



**INTERNATIONAL SCIENTIFIC-
PRACTICAL CONFERENCE**

**SCIENCE, EDUCATION, TECHNOLOGY AND SOCIETY:
GLOBAL TRENDS AND REGIONAL ASPECTS**

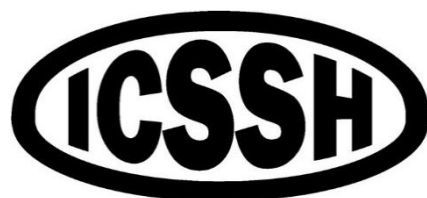
Book of abstracts



January 9, 2025

**Tampere,
Finland**





INTERNATIONAL SCIENTIFIC-
PRACTICAL CONFERENCE

SCIENCE, EDUCATION, TECHNOLOGY AND SOCIETY:
GLOBAL TRENDS AND REGIONAL ASPECTS

Book of abstracts

January 9, 2025
Tampere,
Finland



Терапія ЕМС у пацієнтів із розсіяним склерозом

Пацієнти з розсіяним склерозом зазнають поступової втрати м'язового тону. У дослідженні [2, с. 62-65] після застосування ЕМС було відзначено підвищення витривалості м'язів, покращення постурального контролю та зменшення рівня втомлюваності, що значно підвищило якість життя пацієнтів.

ЕМС для уповільнення саркопенії у літніх людей
У рамках експерименту [3, с. 101-103] літні пацієнти із саркопенією проходили курс ЕМС протягом трьох місяців. Результати показали зменшення втрати м'язової маси та збільшення сили у середньому на 20%. Це дозволило учасникам відновити здатність до самостійного пересування.

Реабілітація після інсульту з використанням ЕМС

У реабілітаційних центрах використовують електроміостимуляцію для відновлення рухливості кінцівок у пацієнтів після інсульту. Дослідження [3, с. 110-112] показало, що після 8 тижнів ЕМС у 70% пацієнтів відзначалося покращення активної рухливості руки або ноги, а у 45% – повне відновлення тону уражених м'язів.

Застосування ЕМС у спортивній медицині
Професійні спортсмени використовують ЕМС як частину програми відновлення після інтенсивних навантажень. У дослідженні [4, с. 97-98] показано, що використання ЕМС протягом 4 тижнів після спортивних травм дозволяє скоротити час реабілітації на 30% порівняно із традиційними методами.

Електроміостимуляція (ЕМС) є сучасним і перспективним методом фізіотерапії, що демонструє високу ефективність у боротьбі з м'язовою атрофією. Її застосування дозволяє значно покращити відновлення м'язової маси, сили та функціональності у пацієнтів із травмами, неврологічними захворюваннями, післяопераційними станами та віковими змінами.

Клінічні приклади підтверджують, що ЕМС сприяє активації метаболічних процесів, покращенню кровообігу, зменшенню спастичності та відновленню рухової активності. Важливим аспектом є можливість індивідуалізації програм ЕМС, що забезпечує максимальний терапевтичний ефект для кожного пацієнта.

Впровадження ЕМС у практику реабілітації та профілактичної медицини відкриває нові можливості для підвищення ефективності лікування м'язової атрофії. Завдяки науковим дослідженням і технічному вдосконаленню обладнання, цей метод стає доступним для ширшого кола пацієнтів, дозволяючи значно покращити якість їхнього життя.

Список літератури

1. Іваненко О. М. Методи фізичної реабілітації: монографія. Київ: Наукова думка, 2019. 200 с.
2. Smith J. L., Brown R. S. Muscle Stimulation Therapy: Advances and Applications. Journal of Rehabilitation Sciences, 2020, vol. 18, no. 3, pp. 50–65.
3. Петренко В. Г., Кравчук Л. С. Електроміостимуляція у неврологічній реабілітації. Фізична медицина, 2021, №4, с. 97–110.
4. Johnson M. A. et al. Individualized Protocols in Neuromuscular Stimulation Therapy. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 2018, vol. 29, no. 1, pp. 30–50.

УДК 616.8-009.831

Симоненко Г. Г.

к.м.н., доцент, доцент кафедри неврології,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

СИНКОПАЛЬНІ СТАНИ ПРИ ВЕГЕТАТИВНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Синкопальні стани відносяться до пароксизмальних станів неепілептичного походження і характеризуються тимчасовою втратою свідомості, які часто призводять до порушення

постурального тонусу і падінню людини. Взагалі, пароксизмальні стани характеризуються раптовістю, короткочасністю, зворотністю і стереотипністю порушення здоров'я. Згідно даних різних джерел, частина осіб, які хоча б один раз у житті перенесли синкопе, складає від 3 до 40%. Синкопальні стани зумовлені недостатністю кровотоку в судинах мозку, його гіпоксією та порушенням у ньому метаболічних процесів. Причинами раптового значного зниження мозкового кровотоку можуть бути рефлекторне зниження тонусу судин або зниження серцевого викиду, зменшення об'єму циркулюючої крові, порушення серцевого ритму, нерівномірний розподіл кровотоку [1, с. 1].

Серед патогенетичних механізмів виділяють кардіогенний, нейрогенний, ортостатичний, церебральний, гіпоксемічний та психогенний типи. За етіологією виділяють неврогенні, соматогенні, при екстремальних впливах та поліфакторні синкопальні стани. У свою чергу, неврогенні синкопальні стани поділяють на дисциркуляторні, дезадапційні, іритативні, емоційні та асоціативні. А серед соматогенних синкоп виділяють кардіогенні, вазопресорні, анемічні, гіпоглікемічні та респіраторні [2, с. 474].

У розвитку синкопального стану виділяють три стадії: ліпотімія (провісників), кульмінації та відновного періоду.

Для вегетативної дисфункції характерними є симптоми з боку нервової, серцево-судинної, дихальної, сечостатевої систем, шлунково-кишкового тракту, терморегуляції тощо. Зміни з боку вегетативної нервової системи виявляються у вигляді порушення вегетативного тону, вегетативної реактивності та забезпечення життєдіяльності. Нерідким є виявлення проявів порушення під час змін гормонального фону у молодих осіб та під час клімаксу. Звичним є поділення вегетативної дистонії за гіпотонічним, гіпертонічним та змішаним типами.

Серед 47 пацієнтів, яким у неврологічному відділенні клінічної міської лікарні міста Києва був виставлений діагноз вегетативної дисфункції, переважали жінки (31 особа). 21 (68%) з них – віком до 30 років. Серед чоловіків таких було до 50%. Також серед жінок у 21 (67.74%) пацієнтки артеріальний тиск (АТ) був зниженим, у 7 (22.58%) – підвищеним, у 3 (9.68%) були зареєстровані виражені його коливання. У чоловіків гіпотонія, як і виражені коливання АТ реєструвалась у 6 (37.5%) випадків, а гіпертонія – у 4 (25%) випадків. У всіх пацієнтів зі струсом головного мозку в анамнезі 8 (17.02%) був виявлений гіпотонічний тип дисфункції. Цервікалія внаслідок остеохондрозу шийного відділу хребта спостерігалась у 13 (27.66%) пацієнтів. Супутня патологія з боку ШКТ була відмічена у 17 (36.17%). Астено-невротичний синдром у чоловіків (6 осіб – 37.5%) спостерігався порівну серед гіпо- та гіпертонічного типів. Серед жінок (10 осіб – 32.26%) такий синдром був частіше реєструвався при гіпотонічному типі (50%). У той час, як при гіпертонічному типі переважали іпохондричні прояви. Важливим для постановки діагнозу вегетативної дисфункції було проведення повноцінного неврологічного обстеження, яке включало у себе методи нейровізуалізації, ультразвукові обстеження магістральних артерій голови, органів черевної порожнини та малого тазу, електроенцефалографію, електрокардіографію, загальні аналізи крові та сечі, визначення глюкози крові, біохімічне дослідження крові та коагулограму. Виключення у серці та головному мозку органічних та електрофізіологічних чинників виникнення синкопального нападу мало вирішальне значення у постановці діагнозу.

Список літератури

1. Міщенко Т.С. Синкопальні стани в практиці невролога // газета “Новини медицини та фармації” Неврологія і психіатрія (277) 2009 (тематичний номер)
2. Григорова І.А., Соколова Л.І. та ін. Неврологія. 3 видання. Київ: Медицина. 2020. 640 с.