

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців  
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ  
2005

<b>В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець</b> НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ .....	3
---	---

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

<b>М.А.Карлійчук</b> ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА .....	11
<b>М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	14
<b>О.П.Кучук, Г.Д.Ловля</b> ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ .....	18
<b>О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А .....	23
<b>О.В.Пішак, Г.І.Арич</b> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ .....	26
<b>І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк</b> ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ .....	30
<b>О.С.Полянська</b> РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	34
<b>О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ.....	37
<b>О.С. Полянська, Т.В.Куртян</b> МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ.....	42
<b>І.Ю.Полянський</b> ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....	49

## РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

**О.С.Полянська**

Кафедра реабілітації, лікувальної фізкультури,  
спортивної медицини,  
фізичного виховання і здоров'я  
(зав.- проф.О.С.Полянська)  
Буковинського державного медичного університету

На сучасному етапі спостерігається характерна тривала епідемія хронічних неінфекційних захворювань, поява нових (близько 40 нозологічних форм за останні 40 років), а також повернення “старих” захворювань (туберкульозу, малярії). Набули значного розповсюдження “полісиндромні стани”, коли кожний вузький фахівець з цілковитим правом кожному пацієнту ставить “свій” діагноз [1].

При лікуванні полісиндромних станів повинні використовуватись заходи, які спрямовані на стимулювання механізмів здоров'я. Перевага в стратегії лікування надається “за”, а не “проти”, тобто відновленню природних механізмів життєдіяльності, а не боротьбі з маніфестними ознаками захворювань. Вважається, що діагноз “здоровий” обґрунтований тоді, коли не знайдені ознаки маніфестації патологічного процесу, а всі показники функцій знаходяться в межі фізіологічної норми. Але навіть при наявності тільки однієї альтернативи здоровий – хворий можливе виділення 4 станів:

1. здоров'я – оптимальна стійкість до дії патогенних агентів, психічна і соціальна адаптація до умов життєдіяльності;
2. передхвороба – можливість розвитку патологічного процесу без зміни сили діючого фактору внаслідок зниження резервів здоров'я;
3. стан, який характеризується наявністю патологічного процесу, без ознак маніфестації;
4. хвороба – маніфестований у вигляді клінічних проявів патологічний процес, який відображається на соціальному статусі інваліда.

Виділяють 3 типи діагностичних моделей:

1. нозологічна діагностика;
2. донозологічна діагностика;
3. діагностика здоров'я за прямими показниками.

Валеологія постулює спроможність і необхідність моніторингу рівня здоров'я людини. З цією ціллю, на підставі уявлень про сутність здоров'я, розроблена методологія і методика експрес-оцінки рівня здоров'я людини за прямими показникам (а не методом виключення, як це було прийнято в традиційній медицині: якщо немає ознак захворювання і всі показники знаходяться в межах "норми", то ставиться діагноз "практично здоровий"). Важливим для практичної медицини є розмежування думок щодо "профілактичної медицини" і "оздоровчої медицини". Якщо перша спрямована на боротьбу зі шкідливими чинниками, що підлягають усуненню, то інша – на пошук і застосування методів удосконалення механізмів здоров'я людини. Методика дає можливість опосередковано оцінити потужність і ефективність аеробних механізмів енергозабезпечення, які лежать на підґрунті одного із проявів здоров'я – життєдіяльності (здатності до виживання в традиційних і змінних умовах існування). Феномен "безпечного" рівня здоров'я є науковим підґрунтям первинної профілактики неінфекційних захворювань – "превентивної реабілітації" (повернення індивіду до "безпечної" зони здоров'я).

Її використання при популяційних дослідженнях дозволило встановити найважливіші закономірності, які відносяться до здоров'я людини: 1) чим більший рівень здоров'я, тим менша вірогідність у формуванні, розвитку і маніфестації патологічних синдромів; 2) "існує" безпечний рівень здоров'я, більше якого не визначаються ні ендогенні фактори ризику захворювань, ні самі захворювання; 3) після виходу людини з "безпечної" зони здоров'я проявляється феномен "саморозвитку" патологічного процесу без змін умов існування життєдіяльності [1].

Так, упродовж останніх 15 років спостережень за кількістю населення України, яке знаходилося в "безпечній" зоні, здоров'я знизлося на порядок (з 8% у 1985 р. до 1% в 2000 р.). Як наслідок, смертність тільки від серцево-судинної патології впродовж 1996-2000 рр. збільшилася на 21,2%. Очевидно, що стан здоров'я людини доцільно оцінювати з використанням двох діагностичних моделей – визначення рівня здоров'я і клінічного діагнозу відповідно МКБ-10.

Перспективи розвитку охорони здоров'я показують, що медичне забезпечення населення буде ефективнішим, якщо за точку відліку взяти здоров'я людини, тому концепція розвитку медичної реабілітації повинна виходити з теоретичної бази охорони здоров'я людини, на підставі принципів, які декларують медичну реабілітацію як лікувальний процес, а немедикаментозне лікування як інтегральну частину профілактики і базисного лікування захворювань.

У сучасному розумінні медична реабілітація – це диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів щодо відновлення функціонального стану організму хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою послідовності й наступності у застосуванні індивідуального комплексу методів фармакологічного, хірургічного, фізичного і психофізіологічного впливу на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму [2,4].

Стратегію і тактику лікування доцільно будувати на підставі приведення патогенезу захворювання до умов оптимального варіанту одужання. Пріоритетним напрямком наукової і практичної діяльності повинно бути вивчення механізмів адаптації й реактивності організму, особливостей перебігу відновлювальних процесів органів і тканин при їх ушкодженні, а також розробка методів їх корекції з застосуванням реабілітаційних заходів.

У системі охорони здоров'я України в останні роки інтенсивно формується і розвивається відносно новий напрямок – медична реабілітація. Невирішеним залишається питання про офіційний статус реабілітації і дискутується питання щодо необхідності підготовки "лікаря-реабітолога". Виникла необхідність поглибленої комплексної роботи над даною проблемою на рівні медичних університетів, кафедр медичної реабілітації і практичної охорони здоров'я.

В Україні ще 20-30 років тому більшість медичних працівників різних фахів розглядали реабілітацію як додаткову, яка виходить за звичні межі оздоровчої діяльності, більш пов'язану з соціальним забезпеченням. У наш час у системі охорони здоров'я України сформована мережа закладів медичної реабілітації, що складається з багато- і монопрофільних центрів, лікарень, відділень, санаторіїв, поліклінік, диспансерів [3,4].

На наш погляд, на сучасному етапі лише інститут сімейних лікарів може успішно розв'язувати завдання лікування, профілакти-

ки захворювань, оздоровлення населення, медичної реабілітації, використовуючи отримані з валеології науково-практичні дані, бо сімейний лікар – це в першу чергу – лікар-валеолог.

**Література.** 1. Апанасенко Г.Л. Уровень соматического здоровья, его связь с физическим развитием и прогнозирование заболеваемости подростков //Валеологія. – 2003. – №1. – С.24-27. 2. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Дмитриев Г.Н. Итоги и перспективы функционирования реабилитационной медицины на Украине // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2002. – №1. – С.7-9. 3. Ильницкий А.Н. О этапности в медреабилитации больных терапевтического профиля // Проблемы социальной медицины здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №2. – С.36-38. 4. Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Уманский В.Я. и др. Перспективы развития медицинской реабилитации на Украине // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2003. – Т.12, №1. – С.3-9.