**Л.Б. Волошко**, к.пед., доцент;

**В. С. Жовновата,** студентка ІІІ курсу спеціальності

«Фізична терапія, ерготерапія»,

*Полтавський національний технічний університет*

*імені Юрія Кондратюка*

**лікувальна фізИЧНА культура як невід̓ємна складова Фізичної реабілітації при пневмонії**

Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними витратами внаслідок цього захворювання. 

В Україні захворюваність дорослих на пневмонію складає 4-6 на 1 000 осіб молодого та середнього віку і 12-18 випадків на 1 000 населення старших вікових груп [4]. У структурі смертності населення  від хвороб органів дихання пневмонія посідає друге місце після хронічного обструктивного захворювання легень. Смертність становить 13-15 на 100 000 населення, що складає 3% з тих, що захворіли на пневмонію [4].

Однак ці показники не в повній мірі відображають рівень справжньої захворюваності і смертності. Крім того, в Україні досі відсутні статистичні показники по окремим видам пневмонії, що не дає можливості проводити відповідний аналіз і порівнювати наведені дані з міжнародними.

Зважаючи на зазначене вище, для суспільства нашої країни на сьогодні проблема профілактики захворюваності та реабілітації хворих на пневмонію є досить гострою та актуальною.

Пневмонія – поліетіологічне вогнищеве інфекційно-запальне захворювання легень із залученням до патологічного процесу респіраторних відділів легень і обов’язковим розвитком внутрішньоальвеолярної запальної ексудації [3]. Вогнищева пневмонія в багатьох випадках є смертельним ускладненням та дуже часто не діагностується при житті хворого. До факторів ризику розвитку пневмонії відносяться дитячий і літнійвік, паління, хронічні хвороби інших органів, імунодефіцитні стани, контакт з птахами, тваринами, гризунами, подорожі, холодовий фактор [3, 4].

У патогенезі захворювання виникає під час проникнення інфекції в легеневу тканину частіше бронхогенним, рідше гематогеннимабо лімфогенним шляхом в результаті зниження функції системи місцевого бронхопульмонального захисту і розвитку під впливом інфекції запалення в альвеолах [1, 2]. Незважаючи на численні методи лікування вогнищевої пневмонії її терапія є складною та не до кінця вирішеною проблемою.

Пошуку механізмів вирішення проблеми профілактики та реабілітації хворих на пневмонію присвячені праці Ю. І. Фещенко, О. А. Голубовської, К. А. Гончарова, О. Я. Дзюблик, Я. О.Дзюблик, В. В. Дмитриченко, Г. Б. Капітан, В. Я. Клягіна, Ю.М.Мостового, О. О. Мухіна та ін. Незважаючи на наявні роботи, присвячені вивченню методів діагностики, профілактики та реабілітації хворих на пневмонію ця проблема далека від свого вирішення. Зокрема, недостатньо уваги приділяється програмам реабілітації на поліклінічному етапі, в той час як даний етап досить вагомий в корекції стану хворих на пневмонію; недостатньо досліджений вплив лікувальної гімнастики у профілактиці легеневих захворювань тощо.

Невід’ємною і найбільш суттєвою частиною медичної реабілітації хворих на пневмонію є лікувальна фізична культура (ЛФК), яка не тільки сприяє морфологічному та функціональному відновленню органів дихання, але й забезпечує досконалу адаптацію всього організму до звичайних для даного хворого умов побуту і праці. Призначають ЛФК із перших днів захворювання, методику будують відповідно до лікувального завдання. В умовах стаціонару хворому рекомендують один із чотирьох режимів: суворий ліжковий (за необхідності), розширений постільний, палатний і вільний. Призначення рухового режиму залежить від тяжкості хвороби, її перебігу, фізичної підготовленості хворого, наявності супровідних захворювань та інших чинників [1, 2].

Протипоказання до призначення ЛФК маютьтимчасовий характер. До них належать: загальний тяжкий стан хворого, виражена інтоксикація, температура тілапонад 37,5 °С, сильніболі, дихальна недостатність, тахікардія (пульс більше 100 уд/хв) [3, 4].

Основні завдання ЛФК при пневмонії такі: підвищення нервово-психічного тонусу і реактивності організму; поліпшення крово- і лімфообігу в легенях, що дозволяє прискорити розсмоктування запального ексудату та запобігти ускладненням (утворення спайок у плевральній порожнині, ателектаз, бронхоектаз); зменшення проявів дихальної недостатності; активізація тканинного обміну та окисно-відновних процесів у організмі; сприяння більш повному виведенню харкотиння; відновлення правильного механізму дихального акту (зниження напруження дихальної мускулатури, вироблення нормальних співвідношень дихальних фаз, розвиток ритмічного дихання з більш тривалим видихом, збільшення дихальних екскурсій діафрагми); розвиток компенсаторних механізмів, які забезпечують поліпшення вентиляції легень і підвищення газообміну шляхом зміцнення дихальної мускулатури та збільшення рухливостігрудної клітки[1, 2, 3, 4]. Залежновід стану хворого застосовувати ЛФК у комплекснійтерапіїхворих на пневмонію можна на наступний після кризи день або протягом перших 2–3 днів при нормальній температурі тіла.

При строгому ліжковому режимі використовують статичні дихальні вправи, при цьому щадять уражену легеню (не поглиблюють дихання і не збільшують рухливість грудної клітки), елементарні гімнастичні вправи малої інтенсивності для дрібних і середніх м’язових груп верхніх та нижніх кінцівок. Усі вправи виконують у вихідному положенні лежачи на спині або напівсидячи з високо піднятим узголів’ям. Ослабленим хворим, особливо літнього віку, рекомендують погладжувальний масаж спини (щоб запобігти легеневим ускладненням) у вихідному положенні лежачи на здоровому боці, а також масаж нижніх та верхніх кінцівок [1, 2].

При розширеному ліжковому режимі ЛФК призначають у вигляді процедур лікувальної гімнастики і ранкової гігієнічної гімнастики. Заняття проводять індивідуально або малогруповим методом. Вихідні положення (з частою їх зміною): лежачи на спині, на боці; сидячи на ліжку, опустивши ноги. Процедуру лікувальної гімнастики починають із виконання певних статичних дихальних вправ, які розвивають фази вдиху і видиху, з поступовим поглибленням дихання. Після засвоєння цих вправ хворий виконує їх самостійно 5–6 разів протягом дня. Вони сприяють поліпшенню легеневої вентиляції, збільшенню глибини дихання та зменшенню його частоти, збільшенню рухливості діафрагми [1, 2]. Застосовують також гімнастичні вправи для дрібних і середніх м’язових груп ніг та рук у середньому темпі, які спочатку виконують окремо, потім їх комбінують і поступово ускладнюють.

Після виписки зі стаціонару необхідно продовжувати заняття ЛФК у поліклініці або санаторії, допоки не настане повне відновлення функції дихальної та серцево-судинної систем. Слід поступово розширювати руховий режим, збільшуючи інтенсивність загальнорозвиваючих вправ. У санаторних умовах у заняття можна вводити спортивні вправи (плавання, веслування, ходьбу на лижах, легкоатлетичні вправи тощо), спортивні ігри (волейбол, теніс) і поєднувати їх із загартовуванням.

Отже, проблема профілактики захворюваності та реабілітації хворих на пневмонію є досить гострою та актуальною. Загальними завданнями фізичної реабілітації при пневмонії є досягнення регресії оборотних і стабілізації необоротних змін у дихальній системі; відновлення й покращення функції зовнішнього дихання та серцево-судинної системи, психологічного статусу й працездатності. Реалізація цих завдань може відрізнятися залежно від нозологічної форми, особливостей і характеру перебігу пневмонії, індивідуальних особливостей пацієнта, форми й ступеня ураження дихальної системи та досягається за допомогою ЛФК.

*Література:*

1. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навчально-методичний посібник / І.М. Григус. – Рівне, 2009. – 112 с
2. Епифанов В. А. Лечебная физкультура и врачебный контроль: [Учебник для вузов] / В. А. Епифанов, Г. Л. Апанасенко. – М. : Медицина, 2010. – 368 с.
3. Конопкіна Л. І. Рівень маркерів системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень тяжкого перебігу у залежності від прихильності їх до планової терапії / Л. І. Конопкіна // Проблеми екології та медицини. – 2012. – Т. 16, № 5-6. - С. 15-18.
4. Фещенко Ю. И. Хроническое обструктивное заболевание легких – актуальная медико-социальная проблема / Ю.И.Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 2. – С. 6.