Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів»
Vrije Universiteit, Belgium
Strasbourg University, France

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

Збірник наукових матеріалів VIII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю

24 листопада 2022 року

PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTHSAVING TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES

Collection of materials of the VIII All-Ukrainian Scientific and Practical conferences with international participation

November 24, 2022

Полтава 2022

Баштан В.П., д.мед.н., професор
Полтавський державний медичний університет
Левков А.А. к.мед.н., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Лікарняний період реабілітації. Засоби фізичної реабілітації при планових операціях використовують у передопераційний, ранній та пізній післяопераційні періоди.

У ***передопераційний період*** застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру проводять відповідно до призначеного напівпостільного або вільного режиму. Завдання: підвищення загального тонусу організму, покращання психічного настрою хворого і створення в нього впевненості в успішності операції; зміцнення фізичних сил, розкриття резервних можливостей хворого, стимуляція функцій його серцево-судинної, дихальної, травної систем; навчання і тренування грудного типу дихання, прийомів малоболючого відкашлювання; засвоєння вправ і прикладних рухових навичок раннього післяопераційного періоду.

ЛФК застосовують у формі лікувальної гімнастики, що проводиться індивідуально чи в малих групах, самостійних занять 3-4 рази на день, ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної ходьби.

Лікувальний масаж використовують з метою підвищення загального тонусу організму, заспокійливого впливу на хворого. Використовують, переважно, класичний масаж.

Фізіотерапія націлена на покращання функціонального стану нервової та інших систем організму, запобігання післяопераційних ускладнень.

Для профілактики пневмоній, бронхітів призначають мікрохвильову терапію на ділянку легенів, аероіонізацію обличчя і дихальних шляхів, загальне УФО, а для попередження парезу кишок та їх здуття опромінюють ділянку живота, роблять інколи підводнокишкові промивання. Показані душ дощовий температурою 34-35°С, електросон, УВЧ-терапія області шийних симпатичних вузлів та дарсонвалізація бокових поверхонь шиї для зменшення ймовірності виникнення післяопераційної ікавки.

У ***післяопераційний період*** застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру використовують з перших годин після операції і проводять відповідно до призначеного рухового режиму.

Протипоказання для застосування ЛФК, окрім загальних, такі: різкий біль в операційній рані; небезпека відновлення кровотечі; наявність недренованих абсцесів у черевній порожнині; порушення ритму серцевої діяльності, коронарного чи мозкового кровообігу.

Суворо постільний режим призначають після важких операцій та особам з наявністю серйозних супутніх захворювань. Завдання ЛФК: підвищення психоемоційного тонусу хворого і підтримання впевненості у сприятливому наслідку операції ; зменшення застійних явищ і покращання загального і місцевого крово- і лімфообігу; відновлення порушеного механізму дихання; попередження післяопераційних ускладнень (пневмонія, ателектази, тромбоемболія). Комплекси лікувальної гімнастики складаються з дихальних статичних і динамічних вправ середньої глибини, рухів у дрібних суглобах кінцівок, що виконують у повільному темпі. Тривалість заняття 3-5 хв і повторюються під наглядом або самостійно 8-10 разів на день. Хворого спонукають до відкашлювання мокротиння, нагадуючи йому про необхідність притримувати руками післяопераційну ділянку. Реабілітолог при цьому синхронно з кашлевими поштовхами здавлює хворому грудну клітку спочатку в області нижніх ребер, а потім – у середній і верхній її частинах. Рекомендують робити декілька поглиблених дихальних рухів через кожні 15-20 хв.

Постільний режим триває: 1-3 доби після апендектомії, ушивання проривної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки; 1-4 доби після резекції шлунка; 1-5 діб після радикального грижорозтину; 1-6 діб після холецистектомії, видалення нирки, селезінки. Завдання ЛФК у цьому режимі: відновлення нормальної регулярної здатності ЦНС, підвищення функціонального стану серцево-судинної, дихальної, травної систем; стимулювання обміну речовин і регенеративних процесів ; попередження пневмоній, ателектазів, тромбоемболій, парезу кишок, метеоризму, затримки сечовипускання, запобігання утворення зрощень у черевній порожнині; відновлення навичок самообслуговування та підготовка хворого до більш активних рухових режимів.

Лікувальну гімнастику призначають через 1-2 год після операцій, проведених під місцевим знеболюванням і через декілька годин після операцій під наркозом. Комплекси складають з дихальних вправ, рухів кінцівками з обмеженою амплітудою у повільному темпі. Дозволяється почергове згинання і розгинання ніг, не відриваючи п'яток від ліжка. Тривалість заняття 5-8 хв.

Першого дня або наступної доби, залежно від характеру проведеної операції і клінічного стану хворого, виконують повертання у бік операційної рани. На 2-3-тю добу під час заняття хворого переводять у положення сидячи і у подальшому він набуває цього положення самостійно 3-4 рази на день по 5-10 хв. Після адаптації до положення сидячи йому під кінець режиму дозволяють встати. Деяким фізично підготовленим хворим після апендектомії можна встати через 8-10 год після операції і на 2-3-й день ходити по коридору і сходах. У постільному режимі звичайно виключають вправи, пов'язані зі статичним напруженням м'язів живота, особливо після грижерозтину. Взагалі після операції з приводу грижі перехід в положення сидячи, а надалі в положення стоячи затримується на 3-5 діб. У цьому режимі окрім лікувальної гімнастики застосовують самостійні заняття 4-5 разів на день, ранкову гігієнічну гімнастику.

Напівпостільний режим приблизно триває: 2-5 діб після апендектомії; 6-8 діб після радикального грижерозтину; 4-10 діб після ушивання проривної

виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, резекції шлунка, холецистекто-мії, видалення нирки, селезінки.

Берсим О.А., студент
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Левков А.А. к.мед.н., доцент
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ДОМАШНІХ УМОВАХ: СПЕЦИФІКА, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Актуальність. За даними ВООЗ 2007-2021, в Україні щороку реєструється 100-110 тисяч хворих на мозковий інсульт (МІ). Впродовж 1 року після МІ 20-40% хворих потребують постійної сторонньої допомоги і тільки 10% повертаються до звичного життя і праці. Є тенденція до зниження вікового цензу хворих, нагальним є питання втрати працездатних громадян середнього віку. В Україні фізична реабілітація/терапія (ФР/Т) після інсульту має таку специфіку:
1) Потреба кваліфікованих фахівців в 100 разів більша за пропозицію.
2) Міжнародні стандарти ФР/Т лише починають впроваджуватись: командна робота лікарів, фахівців з ФР/Т та допоміжного персоналу ще не відбувається повноцінно через організаційні та «людські» чинники; недостатня кваліфікація та компетентність фахівців з ФР/Т.
3) Низька доступність тривалої реабілітації в спеціалізованих закладах – переважно після закінчення гострого періоду пацієнти виписуються додому.

Актуальними завданнями ***є:*** підбір ефективних заходів ФР/Т та ерготерапії у частині раннього, пізньому (0,5-2 роки) і резидуальному (3-6 років) відновних періодах саме для роботи з пацієнтами в домашніх умовах.

Результати узагальнення. Згідно з активними цілями, тобто спрямованими на збільшення моторних можливостей і, відповідно, повсякденної активності, я узагальнив результати регулярної роботи з пацієнтами удома (методологічна основа – пропріоцептивна нейром'язова фацилітація, Бобат-терапія), дані згаданих вище досліджень. В таблиці на прикладі п'ятьох пацієнтів з лівостороннім геміпарезом у ранньому, пізньому і резидуальному періодах відновлення після ішемічного інсульту показано застосовність ефективних засобів ФР/Т в домашніх умовах.

Рекомендації. Під час складання та виконання індивідуалізованих (домашніх) програм реабілітації доцільно враховувати таке.
1. Постійно підтримувати мотивацію пацієнта до тривалих занять достатньої інтенсивності. Способи: забезпечення різноманітності комплексів вправ і занять; підкреслення видимих успіхів – стабільних, нехай і незначних, покращень навичок; перегляд активних цілей відповідно до спроможності пацієнта в даному часовому проміжку; акцентування на власних можливостях пацієнта, запобігання хибнійнадії на «диво-засоби».