

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Громадська організація «Всеукраїнська асоціація фізичної медицини,
реабілітації і курортології»
National University of Science and Technology Politechnica of Bucharest
(Romania)
CITY University of London (United Kingdom)
Vilnius University (Lithuania)
Vrije Universiteit (Belgium)
Strasbourg University (France)**



**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ:
РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

Збірник наукових матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

15 листопада 2023 року

Полтава 2023

тренування, навчання пацієнтів та їх родин, ерготерапевтичні засоби.

Після практичного впровадження розробленої реабілітаційної програми було визначено покращення стану, що проявлялося зменшенням кількості скарг та інтенсивності больового синдрому (за шкалою ВАШ), вираженості ознак порушення верхньої кінцівки (за опитувальником DASH), покращенням стану променево-зап'ясткового суглоба (за параметрами огляду, пальпації), відновленням амплітуди мобільності у ньому (за параметрами кутометрії), нормалізацією функціональної активності та структурної цілісності передпліччя та китиці (за китичною динамометрією, Nine-hole peg test, ABILHAND).

Отримані параметри впровадження розробленої програми свідчать про те, що розроблену методику комплексної фізичної терапії із використанням СРМ доцільно призначати у процесі реабілітації осіб похилого віку з наслідками переломів ДМПК.

Література

1. Бирчак В.М., Дума З.В., Аравіцька М.Г. Зміни психо-емоційного стану та функціональних можливостей передпліччя та зап'ястка як маркер ефективності фізичної терапії пацієнтів з постімобілізаційними контрактурами внаслідок переломів дистальних відділів кісток передпліччя. *Art of Medicine*. 2020. № 2(14). 23-31. DOI: 10.21802/artm.2020.2.14.23.

2. Burchak V, Duma Z, Aravitska M. Effectiveness of the active physical therapy in restoring wrist and hand functional ability in patients with immobility-induced contracture of the wrist joint complicated by median nerve entrapment owing to distal forearm fracture. *Journal of Physical Education and Sport*, 2020, Vol.20 (6). 3599-3606. DOI:10.7752/jpes.2020.06485

3. Lips P. Epidemiology and predictors of fractures associated with osteoporosis. *Am J Med*. 1997;103(2A):3S-11S. doi:10.1016/s0002-9343(97)90021-8

4. Tsuda T. Epidemiology of fragility fractures and fall prevention in the elderly: a systematic review of the literature. *Curr Orthop Pract*. 2017;28(6):580-585. doi:10.1097/BCO.0000000000000563

Талаш В.В., к.мед.н.

Полтавський державний медичний університет

Левков А.А. к.мед.н., доцент

Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНІЙ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – це симптомокомплекс, який розвивається в хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), зумовлений значним зменшенням кількості функціючих нефронів, що призводить до порушення функцій нирок, розладу всіх видів обміну речовин та кислотно-лужної рівноваги

з втягуванням у патологічний процес різних органів і систем організму. Усе це призводить до розвитку коморбідної патології, погіршуючи, тим самим, прогноз захворювання.

За даними ВООЗ, в середньому від ХНН у світі щороку вмирають 500 осіб на 1 млн населення; в Європі – 300 осіб на 1 млн пацієнтів. Серед хворих, які тривало лікуються діалізом, щорічно вмирає 10-15 %. Ці хворі вмирають, здебільшого, з приводу серцево-судинних ускладнень та інфекцій.

До розвитку ХНН насамперед призводить діабетичний гломерулосклероз (31-33 %), гіпертензивний нефросклероз (унаслідок АГ – 20 %), гломерулонефрити (18-19 %), полікістоз нирок (6 %), тубулоінтерстиціальні захворювання (4 %): хронічний пієлонефрит; анальгетична нефропатія; обструктивна нефропатія (сечокам'яна хвороба, гіпертрофія передміхурової залози); мієломна нефропатія, ураження судин нирок (васкуліти, атеросклероз, тромбози й емболії) та ін.

Натепер виділяють 4 стадії ХНН, які класифікуються за різним ступенем зниження розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ), яку розраховують за формулою SKD EPI. Так, на I стадії ХНН: рШКФ знаходиться в межах: $<90 - \geq 60$ мл/хв., на II – рШКФ $<60 - \geq 30$ мл/хв., при III – рШКФ $<30 - \geq 15$ мл/хв., а в IV (термінальній) стадії ХНН рШКФ знижується <15 мл/хв.

Слід відзначити, що в клінічних проявах вже на I стадії в хворих виникають такі симптоми як підвищена втомлюваність, поліурія. Із прогресуванням ХНН поліурія змінюється на оліго-анурію, знижується апетит, розвиваються диспептичні явища, артеріальна гіпертензія, з'являються геморагії, свербіж шкіри, турбує безсоння, симптоми ураження інших органів та систем (перикардит, ураження серця з розвитком ХСН, «уремічна легеня», гідроторакс поліневрити, м'язові посмикування, мозкові розлади тощо). Поступово знижується працездатність, аж до її втрати У той же час, в крові нарастають ознаки анемії (зниження гемоглобіну – 118-89 г/л (II ст.), 88-86 г/л (III) <86 г/л (IV); азотемії (рівень сечовини в межах 10-17 ммоль/л; креатиніну – 176-352 мкмоль/л (II ст.), 17-25 ммоль/л; 352-528 мкмоль/л (III ст., відповідно) та >25 ммоль/л і >528 мкмоль/л у IV стадії, виявляються зміни водно-електролітного балансу, кислотно-лужної рівноваги, порушення фосфорно-кальцієвого обміну, пуринового та ін. обмінів, у сечі виявляється гіпоізостенурія та зміни, характерні для конкретної нозології ХНН.

Тому, метою лікування хворих з ХНН є уповільнення погіршення функції нирок та запобігання розвитку ускладнень. З цією метою важливо розпочати лікування якомога раніше. Окрім медикаментозного лікування хворих на ХНН, яке включає корекцію артеріального тиску, дисліпідемії, гормональних та метаболічних порушень, порушень водно-електролітного обміну та кислотно-лужного балансу, білково-енергетичної недостатності, порушень морфології крові й імунітету, підтримання нормоглікемії, зменшення протеїнурії проводять і реабілітаційні заходи.

Проведення ефективної реабілітації неможливо без орієнтування в клініко-фізіологічних аспектах нефрологічних захворювань. Тому, перш за все необхідно зробити аналіз даних, які стосуються основної причини захворювань

нирок у конкретного хворого, регулярно контролювати швидкість зниження рШКФ. Оскільки кожному конкретному захворюванню притаманні фактори ризику його прогресування, то й реабілітація, в першу чергу, повинна бути направлена на їхнє уникнення.

Останніми роками значно зріс інтерес до використання засобів лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих із захворюваннями органів сечовивідної системи. Це метод активної, функціональної патогенетичної терапії. Фізична активність сприяє зменшенню артеріального тиску, нормалізації маси тіла, тренує серцево-судинну систему та м'язи, знімає стрес та психоемоційне напруження, покращує сон та самопочуття. Під час занять фізичними вправами, безумовно – і умовно-рефлекторним шляхом активуються фізіологічні процеси, поліпшується кореляція фізіологічних механізмів, відбувається пристосування організму до зростаючих навантажень та забезпечується функціональна адаптація хворого.

Серед основних видів немедикаментозних методів лікування нефрологічних хворих виділяють: режим, модифікація стилю життя, відмова від тютюнопаління та прийому алкоголю, підтримання оптимальної маси тіла, лікувальне харчування, дотримання дієтичних рекомендацій щодо правильного вибору продуктів харчування згідно з оцінкою харчового статусу хворих та принципів харчування при різних хворобах нирок, фітотерапію, рефлексотерапію, лікувальну фізкультуру, кліматотерапію, водолікування, теплолікування, апаратну фізіотерапію, психотерапію. Ці методи можуть застосовуватися як основні чи фонові, допоміжні в залежності від наявної патології та стану хворого. Вони сприяють зменшенню медикаментозного навантаження на організм, практично позбавлені побічних негативних реакцій, доступні, високоефективні для корекції порушень метаболізму, нейрогуморальної регуляції, особливо при лікуванні хронічних захворювань сечовивідної системи

Особливу увагу слід приділити й покращенню морально-психологічного стану хворих, які потребують НЗТ, оскільки вона погіршує якість життя пацієнта, негативно впливає на його соціальне, психологічне та фінансове благополуччя. Життя цих хворих реорганізується та пристосовується до змін, що впливають із характеру захворювання та методів його лікування. Тому, щоб поліпшити якість життя цих пацієнтів, застосовується паліативне лікування шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки. Для оцінки морально-психологічного стану використовують шкалу оцінки якості життя, шкалу «психологічне здоров'я» (характеризує наявність ознак тривоги та/чи депресії, ознаки позитивних емоцій), шкалу SF-36 (використовується для визначення середніх показників фізичного та рольового функціонування, показників інтенсивності болю й загального здоров'я у пацієнтів). За результатами цих досліджень можна провести оцінку ступеню прихильності до діалізного лікування, виявити ознаки тривожно-депресивних розладів, що дає змогу лікарям своєчасно призначити

консультацію психолога чи психіатра, виявити, попередити або зменшити негативні наслідки, які можуть виникнути при проведенні НЗТ.

Крім того, в цих хворих може виникнути МІА-синдром, що сприяє прискореному розвитку атеросклерозу та є предиктором високої смертності діалітичних пацієнтів незалежно від її безпосередньої причини. Тому, для своєчасного виявлення осередків інфекції та їхньої нейтралізації, а також з метою попередження розвитку ускладнень, ці хворі повинні регулярно спостерігатися кардіологом, окулістом, неврологом та іншими спеціалістами. Обов'язкова консультація нефролога-дієтолога з метою корекції харчування й профілактики МІА синдрому.

Прогноз залежить від стадії ХНН, величини альбумінурії, прогресування основного захворювання (причини пошкодження нирок), наявності факторів, що прискорюють прогресування хвороби або призводять до прогресування ниркової недостатності та від впровадження вищезазначених заходів, метою яких є сповільнення прогресування ХНН.

Література

1. Катеренчук І. П. Хронічна хвороба нирок : навч. посіб. / І. П. Катеренчук, Т. І. Ярмола. – Київ, 2012. – 148 с.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 11 лютого 2016 року № 89 Уніфікований клінічний протокол вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок в стадії: діагностика та корекція недостатності харчування», 31 ст.

3. Основи фізичної реабілітації / Магльований А., Мухін В., Магльована Г. – Львів, 2006. – 150 с.

4. Рустамян С. Т. Порівняльна характеристика якості життя хворих, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу / С. Т. Рустамян, І. П. Катеренчук // Вісник проблем біології і медицини. – 2022. – Вип. 1 (163). – С. 157–161.

Талаш В.В., к.мед.н., доцент
Гречишникова А., здобувач вищої освіти 6 курсу
Полтавський державний медичний університет

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Останніми роками значно зріс інтерес до використання засобів фізичної реабілітації жінок із захворюваннями статевих органів.

До немедикаментозних методів лікування гінекологічних хворих відносять: режим, лікувальне харчування, фітотерапію, рефлексотерапію, лікувальну фізкультуру, кліматотерапію, водолікування, теплолікування, апаратну фізіотерапію, психотерапію [1,2,5]. Ці методи можуть застосовуватися як основні, фонові чи допоміжні, в залежності від наявної патології та стану