацієнтів. Завдяки цим конструкціям в процесі сеансу згасають болісні нервові процеси, відповідальні за уявлення про нездоров'я, посилюються нейронні зв'язки, активізуються приховані резерви організму і включаються процеси саморегуляції [9, с. 18].

Метод БСТ показав свою ефективність під час реабілітації військових, починаючи з 2014 року. З 2017 року під керівництвом проф. О.І. Осокіної та групи колег кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету (м. Краматорськ, Україна) було проведено низку досліджень, які показали ефективність методу для корекції наслідків стресу різної етиології [7]. Це підтвердили останні оригінальні клінічні дослідження колег під керівництвом проф. О.І. Губської (2022), А.М. Кожиної (2020, 2021), О.П. Венгер (2022) та інш. Метод БСТ може використовуватись як для дорослих, так і для дітей (О.С. Стражний, 2022).

З травня 2022 р. і по теперішній час ми надаємо медико-психологічну допомогу дітям і підліткам у складі мобільної бригади ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (керівник – проф., д.мед.н., заслужений лікар України О.А. Панченко) на базі спеціалізованого санаторію «Косів» в Івано-Франківській області. В санаторії проходять лікування та оздоровлення діти та підлітки, які приїжджають з дитячих будинків сімейного типу громад Дніпропетровської, Харківської, Херсонської та Донецької областей, що знаходяться в районах проведення воєнних дій.

Результати первинного психодіагностичного обстеження показали, що 84% обстежених мають ті чи інші порушення психологічного стану, у тому числі: порушення сну, нічні страхи, кошмарні сновидіння та часті нічні пробудження зустрічаються у 57%; вегетативні порушення відзначаються у 46%; підвищений рівень тривоги, страхи щодо війни у вигляді станів емоційних переживань, відчутті небезпеки спостерігається 25%. Психодіагностичне обстеження показало, що суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я обстежених дітей і підлітків мають соціальні чинники (у т.ч. складні життєві історії, ранній травматичний досвід, тривале перебування дітей далеко від дому, який знову залишили), що поєднуються із впливом стресогенних чинників війни. Так, під час дослідження 15% дітей відмітили, що відчувають себе в небезпеці та мають сильні страхи, пов'язані з війною: *«щоб нас не бомбили», «боюся літаків», «боюся за рідних», «у моєму місті скоро будуть бомбити», «сильно переживаю за татка, який на війні отримав осколкове поранення в голову», «боюся війни»*. А ось історія, яка трапилась тут і відображає психоемоційний стан дітей, які прибули з районів проведення воєнних дій: «*Місце, де ми знаходимось дуже мальовниче, воно розташоване в передгір'ї Карпат. Чудове повітря, гірська річка, ліс та усі умови для лікування та відновлення. Група дітей з вихователями пішли на прогулянку в ліс. Дорога проходила через село. Десь недалеко приїхала вантажна машина і висипала гравій. Діти не бачили машину, але почули звук, схожий, як їм здалося, на звук ракети. Реакція дітей була миттєвою – вони попадали на землю і прикрили свої голови руками».* Наші діти стали дітьми війни й потребують підтримки та психологічної допомоги!

За результатами первинної психодіагностики було зроблено психологічні висновки щодо психоемоційного стану дітей і підлітків та здійснено відбір груп для подальшої пси-

хокорекційної та психореабілітаційної роботи. Діти та підлітки, які мали характерний високий рівень ризику наявності певного клінічного симптомокомплексу (у т.ч. наявність ознак депресії, астенії, вегетативних розладів, порушення сну та порушення поведінки), пройшли короткострокову медико-психологічну реабілітацію шляхом БСТ. Було сформовано групи по 6-7 осіб, яким проведено до 8 лікувальних сеансів БСТ. Загальна кількість дітей і підлітків, які пройшли БСТ, склало 46 осіб.

З метою об'єктивного аналізу результатів за методом БСТ було зроблено початкові та кінцеві заміри за показниками клінічного тесту «Дитячий опитувальник неврозів» (ДОН, автори Седнєв В.В., Збарскін З.Г., Бурцев А.К.). Тест ДОН містить необхідні діагностичні шкали прояву шести аспектів невротичних розладів у дітей (депресія, астенія, порушення поведінки, вегетативні розлади, порушення сну, тривога). Кількісний аналіз отриманих даних показав, що у 89,5% спостерігається позитивна динаміка хоча б по одній шкалі й певні зміни протягом лікування. Так, після проведення БСТ відзначається суттєве зниження показників за шкалами «Порушення сну» – на 26%, «Депресія» відповідно на 22,3%, «Вегетативні розлади» – на 16,5%, «Астенія» – на 11%, «Порушення поведінки» – на 10,4%, «Тривога» – на 8,1%. Отримані показники свідчать, що після сеансів БСТ у жодного пацієнта не відмічалось показників високого рівня ризику клінічного симптомокомплексу, проте відзначалась нормалізація показників сну, покращення психоемоційного стану, зниження вегетативної симптоматики, ознак депресії, порушення поведінки.

Крім того, для оцінки результатів додатково використовувалась методика «Термометр відчуттів». Учасникам пропонувалось оцінити свій емоційний стан до та після сеансу. На «Термометрі відчуттів» емоційні стани умовно знаходяться у чотирьох зонах – «зеленій», «жовтій», «помаранчевій» і «червоній». Отримані результати наступні: до початку сеансів учасники відмічали свої емоційні стани в усіх чотирьох зонах (від зеленої до червоної). У процентному відношенні до початку сеансу ці результати розподілились так: у «зеленій зоні» відчувало себе 31%, «жовтій» – 37%, «помаранчевій» – 19%, «червоній» – 13% осіб. Після проведення сеансів емоційний стан дітей та підлітків змінювався наступним чином: у 75% осіб емоційний стан опинився в «зеленій» зоні, у «жовтій» – 19%, а у «помаранчевій» лише 6% осіб. У «червоній» зоні ніхто з учасників не відчував себе. Ось деякі отримані відгуки наших пацієнтів: за опитуванням 96% учасників відзначають, що *«розслабляють музика і Ваші слова», «з'явилось багато енергії», «дуже розслабився», «хочу бігати, весела», «покращився настрій», «почала висипатись», «перестали снитись погані сни», «сплю міцно», «не потіють долоні», «розслабився живіт», «немає напруги в тілі», «стає легше, відчуття, що немає війни і як вдома».* Як бачимо з відгуків, що сеанси БСТ позитивно вливають не тільки на психоемоційний стан, але й на фізичне самопочуття учасників.

Як вже зазначалось, сеанси БСТ передбачають і рефлексотерапевтичне торкання пацієнтів. Хотілось би відмітити, що діти та підлітки дуже позитивно сприймали рефлексотерапевтичне торкання терапевта: *«дуже приємно», «відчув свою голову, легше стало», «доторкніться ще і до моєї іграшки», «не пропустіть мене», «незвично, але приємно», «перестав боліти живіт», «легкість в грудях, там, де душа», «почуваюся як вдома».* Під час сеансів цікаво було спостерігати за окремими дітьми, коли вони тихенько повторювали текст, який звучав з динаміка голосом терапевта. Особливо улюбленою є фраза *«… повітря виходить і розчиняється, виходить і розчиняється»*. Саме в цей час терапевт кладе руку на грудну клітку і більшість з дітей на перших сеансах довго тримали та не відпускали руку терапевта, вкладаючись калачиком на стільці. А наприкінці курсу БСТ майже усі діти повторювали, навіть раніше терапевта, посміхаючись, кінцеву фразу конструкції сеансу: *«Будьте здорові і будьте щасливі!»*. Це також свідчить про сугестивний психокорекційний вплив.

Зараз, під час війни, дітям набагато більше необхідні емоційна підтримка і тілесний контакт від людей, яким довіряють. Ще більш важливим це є, як у нашому випадку, для дітей і підлітків з дитячих будинків сімейного типу, які до того ж мають ознаки депривацийного синдрому (материнської, емоційної та сенсорної депривації), свої травмівні сімейні історії та досвід. Тому такий лікувальний вплив під час сеансів БСТ є додатковим потужним

ресурсом для розвитку відчуття безпеки та відновлення психічного і фізичного здоров'я.

Висновки та перспективи. Отримані результати свідчать про позитивний вплив на психоемоційний стан дітей і підлітків та мають позитивну динаміку завдяки такому засобу медико-психологічної реабілітації як БСТ. Клінічний ефект використання БСТ характеризувався покращанням сну, позитивним впливом на емоційний стан, зниженням вегетативних дисфункцій. Проведені медико-психологічні заходи реабілітації шляхом БСТ позитивно вплинули на психічне і фізичне здоров'я дітей і підлітків та підтвердили ефективність застосування психокорекційних заходів і можуть слугувати робочим інструментом медико-психологічної реабілітації у професійній діяльності медичного психолога.

Список використаних джерел:

1. Діти і війна. Навчання технік зцілення. Для дітей віком від 8 до 18 років / Патрік Сміт, Атле Дирeтов, Вільям Юле / переклад з англ. О. Антонишин; наук.ред. Катерини Явної. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2022. 108 с.

2. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н.В. Пророк, С.А. Гончаренко та ін.; за ред. Н.В. Пророк. Слов'янськ: ПП «Канцлер», 2015. 84 с.

3. Іванова О.Л., Пінчук І.Я., Хаустова О.О., Степанова Н.М., Чайка А.В., Пінчук А.О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту /за ред. О.Л. Іванової. URL: http://zn–upszn.at.ua/DOK/ methodic.pdf.

4. Кабанцева А.В., Корнєєва О.Л. Підтримка дитини в умовах емоційного напруження: навчально-методичний посібник. К.: КВІЦ, 2018. 136 с.

5. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Біла І.М., Лазос Г.П. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / ред. З.Г. Кісарчук. К., 2015. 23 с.

6. Кондратенко Л.А. Влияние травматического стресса на учебные способности ребенка // Technologies of Shaping and Enhancing Health of Human and Society: monograph. – Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. P. 31-36.

7. Осокина О.І., Удод А.А., Ивнев Б.Б., Селезнёва С.В., Путятин Г.Г., Ушенин С.Г. О возможности биосуггестивной терапии при коррекции болевого синдрома в психоневрологии и стоматологии. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25, випуск (25). С 73-79.

8. Стражний О.С. Біосугестивна психотерапія. Навчальний курс для лікарів і психологів / Практичний посібник для фахівців з БСТ. К., 2021.

9. Стражний О.С. Метод біосугестивної терапії для корекції і лікування психосоматичних розладів. *Альманах гіпнології і психології*. 2019, № 1 (2).

10. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among schoolage Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015. Vol. 85 (1). P. 72-79.

11. Parker K., Hallingberg B., Eriksson C., Ng K., Hamrik Z., Kopcakova J., et al. Joint Family Activities and Adolescent Health and Wellbeing: Further Considerations Following the War in Ukraine. *Journal of Adolescent Health*. 2022. 71 (1). P. 132-133.

UDC: 577.125.8:616-008.9(-053.5):574.2:546.815

Hnidoi I.M., Ph.D.,
Associate Professor
of Department of Internal Diseases,
Faculty of Medicine and Public Health,
International Humanitarian University
Odesa, Ukraine

OXIDATIVE-ANTIOXIDANT IMBALANCE IN CHILDREN WITH INCREASING BLOOD LEAD CONCENTRATION

Underground. Lead is a widely used metal found in many compounds and products and which can give rise to life-threatening poisoning and long-term negative effects on health [1]. Children are particularly vulnerable [1-4]. Exposure to lead results in pro-oxidant/antioxidant imbalance and can act as an intermediate in the formation of an oxidative stress state [5-7]. The data regarding lead exposure and oxidative-antioxidant status in children are limited in Ukraine [8].

The aim of the study was to examine the association between blood lead concentration (BLC) and oxidative-antioxidant status in Ukrainian children.

Main results. Data from 50 children were included in the study. The age of the children ranged from 7 to 15 years. The children underwent a rehabilitation course in the conditions of a children's sanatorium in Odesa and made up a random sample. The inclusion of children in the study was carried out subject to the informed consent of the parents of the children after providing detailed information on the procedure and purpose of the work.

Determination of lead was carried out in heparinized venous blood by the method of atomic absorption spectrometry with electrothermal atomization. The activity of lipid peroxidation (LPO) processes was estimated by accumulation of primary (diene conjugates – DC) and final (malonic dialdehyde – MDA) products of lipoperoxidation in the blood. The state of the antioxidant system (AOS) was evaluated by glutathione peroxidase (GPO) activity and by the content of sulfhydryl and thiol-disulfide groups of blood.

To determine the dependence of LPO-AOS indicators on the level of lead in the blood, children were divided into 4 groups:

1) group with lead content up to 49 μg/l, n = 22; 2) group with lead level from 50 to 99 μg/l, n = 11; 3) group with lead level from 100 to199 μg/l, n = 11; 4) group with lead level more than 200 μg/l, n = 6. The first group was a control.

It is known that not only the blood lead level can affect the studied indicators, but also age of children, diseases they suffered, can affect. To establish homogeneity according to these factors of the selected groups of children, the χ^2 test was calculated. This method, which also called «analysis of proportions», allows to provide statistically evenness or unevenness of the distribution of certain features in groups. Rating χ^2 calculations showed that the groups were homogeneous, hence the differences in the oxidative-antioxidant status could be explained in this case only by a different blood lead level.

The obtained data were subjected to statistical processing using the t-test. The degree of reliability was calculated based on the values of M, m, and n.

Results are in table 1. The lowest values of pro-oxidant indicators were in the first group of children with the lowest levels of lead in the blood, up to 49 μg/l.

In the group of children with a blood lead content of 50 to 99 μg/l, there were tendencies to change the studied indicators compared with the indicators of the first group. Thus, the content of diene conjugates had a pronounced tendency to increase by almost a quarter. The concentration of sulfhydryl groups increased by 1.5 times, disulfide groups – by 1.8 times. Changes in the thiol-disulfide system even reached a degree of certainty. In the same group, there was a tendency to reduce the activity of the enzyme of antioxidant protection – GPO – by about 25%.

Table 1

Indicators of the LPO-AOS system in children of different groups, M±m

Indicators	Groups of children			
	1	2	3	4
DC, μmol/l	16.36±1.21	20.46±1.71	40.82±3.80*	48.83±3.07*
MDA, μmol/l	134.50±8.81	144.46±11.92	191.73±13.11*	212.33±25.72*
GPO, μmol/l/sec	14.90±0.77	11.84±1.75	10.81±0.93*	11.53±0.43*
SH-groups, μmol/l	0.60±0.07	0.93±0.15*	0.91±0.13*	1.11±0.31*
S-S-links, μmol/l	0.20±0.03	0.36±0.09*	0.67±0.15*	0.81±0.36*
SH/SS index	2.94	2.55	1.35	1.37

Note.* - The difference is significant ($p<0.05$) with the indicators of the first group.

In the groups of children with a lead content in the blood of more than 100 μg/l, there was a significant difference from the first group of almost all indicators. The content of the initial products of LPO (DC) increased in the third group by 2.5 times, in the fourth group – by 3 times. The level of final lipoperoxidation products (MDA) was increased by 1.4 times in the third group and by 1.6 times in the fourth group.

In parallel, the content of free sulfhydryl groups of blood proteins increased. In the third group, it was 1.5 times more compared to the indicator of the first group, in the fourth group – almost twice as much. The number of disulfide bonds was increased by 3 and 4 times, respectively.

Thus, with increasing accumulation of lead, DC values increased. Similarly, MDA values also increased. In parallel, the indicators of the thiol-disulfide system of antioxidant protection also increased. Obviously, it was to repair the balance prooxidants and antioxidants in children organism.

But a compensatory increase in the indicators of AOS was revealed, presumably, is not enough. Because the SH/SS ratio decreased while the LPO indicators increased, and the level of lead increased.

This assumption was confirmed by antioxidant activity of enzyme glutathione-peroxidase, which was decreased, despite for activation in the chain of prooxidants (see table 1).

Our study findings confirmed the previously established association of BLC with pro-oxidant/antioxidant imbalance [5-7]. It is known that oxidative stress may be a primary mechanism associated with toxicity of lead [7]. Most importantly, a high index of suspicion is needed since there may be no symptoms or overt clinical signs in those with mild disease [9]. It is better at this stage to break the chain of pathological changes than to wait until they are implemented in the clinical picture. They can lead to brain disorders, resulting in reduced IQ, learning difficulties, reduced attention span and some behavioural problems [10]. No wonder WHO recommends starting clinical intervention for children ≤ 10 years with BLC ≥ 5 μg/dL, regardless of the presence or absence of clinical manifestations of lead intoxication [1]. As a result, public health programs have evolved to meet the challenge of eliminating lead exposures at lower levels [2]. The BLC threshold (referred to as the 'public health intervention concentration') at which public health action is recommended in the USA, Australia, France, England has also reduced to ≥ 5 μg/dL [8]. Our research is consistent with these approaches. However, more studies are needed to clarify the relationship between oxidative stress biomarkers and blood lead concentration in Ukrainian children. Additionally, it seems appropriate to study the passivity of strengthening the antioxidant protection system in the rehabilitation of such children. To do this, the WHO recommendations for clinical intervention using nutritional supplementation [1] will be considered.

Conclusions and perspectives:

1. When the BLC of children was increased, the activity of LPO also was increased.

2. Stabilization of redox balance in children with lead levels above the control occurred no longer at a minimum level, as in control, but at a higher level.

3. It leaded to a certain exhaustion antioxidant reserve of the body. In the future, this can be realized by the development of clinical manifestations of chronic lead intoxication.

4. In the rehabilitation of children with environmental lead lesions, a pathogenetically justified approach would be the correction of oxidative-antioxidant status.

References:

1. WHO guideline for clinical management of exposure to lead: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240036888.

2. Allwood PB, Falk H, Svendsen ER. A Historical Perspective on the CDC Childhood Lead Poisoning Prevention Program. Am J Public Health. 2022 Sep; 112 (S7): S635-S639. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307005. PMID: 36179298; PMCID: PMC9528639. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36179298/.

3. Nowak-Szczepanska N, Gomula A, Sebastjan A, Ignasiak Z, Malina RM, Kozieł S. Blood Lead Level and Handgrip Strength in Preadolescent Polish Schoolchildren. Toxics. 2022 Oct 27; 10 (11): 646. DOI: 10.3390/toxics10110646. PMID: 36355938; PMCID: PMC9693293. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36355938/.

4. Garí M, Grzesiak M, Krekora M, Kaczmarek P, Jankowska A, Król A, Kaleta D, Jerzyńska J, Janasik B, Kuraś R, Tartaglione AM, Calamandrei G, Hanke W, Polańska K. Prenatal exposure to neurotoxic metals and micronutrients and neurodevelopmental outcomes in early school age children from Poland. Environ Res. 2022 Mar; 204 (Pt B): 112049. DOI: 10.1016/j.envres.2021.112049. Epub 2021 Sep 11. PMID: 34520749. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34520749/.

5. Fahim YA, Sharaf NE, Hasani IW, Ragab EA, Abdelhakim HK. Assessment of Thyroid Function and Oxidative Stress State in Foundry Workers Exposed to Lead. J Health Pollut. 2020 Aug 19; 10 (27): 200903. DOI: 10.5696/2156-9614-10.27.200903. PMID: 32874759; PMCID: PMC7453815. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7453815/.

6. Wąsik M, Miśkiewicz-Orczyk K, Słota M, Lisowska G, Kasperczyk A, Bellanti F, Dobrakowski M, Błaszczyk U, Bułdak RJ, Kasperczyk S. Relationship between Postural Stability, Lead Content, and Selected Parameters of Oxidative Stress. Int J Mol Sci. 2022 Oct 23; 23 (21): 12768. DOI: 10.3390/ijms232112768. PMID: 36361558; PMCID: PMC9655670. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361558/.

7. Disalvo L, Cassain V, Fasano MV, Zar G, Varea A, Virgolini MB. Environmental exposure to lead and oxidative stress biomarkers among healthy children in La Plata, Argentina. Arch Argent Pediatr. 2022 Jun; 120 (3): 174-179. English, Spanish. DOI: 10.5546/aap.2022.eng.174. PMID: 35533119. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35533119/.

8. Tkachenko H, Kurhaluk N, Skaletska N, Maksin V, Osadowski Z. Elemental Status and Lipid Peroxidation in the Blood of Children with Endemic Fluorosis. Biol Trace Elem Res. 2021 Apr; 199 (4): 1237-1245. DOI: 10.1007/s12011-020-02243-3. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32557098; PMCID: PMC7886736. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32557098/.

9. Emond AM. Lead poisoning cannot be consigned to history books yet: new guidance to help us to reach that goal. Arch Dis Child. 2022 Apr; 107 (4): 313-314. DOI: 10.1136/archdischild-2019-318756. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35115296. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35115296/.

10. Olufemi AC, Mji A, Mukhola MS. Potential Health Risks of Lead Exposure from Early Life through Later Life: Implications for Public Health Education. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 30; 19 (23): 16006. DOI: 10.3390/ijerph192316006. PMID: 36498077; PMCID: PMC9741093. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36498077/.

UDC: 616.831-005.1-08-039.7+004

Marek K, M.A. of Physiotherapy
PhD Candidate
Assistant Lecturer
Department of Neurological Rehabilitation
Medical University of Łódź
Łódź, Poland
Miller E,D, Prof.
Head of Department of Neurological Rehabilitation
Medical University of Łódź
Łódź, Poland

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION IN POST-STROKE PATIENTS USING THE SENSOR-KINECT PROGRAM

Relevance of work. Stroke remains the third most common cause of death in Poland, after heart disease and cancer. It is the most common disorder of the central nervous system and the first cause of permanent disability for Poles over the age of 40 [1]. About 80-85% are ischemic strokes. The remaining cases involve cerebral hemorrhages - intracerebral and subarachnoid [2]. According to the National Stroke Association, the restoration of motor function and mental status in 10% of stroke survivors is almost complete, in 25% the loss of function is minimal, in 40% the functional and cognitive disability is moderate or severe, in 10%, due to the lack of ongoing rehabilitation, the patient requires long-term and comprehensive care [3]. Stroke increases risk of cognitive impairment by 5-8 [4].

The study was conducted on 32 post-stroke patients (18 women and 14 men). The patients were divided according to the ward they were admitted to at the III Karol Jonscher Municipal Medical Center in Lodz – the day rehabilitation ward (6 women and 10 men) and the neurological rehabilitation ward (12 women and 4 men). The control group was a group of 10 healthy students without diseases of the central nervous system (5 women and 5 men) of the second year, second degree of physiotherapy at the Medical University of Lodz. A cognitive function test was conducted on the Microsoft Sensor Kinect – Neuroforma platform for neurorehabilitation. Patients were engaged in three games – math tasks (addition, subtraction, multiplication, division), polonics tasks aimed at correct syllable choice and color recognition. Each game lasted a maximum of three minutes. There were 10 puzzles in a round. During each game, time and the number of mistakes made were counted. Patients participating in the study could choose a position depending on their ability to solve the puzzles – standing/sitting. In addition, it was checked whether the side of the body limited by the effects of stroke was engaged during the game. The study used a diagnostic survey method – a personal questionnaire for post-stroke patients – and the Repta Functional Index to assess the level of quality of life.

Goal. The primary objective of the study was to evaluate the effectiveness of rehabilitation and analyze the return of cognitive function in post-stroke patients using the Sensor Kinect program at the 3rd Karol Jonscher Municipal Medical Center in Lodz, Poland. The secondary objective of the study was to assess the level of quality of life using the Repta functional index.

The main results:

1. In Group I, stroke was more common in men (62.5%) than in women (37.5%), in contrast to Group II, where stroke was more common in women (75%) than in men (25%).

2. In Group I, those aged 65+ were significantly more (68.75%) than those aged 55-65 (31.25%), in Group II, those aged 65+ (87.5%) were significantly more than those aged 55-65 (12.5%).

3. The vast majority of Group I subjects underwent a stroke more than a year after the study (81.25%). Half of the subjects in Group II experienced a stroke less than a month ago, followed by

a large majority about 3 months ago.

4. The most common stroke was the ischemic type (93.75%), and in Group II also more than half of the strokes occurring were of the ischemic type (81.25%).

5. In Group I, the most common localized side with a stroke focus was the right side of the brain (62.5%); in Group II, both the left and right sides of the brain were affected by a stroke focus with the same frequency (50%).

6. Half of the subjects in group I had undergone only one stroke in their lifetime (50%), followed by the most common occurrence of two strokes (37.5%); in group II, more than half of the subjects had only one stroke in their lifetime (56.25%), followed by the most common occurrence of two strokes (31.25%).

7. 15 subjects in group I had comorbidities (93.75%), the most common comorbidities were hypertension (66.7%), diabetes (25%), depression (6.6%), in group II most patients had comorbidities (81.25%), the most common comorbidities were hypertension (61.5%) and diabetes (38.5%).

8. In group I, respondents most often indicated their level of physical activity as low (43.75%), followed by high (31.25%), and finally medium (25%), in group II, respondents most often indicated their level of physical activity as low (81.25%), followed by medium (12.5%), and low (6.25%).

9. Patients in the neurological rehabilitation unit took the longest time to solve the task compared to patients in the day rehabilitation unit and the control group. They solved the task mathematically with an average of 147s, while patients from the day unit obtained an average score of 130s. The control group solved the math task in 78s on average. Patients admitted to the neurological rehabilitation unit solved the polonics task in 152s on average, compared to patients from the day rehabilitation unit, who achieved an average score of 132s. The control group solved the polonics tasks in 99s on average. Polonics tasks were therefore solved the longest by patients in all the study groups. There was a 15% difference in task performance between patients in the neurological rehabilitation unit and day rehabilitation. Patients solved the tasks in the color game the fastest. Patients from the neurological ward finished in an average of 76s. While those admitted to the day ward completed in 61s. The control group solved the game in 34s on average. For this game, the difference in solved time decreased in absolute numbers, but increased in percentage terms. Comparing patients from the neurological rehabilitation unit and the day rehabilitation unit, the difference is 15s, or 24%.

10. Patients from the neurological rehabilitation unit fared the worst in terms of the number of errors made in all the games conducted on the Sensor Kinect platform. They obtained an average of 2.81 errors from the math game, 2.75 errors from the polonics game and 0.69 errors from the color game. Comparatively, patients from the day rehabilitation unit made an average of 2.18 errors from the math game, 2.06 errors from the polonics game and 0.31 errors from the colors game. Patients in the neurological rehabilitation unit therefore made an average of 28.5% more errors in math tasks than patients in the day rehabilitation unit. The difference in polonics tasks was 33%, and in color tasks it was as much as 120%. The math tasks proved to be the most difficult for both groups, but the color task had the largest differences – up to 4 times greater than the other games. The control group did not make any error in solving the tasks.

11. The two groups had similar variation in performance between task completion time and the number of errors made – ranging between 67s and 179s and between 0 and 7 errors, respectively. For both groups, the trend lines are positively sloped. There is a positive relationship between the passage of time and the number of errors made by patients. The slope of the trend line is = 0.05. In the study group, the specified limit is 85 seconds. For patients in the neurology department, the correlation is lower at 0.02, but it is still unambiguously positive. The R2 coefficient is 56% for the day rehabilitation unit group.

12. The relationship between task time and the number of errors made is positive for both groups. The slope of the trend line for the patients of the neurological rehabilitation unit is 0.026, and for the day rehabilitation unit is 0.02. The fit of the trend line to the variables is lower than that

of the mathematical game.

13. The trend lines in the linear dependence of making mistakes in the game colors in both groups are positive. The largest difference in the slope of the trend line also appears, which follows the largest difference in performance for the two groups described above. The slope of the trend line for patients in the day rehabilitation unit is 0.03, and for the neurological rehabilitation unit is 0.005.

14. Patients from the neurological rehabilitation unit scored lower on average than patients from the day rehabilitation unit. Patients from the day rehabilitation unit scored an average of 87 on the Repta functional index. Respondents in the neurological rehabilitation unit scored an average of only 60 points. Analyzing the data, we observe that the first group of patients from the day rehabilitation unit describe the level of their quality of life as higher, as evidenced by the 27-point difference in scores between the two groups. All subjects in the control group scored the maximum number of points.

15. Patients in the day rehabilitation unit chose standing positions most often to perform games (56%). Sitting positions were chosen by 44% of respondents.

16. Patients in the neurological rehabilitation unit mostly chose sitting positions to conduct the games (62.5%). Only 37.5% asked for the option of a standing position to carry out the task.

17. A noticeable majority of patients in the day rehabilitation unit had no problem activating the weaker side affected by the paresis (69%). Only 31% of patients used only the side of the body that was not paresis during play.

18. Among patients from the neurology department, the predominant choice was the sitting position for solving games (69%). Only 31% percent of respondents indicated standing positions as the desired position for conducting games.

Conclusions:

1. Cognitive functions after a stroke deteriorate.
2. The longer the time for stroke patients to solve the game, the more mistakes made.
3. The level of quality of life after a stroke deteriorates.
4. With the passage of time, cognitive functions do not return to a satisfactory level.

References:

[1]. Konkel, M., Drozd, A., Nowacka-Kłos, M., Hansdorfer-Korzon, R., & Barna, M. (2015). Zespół pomijania stronnego u pacjentów po udarze mózgu – przegląd metod fizjoterapeutycznych. In Forum Medycyny Rodzinnej (Vol. 9, No. 5, pp. 405-415).

[2]. Zhang, J., Song, Y., Shan, B., He, M., Ren, Q., Zeng, Y., ... & Xu, J. (2018). Elevated level of D-dimer increases the risk of stroke. Oncotarget, 9(2), 2208.

[3]. Starosta, M., Redlicka, J., Brzeziański, M., Niwald, M., & Miller, E. (2016). Udar mózgu – ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. Pol Merkuriusz Lek, 41(241), 39-42.

[4]. Kulesh, A., Drobakha, V., Kuklina, E., Nekrasova, I., & Shestakov, V. (2018). Cytokine response, tract-specific fractional anisotropy, and brain morphometry in post-stroke cognitive impairment. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 27 (7), 1752-1759.

УДК: 616.61-007-053.1-091/-092-07-08

Nikitina N.O., Ph.D, Associate Professor,
Kukushkin V.N., Ph.D, Associate Professor,
Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics
Brailovskiy B.Y., Lecturer,
Department of Surgery,
International Humanitarian University
Odesa, Ukraine

HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Background. The detection of congenital malformations of the urinary system in children is very relevant due to the high frequency (35-40% of defects of all organs and systems), progressive course, disability in early childhood due to infection and the further development of chronic renal failure [1; 3]. Hydronephrosis is a persistent progressive expansion of the pyelocaliceal system of the kidney, manifested by a violation of the passage of urine, atrophy of the kidney parenchyma and a progressive deterioration in its functions.

In the International Classification of Diseases – Xth review, congenital hydronephrosis is coded as Q 62.0. The concept of hydronephrosis was first introduced by P. Rayer (1841). Hydronephrosis is one of the most common malformations of the urinary organs of childhood, which accounts for more than half of the anomalies of the genitourinary system [1; 4; 6]. Anomalies of the urinary tract are diagnosed antenatally in 2-9 cases per 1000 live births, of which 50-87% is fetal hydronephrosis (both physiological and pathological). Postnatal detection is 2.8 cases per 1000 newborns. Left-sided hydronephrosis is more common, in 20-39% – bilateral, while in boys it occurs 2-3 times more often. A woman's history of pyeloectasia (PE) of the fetus increases the risk of recurrence by 6.1 times [1; 6]. However, it is known that antenatally detected hydronephrosis can be regarded as physiological, and in 41-88 % of cases it can disappear spontaneously [1; 3; 5; 6; 8].

Hydronephrosis is inherited in an autosomal dominant manner [1; 3]. The causes of pathological hydronephrosis are different obstructions: narrowing of the pelvic-ureteral connection (10-30%), compression of the ureter by blood vessels, embryonic cords and adhesions; neurogenic dysfunctions of the urinary system, etc. However, after birth, narrowing of the uretero-vesical segment, vesicoureteral reflux (7.3% to 11.3%), and posterior urethral valve are more often diagnosed [1; 5; 6].

Hydronephrosis is detected also in cases of genetic syndromes: Down, Patau (37%), Edwards (18%), Turner (8%) and triplodia (4%), in almost half of the children it is combined with megaureter and other urological anomalies [1].

Aim of study. To figure out the main principles of prenatal diagnostics, tactics of management of pregnant woman and fetus in case of hydronephrosis, postnatal treatment and prognosis, basing on literature review and own data.

Results. In the prenatal period, a number of authors propose to consider an increase in the anterior-posterior size of the renal pelvis by more than 5 mm in the second trimester and more than 8 mm in the third trimester as pyeloectasia, and more than 10 mm should be regarded as hydronephrosis, regardless of the gestational age [1; 7]. There are different classifications of fetal hydronephrosis, including the one adopted in 2014 after an interdisciplinary consensus of eight academic societies [1; 6]. In our opinion, the most successful of them is further. According to the classification of intrauterine hydronephrosis, 5 degrees are distinguished.

At grade I, there is physiological dilatation, in which the antero-posterior size of the renal pelvis does not exceed 1 cm, the calyces and the cortical layer are not changed. At the II degree, the antero-posterior size reaches 1.5 cm with a normal structure of the calyces and the cortical layer. At the III degree, the antero-posterior size exceeds 1.5 cm, the calyces are slightly expanded, the cortical layer is not changed. Grade IV is characterized by an increase in the antero-posterior

size of more than 1.5 cm, a moderate expansion of the calyces, and a slight change in the cortical layer. Grade V is characterized by an increase in the antero-posterior size of more than 1.5 cm, a significant expansion of the calyces, and atrophy of the cortical layer.

When conducting ultrasound, important aspects are the presence of a megaureter, an assessment of the condition of the urinary bladder, and the volume of amniotic fluid. In order to clarify the prognosis, it is advisable to determine the sex of the fetus, because in male fetuses, pyeloectasia is more often transient. The prognosis also depends on the location of the defect: after birth, it persists more often with a unilateral (47%) process than with a bilateral (26%) [4; 5; 6; 8; 9].

The tactics of pregnancy and delivery depends on the presence of combined and chromosomal abnormalities, the results of prenatal karyotyping and the state of the fetoplacental complex [1; 2; 6].

Pyelectasia refers to the «soft» ultrasound signs of chromosomal abnormalities, including Down's syndrome (25%). At the same time, the correlation of this defect with trisomy 21 has not been definitely established. Snijders and K. Nicolaides believe that the overall incidence of chromosomal abnormalities among fetuses with PE is 8%, with an isolated lesion – 2%, and in the presence of combined ultrasound abnormalities – 33%. Therefore, some authors do not classify isolated PE as echographic marker of chromosomal abnormalities and do not recommend prenatal karyotyping in this pathology, since the probability of detecting Down syndrome is too low – 1:340. However, there is a proven dependence of the frequency of chromosomal abnormalities on the number of ultrasound markers of congenital malformations. Identified isolated pyelectasia increases the probability of having Down syndrome by 1.5 times, one combined anomaly – by 15 times, two – by 46 times, three or more – by 56 times. Given the above, we believe that prenatal karyotyping is justified in cases of a combination of pyelectasis with other echographic signs and risk factors for congenital malformations.

The prognosis is determined by the timing of detection and the degree of PE. Pyelectasia detected in the early stages and persisting throughout the entire period of gestation, as well as a high degree of its severity, in the postnatal period are accompanied by significant changes in kidney function. With moderate isolated PE, the frequency in children from 2 months up to 13 years is 4.8%. Prenatal detection of the expansion of the renal pelvis requires mandatory ultrasound dynamic observation of the anomaly and the state of the fetoplacental complex. Literature data on the dynamics of PE during pregnancy and in the postnatal period are contradictory and indicate the preservation of PE throughout pregnancy in 70% of cases, spontaneous prenatal disappearance of the anomaly – from 10 to 31% of cases, progression with increasing gestational age – from 20 to 27.6% of cases.

With the progression of PE in the III trimester, the «dying off» of the kidney with a further absence of its functioning is possible. With the disappearance of severe hydronephrosis (35-50 mm) at the beginning of the third trimester, prenatal wrinkling of the kidney can be expected [1; 2; 5; 6]. With hydronephrosis diagnosed prenatally, intrauterine operations are indicated to eliminate it, which allows preserving the kidney tissue until the onset of an irreversible stage of its destruction.

The combination of PE with other anomalies may be an indication for termination of pregnancy up to 22 weeks [1; 8], and the intrauterine operation will prevent irreversible destruction of the kidneys. Early delivery may be necessary if isolated hydronephrosis is combined with oligohydramnios and antenatal fetal distress.

In a postnatal period, in the absence of obstruction, the symptoms of congenital hydronephrosis are mild (enuresis, abdominal pain of uncertain localization, arterial hypertension) and it is diagnosed during ultrasound, when signs of urinary infection, proteinuria, hematuria, pyuria are detected. In the presence of obstruction, the disease may debut with renal colic. When combined with a megaureter, congenital hydronephrosis may not be accompanied by an obstruction of the outflow of urine, and then it remains undetected until infection or manifests itself as enuresis. Infection accelerates the development of renal failure with all its characteristic symptoms [1; 6].

Early neonatal and postnatal diagnosis consists in the detection of micro- and macrohematuria, proteinuria in the urinary sediment, and in case of infection - bacteriuria and neutrophilic leukocyturia. Instrumental studies (screening ultrasound echotomoscopy, excretory urography, voiding cystourethrography, radioisotope renography, dynamic scintigraphy, CT and MRI with angiocontrast) are carried out to resolve the issue of the need for surgical correction. The tactics of managing a patient with congenital hydronephrosis is determined by the degree of hydronephrosis, the presence of obstruction and associated developmental anomalies. Treatment of hydronephrosis grades III and IV is surgical, aimed at restoring the passage of urine and preventing the progression of renal failure, which avoids nephrectomy [1; 2; 4; 8].

Conservative therapy of pyelonephritis is carried out for a long time and persistently, the treatment is also aimed at reorganizing foci of chronic infection and general strengthening of the body.

Conclusions. The prognosis depends on the degree of antenatal hydronephrosis, the timeliness of surgical treatment, the presence of concomitant malformations and complications [1; 5; 6]. In most cases, antenatal hydronephrosis resolves by birth, more than 80% of patients with asymptomatic mild (grade I-II) hydronephrosis stabilize by 1 year of age, and vesicoureteral reflux may resolve spontaneously by 4 years. The effectiveness of the operation depends on the degree of hydronephrosis and the activity of the urinary tract infection. Continuous long-term antibiotic therapy is highly effective in 50-95% of cases [1; 5; 6; 8].

Prevention of the birth of a child with congenital hydronephrosis consists in prenatal diagnosis of hydronephrosis during ultrasound screening of pregnant women at the 18th – 22nd weeks of pregnancy and in the detection of antigens A9, B12, B35 in future parents with HLA typing. Early diagnosis of hydronephrosis makes it possible to prevent the development of complications and optimize the prognosis of the disease by timely correction of the anomaly and adequate conservative therapy [1; 4; 5; 6; 8].

Literature:

1. Никитина Н.А., Калашникова Е.А., Галич С.Р., Сочинская Т.В. Диагностика, клиника, лечение и прогноз при гидронефрозе почек. // Інтегративна Антропологія. – 2018. – № 1 (31). – С. 60-63.

2. Протоколи лікування дітей зі спеціальності «Дитяча урологія»: Наказ МОЗ України № 624 від 29.12.2003 р.

3. Шевчук Д.В., Волошин П.І. До питання відведення сечі при вродженому гідронефрозі в дітей. Здоровье ребенка. 2016. № 5 (73). С. 147–153. DOI: http://dx.doi.org/10.22141/2224-0551.5.73.2016.783192007. № 3 (6). С. 109-111.

4. Capolicchio JP, Braga LH, Szymanski KM. Canadian Urological Assoiation / Pediatric Urologist of Canada guideline on the investigation and management of antenatally detected hydronephrosis. Can. Urol. Assoc. J. 2018; 12: 85-92.

5. Outcomes of Isolated Antenatal Hydronephrosis at First Year of Life / M. Orabi et al. Oman Med J. 2018, Mar. № 33 (2). P. 126-132. DOI: 10.5001/omj.2018.24.

6. Pediatric congenital hydronephrosis (ureteropelvic junction obstruction): Medical management guide / M. Kohno, T. Ogawa,Y. Kojimaet al. Int. J of Urol. 2020, May, V. 27, I.5 P. 369-376. doi.org/10.1111/iju.14207.

7. Percent improvement in renal pelvis antero-posterior diameter (PI-APD): Prospective validation and further exploration of cut-off values that predict success after pediatric pyeloplasty supporting safe monitoring with ultrasound alone / M. Rickard et al. J Pediatr Urol. 2016, Aug. № 12 (4). P. 228. e1-6. DOI: 10.1016/j.jpurol.2016.04.003. Epub 2016 Jun 3.

8. Predictive factors of the outcomes of prenatal hydronephrosis / P. Bragagnini et al. Arch Esp Urol. 2016, Dec. № 69 (10). P. 680-690.

УДК: 616.711-007.55-007.74-07-053.2

Professor ZBIGNIEW ŚLIWIŃSKI MD, PTD
Jan Kochanowski Uniwersity in Kielce
Menager of Physiotherapy Center in Zgorzelec
Director of the Physiotherapy Institut in Kielce
Poland

THE EVALUATION OF THE CHOSEN PARAMETERS OF THE BODY POSTURE IN CHILDREN WITH THE SCOLIOSIS – OWN MATERIALS

Introduction. Treatment of children with scoliosis requires the monitoring and evaluation of the parameters of a body posture.The raster stereography method, due to its harmlessness for the child, can be used at any time to observe the therapy progress.

Types of scoliosis

• Functional.

• Structural (generated by bone illness,generated by nerve illness, generated by muscle illness, idiopathic).

Scoliosis prevalence.

Idiopathic scoliosis 80-90%.

Other scoliosis 10-20%.

Scoliosis and respiratory system.

Deformations in spine structures (caused by scoliosis) induce pathology in thoracic cage elements. Changes in vertebro-rib joint movements and lateral trunk inclination lead into the patological arrangement and change in location of particular ribs during breathing.

Increased size of scoliosis causes the slip of the capacity of thoracic cage. The functions of the constricted lung must be taken by the other lung which can very often result in partial emphysema. It leads to pathology in proper breathing (eupnea). Abatement of ventilation rates is proportional to the increase of scoliosis size.

Scoliosis treatment

• Surgery.

• Conservative treatment.

– Other methods of physiotherapy (Kinesiology Taping).

– Physiotherapy (Therapy by physics energies, Massage, FED Therapy).

– Orthopedic procurement.

Fed methode in action:

Fixation (tridimensional fixation of the spine). Previous subaxillary and ventral subjection and suspension in the FED system.

Elongation: Weight of the patient + gravity.

Desrotation, inflexion-inversion of the curves by pressure.

The apparent short leg

The change of the location of the pelvic bones in relation to each other causes pathological muscle tension.

When the right leg is seemingly shorter, lumbar spine performs compensatory bend on the opposite side towards the seemingly longer leg.

Contracture of the psoas muscle major and minor and iliacus leads to a reduction in the body trunk and causes an apparently short leg.

The movement causes the muscle response on the right side of the body and lift the right part of the pelvis and leg upwards, to regain normal muscle tone.

On the left side increases muscle tone, which is offset by compensatory turning left pelvic bone to the front and top.

Diagnosis of Scoliosis:

• X-ray of the hip plates and hips.

• Cobb Test.
• Raimondi Test.
• Risser Test.
• Depth measurement of kyphosis and lordosis.
• The choice of the type of King Mou's Classification.

Raimondi Test.

Healthy human spinal pedicula shadows are symmetrical and equidistant from the sides of the vertebral body.

The arrangement of these pediculas or rather their shadows visible on X-ray show us the degree of rotation of vertebrae.

Risser Test.

Understanding the bone age of patients affected by scoliosis is very important because the development of curvatures and treatment will depend on this age.

Iliac crest ossification begins from the anterior superior iliac-top and progresses towards the rear of the upper iliac spine to the final stage when the ilium joins the sacrum.

Iliac crest divided into four parts. Risser established five stages of progressive ossification.

Material and Methods.

We evaluated 140 children with idiopathic scoliosis treated by the method of the FED at the Physiotherapy Center in Zgorzelec.

Children were evaluated using 4D DIERS Formetic III at the beginning and the end of the monthly stay.

Some of the respondents were evaluated after a six-month period of rehabilitation by the FED.

One of the parameters that were selected to assess the progress of therapy is the torso area rotation compared in the X-ray and DIERS examination.

Principles Surface Topography **(**fast; easy to use; contactless; radiation-free; based on scientific research).

Curvature Analysis:
• Systematical Analysis of back curvatures.
• Graphical decription of convex, concave and saddle formed areas.
• Analysis of symmetrical / asymmetrical regions.

Surface Topography with higher reproducibilit.

Problem of sway pattern was identified.

Range and speed of motion:
• Movement forwards – backwards up to 30 mm;
• Movement lateral is up to 10 mm;
• Average cycle time of movement is approx. 5 seconds.

Measurement time 6s / 12 images.

Averaging to compensate body sway or breathing artifacts

Clinical Aspects.

Dynamic spine analysis improves the access to functional diagnostics.

Visualization of the inter-segmental interaction of single vertebras throughout the whole movement.

Examining statically is not enough in some cases! Many dysfunctions show up in dynamics only (e.g. posture changes during walking with coxarthrosis).

Changes in joint position while moving (muscular imbalance, joint instability, vertebral translation).

The trunk as the «passenger» of the legs («locomotor»). How does the trunk react to locomotion?

Analysis of individual movement patterns.

Data to look for:
• Large and/or unilateral vertebral rotation and compensatory segments.

• Large and/or unilateral lateral deviation and shift of the spine.
• Big inter-segmental differences in vertebral rotation or lateral deviation.
• Large pelvis movement in the coronal plane (normally 4-7°).

Leg length discrepancy may go together with larger hip and knee flexion as well as larger pelvis movement in all planes.

Large movement of the pelvis in the sagittal plane (e.g. a higher forward rotation) results in higher lumbar strain.

Broader Diagnostic Range

The locomotor in motion and its influence on the trunk:
• Rollover of the feet.
• Mechanical axis of the legs (angle of hip, knee and ankle).
• Analysis of the duration and characteristics of single gait phases.

Compact 4D motion Lab (approx. 8 sqm)

Dynamic measurement of the whole skeletal axis from C7 to feet.

Integration of 3 different modalities for simultaneous exams:
• Surface Topography and dynamic Spine Analysis with up to 50 fps.
• Leg and Leg Axis measurement.
• Treadmill with integrated pressure plate.

Short time of examination.

Easy to integrate into clinical workflow.

Extreme wide and new field of clinical and sports applications!

Results:

he preliminary evaluation of the results both after a month and after a six-month therapy shows a reduction in the rotation parameter. The average value of the rotation is 1,3 degrees after a month. The differences are significant.

The preliminary evaluation of the results both after a month and after a six-month therapy shows a reduction in the rotation parameter. The average value of the rotation is 2.12 degrees after six months. The differences are even more significant.

Rate of progression by Lonstein and Carlson. Optimizing the selection of non-operative treatment of idiopathic scoliosis.

Cobb >10 degrees – progression in 30% of children.

Cobb >20 degrees – progression in 60% of children.

Cobb >30 degrees – progression in 90% of children.

After the introduction of treatment for therapeutic and diagnostic algorithm Physiotherapy Centre in Zgorzelec rate of progression is.

Cobb >30 degrees – progression in 38% of children.

Conclusion:

Treating children with idiopathic scoliosis by the FED method reduces the angle of rotation of the spine after a month.

Preliminary results in both of the assessed groups (after a month and after a six-month therapy) show a reduction in the rotation parameter on average by 4 degrees.

After six months of the FED therapy the difference in rotation is statistically significant.

After the analysis of the selected parameter of the rotation in the DIERS image in children with idiopathic scoliosis, we can conclude that the FED method proves to be efficient in the treatment of scoliosis.

Stereography raster Diers IV D is a fast and safe form of assessment of the progress in scoliosis treatment.

УДК: 616.6+615.8

Kilon M. Dr n. med.[1]
Glibov K. Dr n. med.[1]
Leśniczak B. Dr n. o zdr., Prof. UM [2]
Irzmański R. Dr hab.n.med., Prof. UM [1]
Kostka J. Dr hab.n.o zdr., Prof. UM.[3]
[1]*Klinika Chorób Wewnętrznych,*
Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska
[2]*Zakład Dydaktyki w Położnictwie*
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska
[3]*Zakład Gerontologii*
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

ZACHOWAWCZE METODY LECZENIA NIETRZYMANIA MOCZU – POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE

Wprowadzenie. Nietrzymanie moczu (inkontynencja; NM) rozumiane jako jego mimowolna utrata, stanowi znaczny problem medyczny i społeczny na całym świecie [1]. Nietrzymanie moczu jest bardziej rozpowszechnione w grupie kobiet niż mężczyzn. Dolegliwości te zgłaszają głównie kobiety w okresie menopauzy, ale mogą pojawić się u osób w każdym wieku bez względu na płeć. Szacuje się, że problem dotyczy ok. 10% wszystkich kobiet z wyraźną tendencją wzrostową wraz z wiekiem. W grupie kobiet 70+ z problemem nietrzymania moczu zmaga się ponad 40% populacji [2]. Jedna na dziesięć kobiet może mieć incydenty utraty moczu codziennie [3]. Problem NM moczu u mężczyzn spowodowany jest najczęściej konsekwencjami leczenia raka prostaty [4]. Badania epidemiologiczne wskazują na stały wzrost liczby osób, których ten problem dotyczy, co może to być spowodowane zmianami w stylu życia i starzeniem się społeczeństwa [5]. Dane te mogą być niedoszacowane ze względu na wstydliwy charakter dolegliwości. Ponad 60% uczestników badania prowadzonego w Austrii uważa NM za temat tabu, a poziom wstydu i zakłopotania związanego z NM jest znacznie wyższy niż w przypadku depresji i raka [6]. Objawy towarzyszące NM mogą powodować utrudnienia w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym oraz zmiany w aktywności fizycznej i psychospołecznej [3, 5].

Nietrzymanie moczu może mieć różny charakter. Wyróżnia się trzy zasadnicze postaci NM: wysiłkowe, z parcia i mieszane. Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) charakteryzuje się jego utratą podczas czynności związanych ze zwiększeniem ciśnienia w jamie brzusznej takich jak: kichanie, kaszel, śmiech, wysiłek fizyczny, dźwiganie, skakanie. Ten typ inkontynencji stanowi ponad połowę incydentów związanych z NM. W przypadku nietrzymaniu moczu z parcia incydent utraty moczu jest poprzedzony nagłą i niekontrolowaną potrzebą oddania moczu, co często jest powiązane z problemem pęcherza nadreaktywnego. Objawy to parcia naglące, częstomocz z towarzyszeniem nietrzymania moczu. W mieszanym NM do mimowolnej utraty moczu dochodzi na skutek parcia naglącego oraz na skutek aktywności fizycznej lub podczas innych czynności np. dźwigania, śmiania się [7, 8].

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie metod fizjoterapeutycznych stosowanych u pacjentów z problemem nietrzymania moczu.

Wyniki główne. W leczeniu NM zastosowanie znajdują metody niefarmakologiczne, farmakologiczne i chirurgiczne. Leczenie chirurgiczne niesie z sobą ryzyko powikłań i komplikacji, dlatego powinno być stosowane wtedy, gdy inne formy leczenia nie przynoszą rezultatów [9]. Terapia niefarmakologiczna nie daje powikłań i jest dobrze akceptowana przez pacjentów, dlatego powinna być stosowna w pierwszym rzucie. Ważne jest wyjaśnienie pacjentowi natury i powodów problemu, gdyż pacjent świadomy będzie bardziej zmotywowany do podjęcia i kontynuowania terapii [10]. Podstawową częścią terapii jest modyfikacja stylu życia. Zalecenia dotyczą między innymi odpowiedniej diety w celu zmniejszenia nadwagi i zapobiegania zaparciom,

doboru właściwej aktywności fizycznej (pod kątem intensywności i form ruchu), odpowiednich technik mikcji, unikania zakażeń dróg moczowych, zaprzestania palenia tytoniu i zmniejszenie spożycia kofeiny [3, 7, 9-11].

Wśród metod fizjoterapeutycznych zastosowanie znajdują ćwiczenia/trening mięśni dna miednicy, biofeedback, terapia manualna, elektrostymulacja, zmienne pole magnetyczne, terapia behawioralna [3, 5, 9]. Zgodnie z zaleceniami International Continence Society (ICS) leczenie we wszystkich rodzajach NM powinno rozpoczynać się od **treningu mięśni dna miednicy** (TMDM), najlepiej odbywającego się pod kontrolą wykwalifikowanego fizjoterapeuty [3, 5, 9, 12]. Ćwiczenia te mogą być stosowane jako samodzielna terapia lub też w połączeniu z innymi metodami np. elektrostymulacją, biofeedbackiem lub stożkami dopochwowymi. Zgodnie z wynikami przeglądów Cochrane [2, 13] TMDM może prowadzić do wyleczenia lub złagodzenia objawów przede wszystkim wysiłkowego, ale także innych form NM, w tym: zmniejszyć liczbę epizodów wycieku, ilość wycieku oraz objawy oceniane w kwestionariuszach specyficznych dla NM. Zgodnie ze wspomnianym przeglądem wyniki ekonomiczne stosowania TMDM mogą być obiecujące, jednak ten aspekt wymaga dalszych badań. Korzyści z TMDM mogą odnosić również mężczyźni, którzy zmagają się z problemem po prostatektomii [4].

Trening mięśni dna miednicy powinien być dobrany indywidualnie dla każdego pacjenta, po jego zbadaniu. Należy brać tutaj pod uwagę poprawność wykonywania skurczu, jego siłę i wytrzymałość mięśni dna miednicy. Zaleca się kontrolowanie postępów terapii co 12 tygodni [9]. W przypadku naglącego NM dodatkowe korzyści przynosi **trening pęcherza** [1, 9], który polega na kontroli oddawania moczu w określonych godzinach oraz stopniowym zwiększaniu przerw między kolejnymi mikcjami.

Stosowanie **biofeedbacku** czyli biologicznego sprzężenia zwrotnego, stanowi dobrą formę wspomagania terapii, szczególnie u pacjentów mających problem z identyfikacją mięśni dna miednicy. Problem ten dotyczy sporej grupy pacjentów – badania wskazują, że ponad 30% kobiet nie jest w stanie poprawnie aktywować mięśni dna miednicy podczas pierwszej wizyty terapeutycznej [14]. Ćwiczenia z zastosowaniem biofeedbacku polegają na wykorzystaniu różnego typu rejestratorów/czujników, dzięki którym pacjent dostaje informację zwrotną dotyczącą prawidłowego wykonania ćwiczenia (napięcie, rozluźnienie mięśni, siła skurczu). Informacje zwrotne dotyczące aktywności mięśni podczas ćwiczeń z biofeebackiem można uzyskać przy użyciu elektromiografii powierzchniowej (sEMG), ciśnieniowej sondy dopochwowej albo tzw. sonofeedbacku [5, 10].

W leczeniu NM zastosowanie znajduje **elektrostymulacja** jako samodzielna metoda lub w połączeniu z treningiem mięśni dna miednicy lub biofeedbekiem. Elektrody (w zależności od ich typu) umieszczane są dopochwowo, doodbytniczo lub powierzchownie. Zalecanymi częstotliwościami są dla WNM 50 Hz, a dla parć naglących w zakresie 10-20 Hz [5]. Stosowanie elektrostymulacji jest zalecane szczególnie dla osób, które mają trudności z właściwą identyfikacją mięśni dna miednicy lub nie są w stanie aktywnie napinać mięśni z powodu dużych deficytów siły i zaburzonej propriocepcji. Interwencja taka jest stosowana w celu zwiększenia motywacji do ćwiczeń oraz zwiększenia poziomu wykonalności zaleceń terapeutycznych [15]. Wyniki dotyczące stosowania elektrostymulacji u osób z NM są obiecujące, jednak autorzy przeglądów systematycznych zalecają ostrożność w interpretacji wyników z uwagi na niewystarczającą liczbę dobrej jakości badań [15, 16].

Stosunkowo nową metodą stosowaną w terapii NM jest **stymulacja magnetyczna** wykonywana przy użyciu specjalnego fotela. Jest ona nieinwazyjna i komfortowa dla pacjenta, ponieważ może on korzystać z zabiegu w ubraniu. W zależności od ułożenia aplikatora można stymulować korzenie krzyżowe lub dno miednicy [5, 17].

Terapia manualna stosowana jest w celu normalizacji napięcia powięzi i mięśni. Zastosowanie znajduje tutaj suche igłowanie, terapia punktów spustowych, masaż [5].

Ponadto u kobiet możliwe jest stosowanie stożków lub kulek dopochwowych. Dla każdej pacjentki indywidualnie powinien być dobrany ciężar i czas stosowania.

Pozytywne efekty w niwelowaniu problemu wycieku moczu w WNM może przynosić łączenie interwencji fizjoterapeutycznych (przede wszystkim ćwiczeń) z innymi metodami terapii, np. ze stosowaniem **krążków dopochwowych** (tzw. pessarów) [1]. Metody fizjoterapii stanowić mogą również wsparcie leczenia operacyjnego. Ich stosowanie przed i po zabiegach chirurgicznych przynosi wymierne korzyści [5].

Podsumowanie. Pomimo ciągłego braku wystarczającej ilości dobrej jakości badań dotyczących zachowawczych form terapii NM, pojawia się coraz więcej dowodów na ich skuteczność, w tym: zmniejszenie ilości traconego moczu i liczby epizodów, liczby parć naglących i poprawę jakości życia [3, 17, 18, 19]. Wcześnie rozpoczęta terapia pozwala na osiągnięcie wielu korzyści ze stosowania niefarmakologicznych metod leczenia oraz na niedopuszczenie do nasilenia objawów. Zgodnie z doniesieniami 2 na 3 osoby mogą osiągnąć wyleczenie lub znaczną poprawę wynikającą ze stosowania metod zachowawczych [3].

Pomimo dużego rozpowszechnienia, wagi problemu, a także coraz silniejszych dowodów naukowych dotyczących skuteczności metod fizjoterapeutycznych w leczeniu NM, procedury z tego zakresu terapii w Polsce są dostępne przede wszystkim komercyjnie. Problem ten jest zauważany przez gremia naukowe i towarzystwa zawodowe skupiające pracowników ochrony zdrowia. Między innymi Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk przyjął stanowisko wyrażające pełne poparcie dla działań mających na celu wprowadzenie w Polsce wysoce specjalistycznej fizjoterapii urologicznej i uroginekologicznej w ramach świadczeń refundowanych [20].

Ze względu na powszechność występowania problemu NM ważne wydaje się kontynuowanie badań nad skutecznością metod fizjoterapeutycznych i szukanie nowych skutecznych rozwiązań.

Zwiększenie wiedzy pracowników ochrony zdrowia i pacjentów na temat zachowawczych metod leczenia NM, może przynieść korzyści dotyczące poprawy stanu zdrowia i jakości życia dotkniętych tym schorzeniem osób [7].

Piśmiennictwo:

1. Todhunter-Brown A., Hazelton C., Campbell P., Elders A., Hagen S., & McClurg D. (2022). Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*,2; 9 (9):CD012337. DOI: 10.1002/14651858.CD012337.pub2.

2. Milsom I. & Gyhagen, M. (2021). Overview: Epidemiology and Etiology of Urinary Incontinence and Voiding Dysfunction. In: Santoro, G.A., Wieczorek, A.P., Sultan, A.H. (eds) *Pelvic Floor Disorders*. Springer, Cham.

3. Astrom Y., Asklund I., Lindam A., & Sjostrom M. (2021). Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. BMC Womens Health, 21:337.

4. Strączyńska A., Weber-Rajek M., Strojek K., Piekorz Z., Styczyńska H., Goch A., & Radzimińska A. (2019). The Impact Of Pelvic Floor Muscle Training On Urinary Incontinence In Men After Radical Prostatectomy (RP) - A Systematic Review. *Clin Interv Aging*, 12; 14: 1997-2005. DOI: 10.2147/CIA.S228222.

5. Mazur-Biały A., Kołomańska-Bogucka D., Nowakowska K., &Tim S. (2020). Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy *J. Clin. Med.*, 9 (4), 1211; DOI:10.3390/jcm9041211.

6. Elenskaia K., Haidvogel K., Heidinger C., Doerfler D., Umek W., & Hanzal E. (2011) The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wien Klin Wochenschr*. 123(19-20):607-10. DOI: 10.1007/s00508-011-0013-0.

7. Lawson S., & Sacks A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*. 63 (4): 410-417.

8. Harris S., & Riggs J. Mixed Urinary Incontinence 2021 Jul 19. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing 2022 Jan.

9. ICS standards. Urinary incontinence in women. file:///C:/Users/CIT02200269/Downloads/3_Urinary_Incontinence_in_Women.pdf dostęp 26.01.2023.

10. Bernards A.T., Berghmans B.C., Slieker-Ten Hove M.C., Staal J.B., de Bie R.A., & Hendriks E.J. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *Int Urogynecol J*., 25 (2): 171-9. DOI: 10.1007/s00192-013-2219-3.

11. Alouini S., Memic S., & Couillandre A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.,* 27; 19 (5): 2789.

12. Ptak M., Ciećwież S., Brodowska A., Starczewski A., Nawrocka-Rutkowska J., Diaz Mohedo E., & Rotter I. (2019). The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. *Biomed Res Int*., 6; 2019: 5321864.

13. Dumoulin C., Cacciari L.P., & Hay-Smith E.J.C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 4; 10 (10): CD005654. DOI: 10.1002/14651858.CD005654.pub4.

14. Bø K., Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. (2005). *Phys Ther.* 85 (3): 269-82. PMID: 15733051.

15. Stania M., Niemiec B., Kamieniarz A., & Chmielewska D. (2022). Intravaginal electrical stimulation as a monotherapy for female stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 49: 101624. DOI: 10.1016/j.ctcp.2022.101624. Epub 2022 Jul 2. PMID: 35803023.

16. Han X., Shen H., Chen J., & Wu Y. (2022). Efficacy and safety of electrical stimulation for stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 33 (4): 789-799. DOI: 10.1007/s00192-021-04928-2.

17. He Q., Xiao K., Peng L., Lai J., Li H., Luo D., & Wang K. (2019). An Effective Meta-analysis of Magnetic Stimulation Therapy for Urinary Incontinence. *Sci Rep*. 24; 9 (1): 9077. DOI: 10.1038/s41598-019-45330-9. PMID: 31235706; PMCID: PMC6591355.

18. Obloza A., Teo R., Marriott E., Parker G., & Tincello D. (2019). Association of baseline severity of lower urinary tract symptoms with the success conservative therapy for urinary incontinence in women. *Int Urogynecol J.* 30: 705-710. DOI 10.1007/s00192-018-3778-0.

19. López-Liri R., de Los Angeles Varverde-Martinez M., Padilla-Góngora D., & Rocamora-Perez P. (2019). Effectiveness of Physiotherapy Treatment for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)* 28 (4): 490-501. DOI: 10.1089/jwh.2018.7140.

20. KRKFiIS PAN. Stanowisko Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk w sprawie stosowania wysokospecjalistycznej rehabilitacji urologicznej i uroginekologicznej kobiet i mężczyzn. URL: https://krkfis.pan.pl/pl/ dostęp 26.01.2023.

Резолюція

науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини»
09 лютого 2023 року
м. Київ

Організатор конференції – Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».

На кожному історичному етапі турбота про якість життя та збереження здоров'я своїх громадян – головна функція держави. Здоров'я людини, що є інтегрованим показником фізичного, психічного, соціального, духовного, інтелектуального та емоційного благополуччя в умовах соціально-політичної турбулентності, потребує все більшої уваги держави, суспільства, науки та медичної спільноти.

Ефективне реформування існуючої системи медичної допомоги стане можливим за умов впровадження *NBICS*-конвергенції – злитті революційних науково-технологічних напрямків: нанотехнологій, біотехнологій, інформаційно-комунікаційних технологій, когнітивних наук та підкріпленні їх соціальними технологіями, направленими на вирішення соціально-економічних проблем, спрямованих на формування підвищення умов життя та розвитку суспільства.

У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю розглянуті такі актуальні питання, як-от: медико-соціальні та психологічні проблеми здоров'я людини; об'єктивізація стану пацієнта: діагностика, лікування, реабілітація; розвиток реабілітації та абілітації в системі охорони здоров'я; державне управління системою надання клінічної медико-психологічної реабілітаційної й абілітаційної допомоги; інформаційно-когнітивні та біомедичні технології, інженерні рішення в медичній практиці; сучасний розвиток медичної техніки та апаратного забезпечення клінічного реабілітаційного процесу; інформаційні технології у реабілітаційному процесі; мультидисциплінарний підхід, впровадження «бригадного» принципу організації клінічної реабілітаційної допомоги; сучасні алгоритми психіатричної, психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги населенню; освітньо-інформаційні технології професійної підготовки лікарів, психологів, фахівців із реабілітації.

Висвітлення питань конвергенції інформаційно-когнітивних та соціально-гуманістичних наук дозволило глибше зрозуміти природу впливу на психофізіологічну та психологічну сфери людини, а також сформувати бачення стратегії запобігання погіршення психічного здоров'я і психологічного благополуччя, що має лягти в основу нових технологічних рішень у медико-психологічній реабілітаційно-абілітаційній допомозі.

У кризових умовах гостро постала проблема надання медико-психологічної та клінічної реабілітації дорослому та дитячому населенню України, що характеризується значним зростанням показників захворюваності та інвалідності з психічними та соматичними розладами. Поряд із цим, окремим питанням виступає організації нейрореабілітації, зокрема поверненню осіб із неврологічною патологією до максимально активного повсякденного життя.

Обговорення питань щодо створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітаційної допомоги надало можливість визначити послідовність об'єктивної оцінки стану соматичного і психічного здоров'я пацієнтів, проведення відповідного лікування, клінічної реабілітації, що характеризуються безперервним ланцюгом лікувального впливу як на організм, так і на особистість хворого, із використанням різноманітних реабілітаційних засобів і технологій.

Сучасна алгоритмічна діагностика психічних та соматичних розладів, які викликані низкою чинників сьогодення (бойові дії, стресові та екстремальні умови професійної

діяльності, техногенні аварії та катастрофи), дозволить на ранньому етапі ефективно лікувати осіб із конкретною патологією.

Усе вищезазначене обумовлює актуальність і сучасну необхідність проведення даної конференції, її науково-практичне значення для розробки нових проєктів, спрямованих на підтримку постраждалих в умовах війни та післявоєнний період.

Проблеми, які розглянуті на конференції, є вкрай важливими, у зв'язку з цим констатуємо, що слід:

1. Активізувати питання реформування існуючої системи медичної допомоги на засадах людиноцентризму, що дозволить забезпечити якісною медичною допомогою, доступною та ефективною, відповідно до ухвалених міжнародних медичних стандартів, що засновані на принципах доказової медицини та психології з використанням інноваційних медичних технологій.

2. Ураховуючи інтенсивність зростання збитків здоров'ю населення, підтримано Програму створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації, що розроблена науковцями і клінічними практиками державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» за підтримки ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга», World Association for the Support of Scientists LLS, Delaware (USA, Registration Number 3916953), БО «Центр практичної філософії», ТОВ «Національний науково-навчальний інститут доказової психотерапії».

3. Базовим *у роботі* центрів медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації повинно стати втілення сучасних *NBICS-технологій*. Із метою розширення діапазону надсучасних технологій, їх впровадження в діяльність Центрів на теренах усієї України необхідно ознайомитись із практикою роботи центрів реабілітації та відповідних міністерств (Міністерство ветеранів, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти) країн Європи та США для налагодження подальшої співпраці.

4. Підвищити якість надання медико-психологічної та клінічної реабілітаційної допомоги постраждалим дорослим, дітям та членам їх родин в умовах війни за рахунок розробки ефективної системи діагностики, лікування та реабілітації психічних та соматичних розладів шляхом створення Мережі центрів медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації, що діятиме на підставі принципу перенаправлення та ґрунтуватиметься на підходах Керівництва Міжвідомчого постійного комітету (надалі – МПК) із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (надалі – ПЗПСП) в умовах надзвичайної ситуації, Мінімального пакета послуг із ПЗПСП у надзвичайних ситуаціях (МПП із ПЗПСП), Загальній системі МПК щодо моніторингу й оцінки програм із ПЗПСП, Комплексному плані дій ВООЗ у галузі психічного здоров'я на період 2013-2030 років, Європейській рамковій програмі ВООЗ щодо охорони психічного здоров'я, Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, Національному плані заходів у галузі психічного здоров'я на 2021-2023 роки, Національному плані відновлення та розвитку.

5. Удосконалити нейрореабілітаційну допомогу шляхом розбудови даного напрямку в рамках Мережі центрів медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації, що буде функціонувати на підставі Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Білої книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі» (European Society of Physical and Rehabilitation Medicine), МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, 2018 р.), а також ґрунтуватися на найкращих світових практиках і доказових підходах, мультидисциплінарності та пацієнтоцентричності.

6. Створити громадський проєкт «Мережа клінічної психології і клінічної реабілітації» з метою забезпечення організаційних, інформаційних умов для дослідження фундаментальних та прикладних проблем охорони здоров'я, соціально-поведінкових наук з огляду

на методологію, дослідження та практики клінічної психології та клінічної реабілітації; сприяння підготовки висококваліфікованих кадрів, процедур стандартизації, сертифікації та атестації фахівців із вищою психологічною та медичною освітою щодо здійснення професійної діяльності з проблематики клінічної психології та клінічної реабілітації; координації спільних громадських та науково-дослідницьких проєктів наукових шкіл та колективів академічної, університетської та громадської наукових спільнот щодо клінічної психології та клінічної реабілітації.

7. Вважати цінним та необхідним розширення співробітництва та обміну досвідом із зарубіжними колегами шляхом залучення іноземних консультантів із питань фізичної та медичної реабілітації, фізіотерапії, клінічної психології щодо проблем медико-психологічної та клінічної реабілітації осіб із психічними та соматичними розладами.

8. Здійснити характеристику психології турбулентного часу, визначити ключові фактори формування небезпеки психічному здоров'ю та психологічному благополуччю людини, а також запропонувати комплекс заходів розвитку публічного управління щодо інформаційної безпеки суспільства, відповідно до існуючих загроз та методів деструктивного інформаційного впливу, які завдають збиток ментальному здоров'ю громадян.

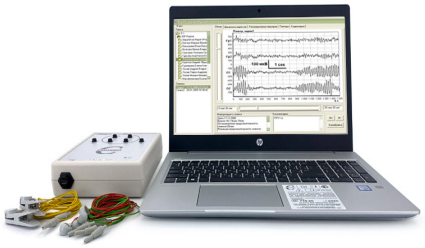
9. Розробити ефективну систему діагностики, лікування та реабілітації психічних та соматичних розладів серед дорослого, дитячого населення в санаторно-курортних закладах із залученням клінічних психологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та інших фахівців із реабілітації шляхом впровадження «бригадного» принципу організації клінічної реабілітаційної допомоги.

10. Випустити «Буквар інформаційної безпеки» з метою збереження і зміцнення психічного здоров'я, формування безпечного інформаційного середовища та підвищення психологічної культури серед дітей.

11. Підготувати та опублікувати збірку матеріалів конференції.

Голова організаційного комітету,
професор, доктор медичних наук,
доктор наук з державного управління,
головний науковий співробітник,
Заслужений лікар України,
Генеральний директор Державного
закладу «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний
центр МОЗ України»,
президент Громадської організації
«Всеукраїнська професійна
психіатрична ліга» **Олег ПАНЧЕНКО**

Біоакустична корекція



Механізм реабілітації на основі біоакустичної корекції закладений в активації процесів нейропластичності, які сприяють відновленню та дозріванню структур мозку дитини, а також включенню компенсаторних механізмів у дорослих.

Переваги методу біоакустичної корекції:

– вона не є медикаментозною;
– не має вікових обмежень;
– абсолютно безболісна;
– не потребує активної участі пацієнта під час процедури.

Показання дітям:	Показання дорослим:
– Синдром гіперактивності; – Затримка психомовного розвитку (ЗПР, ЗРР, алалія, дислалія, ОНР, дизартрія, дислексія, дисграфія) – Розлади рецептивної мови; – Розлади аутистичного спектру; – Невроз, неврозоподібні розлади; – Функціональний енурез; – Тики, тикоподібні гіперкінези; – Знижений слух; – Розумова відсталість; – Дисомнії (порушення сну); – Наслідки ГЗЧМТ; – Церебро-астенічний синдром; – Наслідки ураження ЦНС; – Порушення навченості в школі; – Порушення адаптації у дошкільному та шкільному колективі.	– Невротичні, неврологічні розлади; – Гіпертонія; – Профілактика інфарктів та інсультів; – Наслідки ГЗЧМТ; – Цефалгії різного генезу; – Мігрень; – Наслідки ураження ЦНС (після інсульту та інфаркту мозку); – Тики, тикоподібні гіперкінези у дорослих: – Дисомнії (порушення сну) у дорослих; – Перевтома; – Синдром «хронічної втоми»; – Загальна психопрофілактика та зняття стресу; – Соматизовані розлади; – Недифіренковані соматоформні розлади; – Іпохондричні розлади; – Соматоформна вегетативна дисфункція; – Хронічний соматоформний больовий розлад; – Неврастенія; – Депресивний розлад; – Депресивний невроз; – Тривожний синдром; – Фобічні розлади; – Панічні атаки; – Астенічні органічні розлади; – Легкий когнитивний розлад; – Сноходження (сомнабулізм); – Тики, тикоподібні розлади у дорослих (в психіатрії); – Енурез у дорослих; – Заїкання; – Нав’язливі розлади.

В процесі сеансів біоакустичної корекції спостерігається швидке відновлення психоемоційного стану пацієнта, мобілізація захисних властивостей організму. Нормалізація емоційної сфери проявляється в поліпшенні самопочуття, активності, зняття напруги, зниження рівня тривоги, вегетативної регуляції, що впливає на ефективність реабілітаційних заходів.

Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Громадська організація
«Всеукраїнська професійна психіатрична ліга»

WORLD PSYSCHIATRIC ASSOCIATION
Advance Psychiatry and Mental Health Across the World

RDC UKRAINE REHABILITATION&DIAGNOSTIC CENTER

Інфраструктурний проєкт

ПРОГРАМА

створення центрів медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації

ЗМІСТ

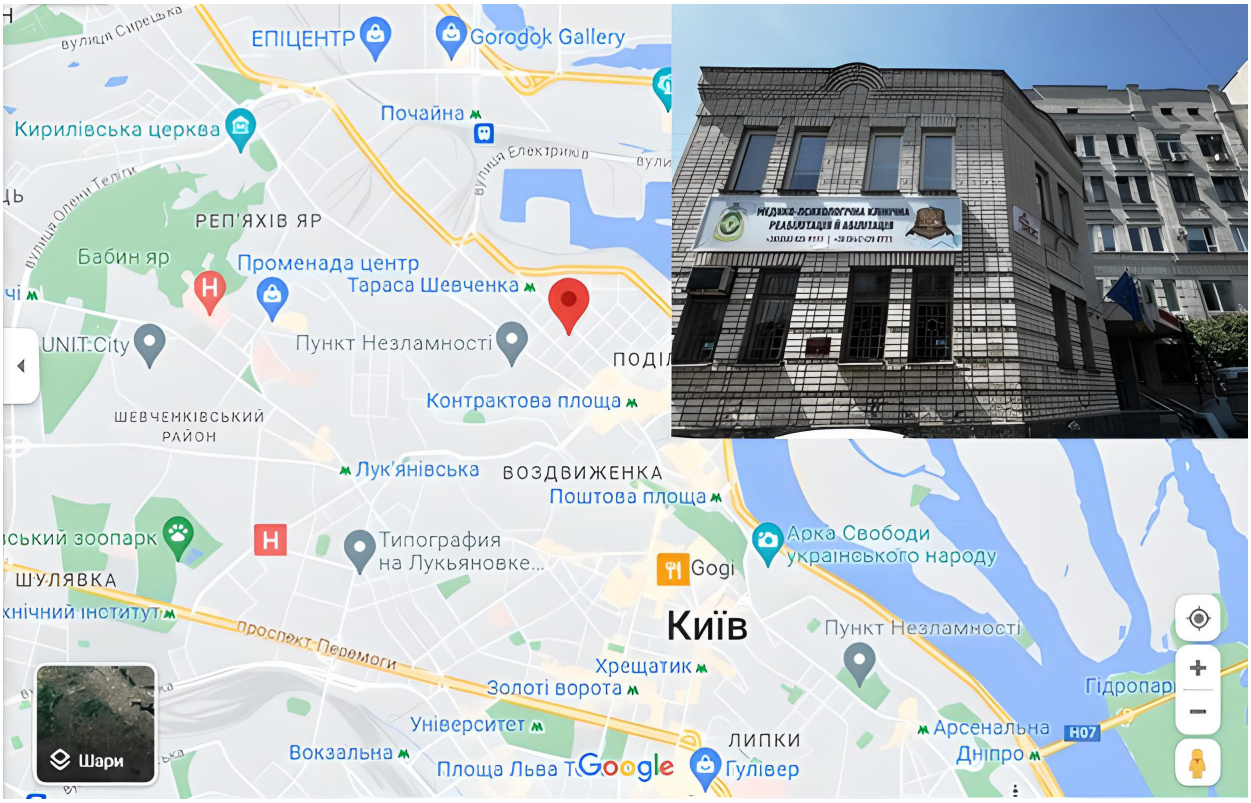
1. Визначення проблеми забезпечення медико-психологічної клінічної реабілітації й абілітації, актуальність реалізації Програми.
2. Стратегічна мета та пріоритетні завдання Програми.
3. Шляхи та засоби реалізації Програми.
4. Очікувані результати виконання Програми.
5. Координація та контроль за виконанням Програми.

*Пропозиції щодо Програми надсилати на E-mail: rdckonst@ukr.net

Медико-психологічна клінічна реабілітація й абілітація в Києві

Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
надає допомогу при кризових ситуаціях та постстресових станах:

- ✓ Психологічна реабілітаційна та абілітаційна допомога;
- ✓ Психотерапевтична допомога;
- ✓ Спеціалізована неврологічна допомога;
- ✓ Спеціалізована стоматологічна допомога;
- ✓ Проводиться функціональна та ультразвукова діагностика;
- ✓ Виконуються фізіотерапевтичні та маніпуляційні процедури.



Київська філія ДЗ «НПМ РДЦ МОЗ України»
04071, м. Київ, вул. Межигірська, 43,
тел. (044) 428-87-71, +38050-825-91-11, +38098-035-78-00

Наукове видання

Актуальні проблеми клінічної та технологічної медицини

За загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора

О.А. Панченка

Збірник наукових праць

(українською, англійською та польською мовами)

Керівник проєкту
Кабанцева А.В.

Коректор
Хреннікова Л.А.

Відповідальні за випуск
Антонов В.Г.

Структура та макет
Сердюк І.А.

Комп'ютерна верстка
Поперека Т.В.

Дизайн обкладинки
Черняк О.В.

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 32,50. Наклад 500 прим. Зам. № 26.

ТОВ «Комп'ютерно-видавничий, інформаційний центр» (КВІЦ)
04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 19–21, тел.: (044) 482-45-23.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК № 461
від 23.05.2001 р.