

ЛЕКЦІЯ 5 Тема : Реабілітація пацієнта із захворюваннями внутрішніх органів та інших систем організму , хірургічними захворюваннями.

Зміни в житті суспільства нашої країни, події в останнє десятиліття, характеризуються посиленням уваги до проблем реабілітації осіб з відхиленнями в стані здоров'я, усвідомленням реабілітації інвалідів в Україні як важливого державного завдання. Найважливішою проблемою охорони здоров'я протягом багатьох років і в даний час залишається боротьба з серцево-судинними захворюваннями. Загальнодержавна значущість її визначається найбільшим числом захворюваності, інвалідизації і смертності людей у зв'язку з хворобами серця і судин. Гіпертонічна хвороба (ГХ), разом з іншими формами серцево-судинної патології, має широке розповсюдження серед населення і складає від 15 до 30 % всіх захворювань. Загально визнано, що ГХ сприяє ранньому виникненню атеросклерозу, його прогресу і розвитку ішемічної хвороби серця. Вона приводить не тільки до порушень функції серцево-судинної системи, але і викликає ряд інших розладів.

Статистичний аналіз показує, що у міру збільшення числа осіб з підвищеним артеріальним тиском (АТ) росте смертність. Разом з тим реєструється приблизно половина всіх випадків захворювання, і лише 3 % хворих ГХ отримують адекватне медичне лікування. Реабілітація, що включає відновну терапію в умовах лікувально-профілактичних установ, зокрема спеціальних реабілітаційних центрів і санаторіїв, клінік і відповідних інститутів, має в своєму розпорядженні арсенал засобів активної дії на функціональні системи організму: ЛФК і тренуючі фізичні вправи, фізіо- і бальнеотерапія, трудова терапія. При цьому заходи щодо своєчасної і адекватної активізації хворих — реалізація дозованих тренувальних режимів (фізичних навантажень) — впливають безпосередньо і опосередковано через різні системи організму на тренування і зміцнення органів кровообігу і особливо важливі для підвищення толерантності до фізичного навантаження, а тим самим і для відновлення фізичної працездатності хворих ГХ. Метою фізичної терапії є збереження і відновлення оптимальної функції опорно-рухової системи та підтримання задовільного фізичного стану. Рух як одна з основних ознак поняття здоров'я впливає на інші функції організму, як і на психічні властивості, і є необхідним для збереження активності та самостійності у повсякденному житті. За основу реабілітації хворих

терапевтичного профілю застосовують програму реабілітації при захворюваннях серцево-судинної системи. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я №206 від 30.12.1992 р., відновному лікуванню в спеціалізованих, реабілітаційних відділеннях місцевих кардіологічних санаторіїв підлягають хворі, що перенесли гострий інфаркт міокарда, нестабільну стенокардію або хірургічне втручання на судинах серця та досягли певного рівня фізичної активності (разова ходьба 1000 м, підйом по сходах на 17-22 сходинки). На сьогодні саме кардіологічна служба має найбільший досвід медичної реабілітації пацієнтів. Саме тому модель кардіологічної реабілітації, зокрема реабілітації пацієнтів з ІХС передусім інфарктом міокарда, застосовують у системі охорони здоров'я як зразок для впровадження в практику відповідного лікування інших терапевтичних хворих. Ефективність реабілітаційного процесу оцінюють методом поточного та етапного контролю, що забезпечує адекватне розширення режиму та інтенсифікацію навантаження у кожного конкретного пацієнта. Постійний контроль за функціональним станом пацієнта дає змогу також оцінити коронарний резерв і фізичну працездатність, відображує динаміку клінічної симптоматики захворювання. *Інфаркт міокарда* – захворювання, що характеризується утворенням некротичного вогнища в серцевому м'язі внаслідок порушення коронарного кровообігу. На сьогодні саме кардіологічна служба має найбільший досвід медичної реабілітації пацієнтів. Саме тому модель кардіологічної реабілітації, зокрема реабілітації пацієнтів з ІХС передусім інфарктом міокарда, застосовують у системі охорони здоров'я як зразок для впровадження в практику відповідного лікування інших терапевтичних хворих.

Основою фізичної реабілітації хворих з ІМ є руховий режим, ЛФК та масаж. Програма фізичної реабілітації починається з 2-го дня захворювання після усунення больового синдрому та за відсутності протипоказань (аритмія, високий тиск, загальний тяжкий стан, висока теп-ра тіла).

У разі суворого постільного режиму призначають лікувальну гімнастику (ЛГ) на 2-4-у добу за відсутності протипоказань.

Завдання ЛФК: запобігання ускладнень; поліпшити периферичний кровообіг, трофіку міокарда, психічний стан пацієнта.

Комплекс ЛГ складається з повільних рухів у дрібних і середніх суглобах, рухів

головою, короткочасних ізометричних напружень і розслаблень м'язів нижніх кінцівок, статичних дихальних вправ без поглиблення дихання.

На 2-у добу за задовільного загального стану виконують згинання ніг без відриву стоп від ліжка, незначне піднімання тіла, поворот тулубу на правий бік. У разі 3-тижн програми це роблять на 1-у добу, 4-5-тижн – на 1-2-у. Тривалість занять 8-10 хв, 2 рази на день. В повільному темпі по 4-6 разів – для дрібних груп м'язів, по 2-4 рази для середніх і великих. Тривалість режиму – 2-3 доби.

Постільний режим – подальше розширення активності хворого і перехід у положення сидячи.

Завдання ЛФК:

стимулювати екстракардіальні чинники кровообігу;
готувати й адаптувати серцево-судинну систему до положення сидячи;
навчати хворого елементам самообслуговування.

ЛФК проводять у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять 2-3 рази на день. Тривалість – 15-17 хв. Проводять тренування вестибулярного апарату. У разі 3-тижневої програми на 3-ю добу, 4-тижн – на 7-8 добу, 5-тижн – на 8-10 добу час сидіння в ліжку поступово збільшують. При стабільному стані пацієнта можна посадити у ліжку – 3-4 рази по 15-30 хв. В цьому положенні вмиватися, зачисуватися, чистити зуби, читати, слухати радіо. Тривалість режиму становить 7-10 днів.

Завдання ЛФК у період напівпостільного режиму: підготувати й адаптувати ССС до положення стоячи і ходьби; продовжувати активізувати екстракардіальні чинники кровообігу;

стимулювати репаративні процеси в міокарді і поступово тренувати його; розширювати рухову активність;
готувати пацієнта до самообслуговування.

Форми ЛФК доповнюють лікувальною ходьбою. Тривалість заняття 20-25 хв. Збільшують кількість вправ для тулубу, ніг, включаючи рухи, що імітують ходьбу в положенні сидячи, з якого перехід у положення стоячи. На 2-гудобу можна пройти 5-10 м у палаті, а потім щодня збільшувати на 10 м. Наприкінці режиму – 100 м. 30-50 % денного часу – у положенні сидячи. Тривалість режиму становить 7-10 днів.

ЛФК у період вільного режиму спрямовано на адаптацію ССС до поступового збільшення фізичних навантажень, подальше розширення рухової активності, тренування для підйому східцями, підготовку до побутових навантажень. Застосовують : ЛГ, ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття по 4-5разів на день, лікувальну ходьбу. (здатність піднятися на поверх, пройти 1-3 км, виконати дії із самообслуговування) і направити в місцевий кардіологічний санаторій для подальшої реабілітації. Після здійснення програми реабілітації лікарняного етапу пацієнти повинні бути повністю підготовленими до переведення в спеціалізоване відділення реабілітації чи кардіологічний санаторій або до виписування додому.

Санаторний етап реабілітації проводять у місцевих кардіологічних санаторіях. Переведення хворих у санаторій з урахуванням протипоказань допускається при дрібно вогнищевому неускладненому ІМ не раніше ніж через 20 днів від початку захворювання, а при велико-або дрібно вогнищевому ускладненому – не раніш ніж через 30 днів за умовидосягнення пацієнтом певного рівня фізичної активності.

Протипоказання до лікування в реабілітаційному відділенні санаторію:

- загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування;
- аневризма серця;
- аневризма аорти при серцевій недостатності вище І ст.;
- ГХ ІІІ ст.;
- рецидивні тромбоемболії;
- порушення мозкового кровообігу;
- декомпенсований або тяжкий ЦД;

захворювання зі значними порушеннями функцій органів і систем.

Основні завдання лікування хворих з ІМ на санаторному етапі реабілітації:

- вторинна профілактика прогресування ІХС;
- запобігання повторному ІМ;
- ліквідація або зменшення фізичної непрацездатності хворих;

підготовка до професійної діяльності.

Санаторний етап реабілітації передбачає значне зростання інтенсивності фізичних навантажень під час фізичної реабілітації, передусім за рахунок ЛГ та тренувальної ходьби. Тренувальний режим призначають не всім пацієнтам, а лише тим, хто засвоїв фізичні навантаження попередніх режимів і не має аритмії, недостатності кровообігу, проявів стенокардії. санаторний етап реабілітації проводять у місцевих кардіологічних санаторіях. Переведення хворих у санаторій з урахуванням протипоказань допускається при дрібно вогнищевому неускладненому ІМ не раніше ніж через 20 днів від початку

захворювання, а при велико-або дрібно вогнищевому ускладненому – не раніш ніж через 30 днів за умови досягнення пацієнтом певного рівня фізичної активності. *Відновлення професійно-трудової діяльності* здійснюється поступово. Від часткового обмеження службових навантажень, під час якого продовжують динамічне спостереження, поступово переходять до повного, доступного для пацієнта, кола професійних обов'язків. Відновлення професійно-трудової діяльності є не лише кінцевою метою реабілітації, а і могутнім засобом відновлення психоемоційної сфери. Переважна більшість людей, що вперше перенесли ІМ, повністю одужують і тривалий час займаються повноцінною діяльністю. Лікарсько-трудова експертна комісія встановлює період тимчасової непрацездатності хворих з ІМ. Для більшості хворих цей період становить від 3 до 5 місяців. Хворих із несприятливим трудовим і загальним прогнозом, а також пацієнтів, які потребують перевлаштування або продовження лікування понад 4 міс, направляють на МСЕК. Відновлення професійно-трудової діяльності є не лише кінцевою метою реабілітації, а і могутнім засобом відновлення психоемоційної сфери. Переважна більшість людей, що вперше перенесли ІМ, повністю одужують і тривалий час займаються повноцінною діяльністю.

Основні завдання відновного лікування при захворюваннях нервової системи. ФР при гострому порушенні мозкового кровообігу (інсульті). Розрізняють 3 етапи реабілітації хворих на інсульт: 1-й — ранній відновний (до 3 міс), 2-й — пізній відновний (до 1 року), 3-й — етап залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік). Визначаючи завдання, засоби і методики ЛГ на цих етапах реабілітації, враховують призначений руховий режим та ступінь порушення рухових функцій. Використовують суворий та розширений ліжковий режими, напівліжковий (палатний) і вільний рухові режими. Розрізняють 1-й ступінь порушення рухових функцій (легкий парез), 2-й (помірний парез), 3-й (парез), 4-й (глибокий парез) і 5-й ступінь (плегія або параліч). На ранньому відновному етапі лікування хворому послідовно призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий (2а-2б), палатний та вільний режим. Тривалість кожного рухового режиму залежить від стану хворого і ступеня порушень рухових функцій. Чим більші порушення рухових функцій виявлені, тим повільніше розширюються режими рухової активності. *Захворювання та травми периферичної нервової системи.* Залежно від втягнення певної ділянки нерва у запальний або травматичний процес розрізняють такі захворювання: радикуліт (запалення нервових

корінців); неврит (запалення нервових стовбурів); плексит (запалення нервових сплетень); поліневрити (запалення декількох нервів). Характерною рисою клінічної картини у хворих із запальними і травматичними ушкодженнями периферичної нервової системи є порушення рухової функції та біль. Периферичний параліч і в'ялий парез супроводжуються м'язовими атрофіями, зниженням м'язового тону та сухожильних рефлексів.

Завдання ЛФК: 1) поліпшити кровообіг і трофічні процеси в зоні ураження, сприяти усуненню судинних та трофічних розладів; 2) активізувати розсмоктування залишкових явищ запального процесу (профілактика утворення зрощень та рубцевих змін; 3) зміцнювати паретичні м'язи і зв'язковий апарат; 4) запобігти м'язовій атрофії та тугорухливості в суглобах або усунути їх; 5) розвивати й удосконалювати замісні рухи та координацію рухів; 6) протидіяти скривленню хребта та обмеженню рухомості хребта; 7) чинити оздоровчу та загальнозміцнювальну дію на організм хворого.

Неврит лицьового нерва. Клінічні ознаки: паралізований бік обличчя млявий, дряблий, порушено мигання повік, не закривається очна щілина, рот перекошений у здоровий бік, кут рота з цього боку опущений, мова нерозбірлива. Найтяжче ускладнення неврити лицевого нерва — контрактура паретичних м'язів та поява синкінезій. Лікування комплексне: спеціальне положення (лейкопластична маска), лікувальна мімічна гімнастика (з 6-10-го дня захворювання), масаж, фізіотерапевтичні процедури.

Темп виконання вправ повільний або середній. Кожну вправу на початку курсу повторюють 10-15 разів, потім кількість повторень збільшують щодня на 3-5 і поступово доводять до 30-40 разів. У міру збільшення амплітуди самостійних рухів і сили скорочення паретичних м'язів слід зменшувати допомогу у виконанні вправ. Треба уникати втоми уражених м'язів. Підтримувати тонус м'язів на боці ураження й поліпшити проведення нервових імпульсів допомагає масаж.

Масаж починають з ділянки лоба погладжувальними руками долонної поверхні пальців, потім виконують спіралеподібне розминання в напрямку від середньої лінії до скронь. Коловий м'яз ока масажують по верхньому краю від середньої лінії назовні, а по нижньому краю у зворотному напрямку; масаж щоки виконують у напрямку від краю нижньої щелепи вгору до носа. Масаж верхньої губи, носа та підборіддя також

проводять знизу вгору, тобто від кута рота до носа, від кінчика носа до перенісся і з-під краю нижньої щелепи до кута рота. Кожен прийом масажу рекомендується повторювати 5-8 разів, увесь сеанс виконувати кілька разів на день.

Значення фізичної, психологічної, трудової реабілітації. У багатьох хворих з ураженням нервової системи астенічні прояви (дратівливість, плаксивість, розлади сну), розвивається почуття невпевненості в собі, неповноцінності, тривожності, фіксація на дефекті і різних хворобливих відчуттях. Хворий втрачає віру в можливість одужання, медичній сестри треба бути особливо уважною до таких пацієнтів. Частина хворих, навпаки, недооцінюють свій стан, не виконують лікарських призначень, порушують режим.

Реабілітація пацієнта із хірургічними захворюваннями. Після операції, зазвичай, повинен пройти певний період часу, щоб відновити функцію прооперованого органу або кінцівки. Щоб процес відновлення протікав максимально швидко, необхідно нормалізувати кровообіг і іннервацію в тій області, де було проведено оперативне втручання. Це основний принцип післяопераційної реабілітації. І зазвичай це досить важко зробити. Організм з якихось причин «починає менше приділяти уваги» оперованому місцю. В результаті рівень кровообігу в цьому місці знижується, і відновні процеси сповільнюються. Може початися утворення келоїдних рубців (перша ознака нестачі кровообігу), спайок, непроходячих болів, незгасаючого запального процесу, набрякlostі. Після порожнинних операцій нерідко виникають свищі, погано загоюються. Так само людина може відчувати побічну дію наркозу, у вигляді головного болю і періодично одурманеного стану. Іноді операцію доводиться повторювати, і навіть не один раз. Однак насправді можна відновити організм за досить короткий час так, що ці події не будуть проявлятися і ускладнення не обтяжать подальше життя. Післяопераційна реабілітація полягає в наступному: потрібно, щоб організм почав ставитися до оперованої області як до не оперованої. Тоді відновитися кровообіг, швидко піде запалення і больові відчуття, область розрізу заросте без рубців, швидко стануть зникати свищі. Досліди американських ескулапів показали: чим більше пацієнт перед операцією навантажує себе фізично, тим швидше потім одужує. Мається на увазі те, що дозовані фізичні навантаження мають загальну стимулюючу дію практично на всі системи організму. Однак, при цьому досить важко визначити, на яку з систем людського організму дозовані фізичні навантаження діють особливо

ефективно. Тут думки фахівців розділилися і у кожного свої аргументи. Деякі вчені припускають, що дозовані фізичні вправи стимулюють нервову систему, якій і належить основна роль в одужанні. Адекватний тонус цієї системи не дозволяє організму чахнути і лежати на лікарняному ліжку. Постійне надходження нервових імпульсів в активно треновані м'язові групи підтримують всі процеси в стані бойової готовності. Поки мозок в стані регулярно і своєрідно обмінюватися інформацією з периферійними ділянками тіла за допомогою нервових волокон, їх активність і функціональна придатність залишаються на рівні достатньому для одужання. У комплексному лікуванні хворих у до- та післяопераційний широко застосовують засоби ЛФК: раціональний руховий режим, фізичні вправи, природні чинники та масаж.

Лікувальна дія фізичних вправ та інших засобів після операцій на органах черевної порожнини та торакальних операцій виявляється у вигляді тонізуючого, нормалізуючого, трофічного та компенсаційного впливу. Головними фізіологічними механізмами дії фізичних вправ є нервовий та нейрогуморальний. Виконання фізичних вправ ставить хворого в умови активної та свідомої участі у лікувальному процесі, що в свою чергу має великий вплив на його психічний стан і підвищує впевненість у своїх силах і близькому одужанні. Головний чинник – підвищення м'язового тону – зумовлює зміну вегетативних функцій. За теорією моторно-вісцеральних рефлексів моторний апарат є провідним стимулятором нервової і гуморальної регуляції дихання, кровообігу та інших систем. До операції хворим, які поступають до хірургічного стаціонару для негайних оперативних втручань, звичайно призначають суворий чи розширений ліжковий режим (рідше палатний режим). Особам, які поступають для планових операцій, частіше призначають палатний та вільний режими.

- Основними завданнями лікувальної фізкультури до операції є психофункціональна підготовка хворих до хірургічного втручання та освоєння вправ, які застосовуватимуться в найближчий час після операції. У післяопераційному періоді об'єм фізичного навантаження визначається руховим режимом.

Суворий ліжковий режим створює оперованому хворому умови для фізичного та психічного спокою, втілює та підтримує впевненість у сприятливому наслідку операції; полегшує діяльність серцево-судинної та дихальної систем, знижує ступінь проявів супутніх захворювань та вікових органічних і функціональних зрушень, поліпшує загальний та місцевий крово- і лімфообіг, поновлює порушений механізм дихання (навчити правильно використовувати грудне та діафрагмальне дихання, вміти видалити мокротиння), запобігти розвитку застійних явищ і рефлексорних спазмів у легенях, малому тазі, тромбозів, емболій, внутрішньочеревних зрощень, атонії кишок, труднощам сечовипускання, надмірному рефлексорно-больовому щадінню операційної рани.

- Хворий постійно перебуває у ліжку, лежачи на спині, на боці або напівсидячи. Зміну положення хворого, повертання тулуба, туалет та годування проводять за допомогою обслуговуючого персоналу. У разі важкого стану хворих використовують в основному статичні та динамічні дихальні вправи середньої глибини. Їх слід виконувати в повільному темпі під наглядом лікаря, інструктора ЛФК, самостійно за індивідуальними завданнями кожні 15-20 хв. Призначають дихальні вправи статичного і динамічного характеру, активні рухи для дрібних та середніх м'язів верхніх і нижніх кінцівок, які поступово доповнюють рухами у великих суглобах кінцівок. Темп рухів повільний. Загальнозміцнювальні вправи поєднують з дихальними у співвідношенні 1:1. Показами до суворого ліжкового режиму є: 1-ша — 2-га доба після резекції шлунка, накладання гастроентероанастомозу з ваготомією та дренуючими операціями, ушивання проривної виразки шлунка, у знесилених хворих із ускладненим перебігом захворювання; 1-ша — 2-га доба після апендектомії (проривна і гангренозна форми), операція з приводу великих рецидивних гриж, завороту кишок; 1-ша — 2-га доба після видалення жовчного міхура, операції з приводу гострого панкреатиту, після видалення пухлин органів черевної порожнини, позаочеревинного простору, видалення нирки, селезінки, після операцій у хворих з наявністю важких супутніх захворювань, а також після операцій, які супроводжувались значними технічними труднощами і великою втратою крові.

Розширений ліжковий режим забезпечує відносний фізичний і психічний спокій, створює умови для поліпшення діяльності серцево-судинної та дихальної систем;

підвищує нервово-м'язевий та емоційний тонус організму, мобілізує цілеспрямованість хворого на одужання; знижує негативний вплив вимушеного спокою; сприяє швидкій мобілізації регулюючої функції центральної нервової системи, поновлює умовно-рефлекторні зв'язки між руховим апаратом, вегетативними центрами та внутрішніми органами, підвищує функціональний стан серцево-судинної, дихальної, травної систем, сечових органів, стимулює обмін речовин. Запобігає розвиткові вторинних ускладнень (бронхітів, запалень легень, атонії кишок, метеоризму, розходження швів, пролежнів, атрофії м'язів, дистрофії міокарда); поліпшує венозний кровообіг і запобігає розвиткові тромбозів та емболій; стимулює діяльність травного тракту, сприяючи усуненню явищ парезу шлунка та кишок, запобігає внутрішньочеревним зрощенням, прискорює регенеративні процеси та відволікає хворих від болісних відчуттів, пов'язаних з операцією; відновлює навички самообслуговування.

Після операцій на органах сечової системи для активізації хворого та запобігання ускладненням виконують такі самі маніпуляції, як і після операцій на черевній порожнині. За призначенням уролога медична сестра навчає хворого дихальної гімнастики, рухам у кінцівках. Вставати з ліжка рекомендують на 2-3 день, далі додають вправи ЛФК. У пізній післяопераційний період сімейна м/с необхідно контролювати виконання порад лікаря-уролога: медикаментозна терапія, ЛФК, дієтотерапія (у разі виявлення оксалатів у загальному аналізі сечі рекомендувати виключати з раціону чай, буряк, шпинат, бобові; уратів – м'ясні бульйони, субпродукти, твердий сир, мед). У разі виникнення ускладнень захворювання і неможливості повернення хворого на попереднє місце роботи його направляють на МСЕК, де визначають здатність до виконання конкретного обсягу роботи або встановлюють групу інвалідності.

Соціальна та медична реабілітація при переломах хребта.

Переломи хребта належать до найтяжчих ушкоджень опорно-рухового апарату. Вони призводять до порушень опорної, ресорної, рухової, захисної (щодо спинного мозку) функцій хребтового стовпа і нерідко супроводжуються ушкодженнями спинного мозку. У перебігу травматичної хвороби при ушкодженнях хребта – 4 періоди:

I період – триває 2-3 доби – розгорнута картина спінального шоку;

II період – 2-3 тижні і супроводжується явищами спінального шоку, порушеннями крово-і лімфо обігу, набряком і набуханням спинного мозку;

III період – триває близько 2-3 міс. характеризується зникненням явищ спінального шоку і виявленням справжнього характеру ураження спинного мозку;

IV – триває 2-3 роки і більше, відбувається відновлення порушених функцій спинного мозку.

Нижче місця ушкодження виникають:

- рухові розлади (паралічі, парези);
- випадіння чутливості;
- трофічні розлади (атрофії, виразки, пролежні);
- розлади функцій органів тазу.

Найуживаніший функціональний метод лікування при переломах хребта розроблено Є.Ф. Древінгом (1940). Згідно із цією методикою, пацієнта безпосередньо після ушкодження вкладають на жорстке ліжко з підкладеним під матрац дерев'яним щитом. Під шийний і поперековий відділи підкладають ватно-марлеві валики. Одночасно налагоджують витягання хребта за рахунок власної маси тіла хворого. Для запобігання трофічних розладів у ділянки лопаток, ліктів, крижів і п'яток необхідно проводити гігієнічний масаж, обтирати шкіру хворого сумішшю води з камфорним спиртом (2 ст.ложки на 0,5 води), а у разі появи пролежнів – перев'язки з антисептичними розчинами. Застосування фізичних вправ при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату сприяють загоєнню ран, поліпшенню кровопостачання і усунення застійних явищ в пошкоджених частинах тіла, попередження ускладнень — контрактур, м'язової дистрофії спайок і ін. Фізичні вправи надають нормалізуючий вплив на рівень основних 'нервових процесів, підвищують тонус кори великих півкуль головного мозку, діють психотерапевтичних, швидше відновлюють сили хворого. Фізичні вправи призначають в перші дні після надходження хворого в стаціонарі з урахуванням стану хворого і його індивідуальних особливостей. Весь курс фізичної реабілітації умовно поділяють на 3 періоди: іммобілізації; постіммобілізаційний; відновний. Важливим досягненням в реабілітації стало усвідомлення ролі феномена «learned non-use» («розучився використовувати»). Цей термін має відношення до анатомічно збережених нервових ланцюгів, які вимикаються після тривалого періоду бездіяльності. Подібно м'язам, які гіпотрофуються, якщо

перестають брати участь в рухах, нервові ланцюги також можуть втратити свої функції. Дослідження показали, що даний феномен звернемо за рахунок інтенсивних тренувань (фізичних вправ) навіть після десятиліть паралічу. Останнім часом активно розвиваються методики корекції рухів шляхом багатоканальної функціональної електричної стимуляції м'язів в точній відповідності з природною програмою їх збудження і скорочення в руховому акті. При цьому в якості джерела біологічного зворотного зв'язку (БОС) використовується кут згинання в одному з суглобів кінцівки, що знаходиться в тісній кореляції з параметрами біоелектричної активності м'язів в нормі. Багато апаратів для електростимуляції з'єднують з пристроями для проведення відновного лікування (наприклад, велотренажером). ЛФК у неврологічній клініці є методом відновної терапії. Її широко застосовують у лікуванні післятравматичних станів, судинних та інфекційних уражень центральної та периферичної нервової системи. Застосування ЛФК сприяє більш повноцінному функціональному відновленню порушеної рухової активності, загальному оздоровленню організму, скороченню термінів непрацездатності, якнайшвидшій фізичній та трудовій реабілітації. ЛФК призначають особам із захворюваннями нервової системи як метод патогенетичної, неспецифічної, комплексної терапії та профілактичної медицини.

Період іммобілізації відповідає кістковому зрощенню уламків, яке настає через 30-90 днів після травми. Завдання реабілітації в цьому періоді: підвищення життєвого тону хворого; покращення функції серцево-судинної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту, обмінних процесів, іммобілізованих кінцівок.

Доцільними є форми ЛФК: УГГ, лікувальна гімнастика (1-3 рази на день), що включають статичні і динамічні дихальні вправи, загально-розвиваючі вправи, що охоплюють всі м'язові групи, вправи на координацію, рівноваги. Вправи для симетричною кінцівки, ідеомоторні і ізометричні вправи на іммобілізованих м'язові групи, для профілактики контрактур і гіпотрофії м'язів у вигляді самостійних індивідуальних занять. Масаж призначають з 2-го тижня один раз в день. Оволодіння найпростішими навичками самообслуговування.

Постімобілізаційний період: починається після зняття гіпсової пов'язки або скелетного витягування. Клінічно і рентгенологічно в ці терміни відзначається консолидація області перелому і зниження сили і витривалості м'язів, амплітуди рухів в суглобах. Завдання періоду: підготовка хворого до вставання, тренування вестибулярного апарату, навчання навичкам пересування на милицях, відновлення функції пошкодженої кінцівки, нормалізація правильної постави. В цьому періоді використовуються: УГТ, лікувальна гімнастика, навантаження зростає за рахунок збільшення числа вправ і їх дозування, масаж 10-15 процедур, самостійні індивідуальні заняття, механотерапія, гідрокінезіотерапія, трудотерапія.

Відновлювальний період. У цей період можливі залишкові явища у вигляді обмеження амплітуди рухів в суглобах, зниження сили і витривалості м'язів пошкодженої кінцівки, що призводять до зниження працездатності. В цьому періоді призначаються УГТ, лікувальна гімнастика, самостійні індивідуальні заняття, дозована ходьба, механотерапія, гідрокінезіотерапія.

Фізіотерапевтичні процедури також займають важливе місце в лікуванні та реабілітації при переломах. При іммобілізації кінцівок, щоб зменшити біль, застосовують УФО вище місця перелому в формі манжетки, УВЧ слаботеплової інтенсивності через гіпс (10-15 хв) щодня, индуктотермію область перелому. З 2-3-го тижня призначають ультразвук на область перелому, УФО. Хороший ефект дає УФО сегментарної зони — комірцевої, поперекової, в залежності від локалізації перелому. З 3-го тижня призначають на область перелому електрофорез кальцію в чергуванні з електрофорезом фосфору. Після зняття гіпсової пов'язки або через місяць після травми при інших способах іммобілізації застосовують парафінові, озокеритові і грязьові аплікації. Після зняття гіпсової пов'язки проводять електростимуляцію функціонально ослаблених м'язів. При розвитку тугорухливості суглобів перед проведенням занять ЛГ на область суглоба призначають ДДТ (діадинамічні струми). В подальшому в реабілітаційний комплекс включаються йодобромні, хлорид-натрієві, шалфейні, скипидарні та інші загальні ванни.

Досягнення сучасної науки та техніки, можливість застосування ефективніших методів фізіотерапії в клінічній практиці вимагає від сучасного медичного працівника ґрунтовнішого знання засобів і можливостей фізичних методів

профілактики, лікування та медичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вакуленко Л.О. Основи фізичної реабілітації. Тернопіль: ТНПУ. 2013. –234 с.
2. Вакуленко Л.О., Прилуцький З.П., Вакуленко Д.В. Основи масажу . Тернопіль:ТНПУ, 2013. – 132 с.
3. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 464 с.
4. Мухін В.М., Магльований А.В., Магльована Г.П. Основи фізичної реабілітації. — Львів, 1999. — 119 с.
5. Порада А.М., Солодовник О.В., Прокопчук Н.Є. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник. — 2-е вид. — К.: Медицина, 2008. — 248 с.
6. Електронний посібник лекцій з предмету « Медична та соціальна реабілітація» викладачів ВНЗ Київського міського медичного коледжу
[:https://drive.google.com/file/d/1nknkytFIxyt7EnE963kMXTD9xDGIXDIG/view](https://drive.google.com/file/d/1nknkytFIxyt7EnE963kMXTD9xDGIXDIG/view)

