

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ СКЛАДОВІ КОНЦЕПЦІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З БРОНХО-ЛЕГЕНЕВИМИ ПАТОЛОГІЯМИ

Івасик Наталія

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація:

У статті подано план реабілітації дітей з бронхо-легеневими захворюваннями, який включає наступні етапи: обстеження, визначення лімітуючих факторів щодо засобів та методик фізичної реабілітації, рівня знань і навичок у дітей та їх батьків щодо контролю за перебігом бронхо-легеневого захворювання та адекватного проведення реабілітації й організації занять з фізичної культури, постановки мети, цілі та завдань, визначення технології фізичної реабілітації та на її основі складання індивідуальної програми. Реалізація даної програми з постійним контролем та забезпечення пацієнта, на момент виписки, домашньою програмою фізичної реабілітації на основі даних підсумкового контролю.

The article presents plan of rehabilitation of children with bronchopulmonary diseases, which includes the following steps: inspection, identification of limiting factors on the means and methods of physical rehabilitation, knowledge and skills of children and their parents to control the flow of bronchopulmonary disease and adequate of rehabilitation and organizing classes in physical education, setting goals, objectives and tasks, determining physical rehabilitation technologies and assembly on the basis of individual applications. The implementation of the program of permanent control and ensuring the patient at discharge, a home program of physical rehabilitation on the basis of the final control.

В статті представлено план реабілітації дітей з бронхо-легочними захворюваннями, який включає наступні етапи: обстеження, визначення лімітуючих факторів в отношении средств и методик физической реабилитации, уровня знаний и навыков у детей и их родителей по контролю за ходом бронхо-легочного заболевания и адекватного проведения реабилитации и организации занятий по физической культуре, постановки цели и задач, определение технологии физической реабилитации и на ее основе составления индивидуальной программы. Реализация данной программы с постоянным контролем и обеспечение пациента на момент выписки, домашней программе физической реабилитации на основе данных итогового контроля.

Ключові слова:

фізична реабілітація, реабілітаційний план, бронхо-легеневі захворювання.

physical therapy, rehabilitation plan, broncho-pulmonary disease.

физическая реабилитация, реабилитационный план, бронхо-легочные заболевания.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Останнім часом із-за зростання хронічних патологій реабілітація стає більш затребуваною [7, 11], і бронхо-легеневі захворювання у дітей, на жаль, не є виключенням. Однак завжди краще запобігти виникненню ускладнення чи хронізації захворювання, аніж боротися з їх наслідками. Тому дуже важливою є фізична реабілітація дітей з бронхо-легеневими захворюваннями з перших днів їх проявів.

Проте, звертаючи увагу на організаційно-методичні особливості програм з фізичної реабілітації ми виявили, що у багатьох рекомендаціях опускається реабілітаційне обстеження таких пацієнтів, а програма базується за даними діагнозу, рухового режиму та періоду реабілітації [5, 8, 9, 10, 12], що, можливо, можна пояснити тим, що пацієнти з гострими захворюваннями приходять до фізичного реабілітолога за направленням лікаря з встановленим діагнозом. Проте, ми у своїх працях при фізичній реабілітації дітей з БА виходили з даних реабілітаційного обстеження та даних експрес-контролю. Також обстеження, як складову програми фізичної реабілітації, згадують Григус І., Арешина Ю. при фізичній реабілітації осіб з хронічними чи рецидивуючими бронхо-легеневими захворюваннями.

Чабан О.Г. наголошує на тому, що реабілітаційні заходи в обов'язковому порядку повинні мати і профілактичну спрямованість, попереджуючи формування патогенетичних ланок хвороби та шляхи її хронізації [11].

Серед науково-методичної літератури, присвяченої питанням фізичної реабілітації осіб з бронхо-легеневими патологіями переважають роботи у яких надається перевага опису

III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

нових реабілітаційних програм/методик, однак практично відсутні теоретичні розробки загально-теоретичних положень процесу фізичної реабілітації при респіраторних захворюваннях. Проте, успішність реабілітаційного процесу залежить від багатьох факторів, і зокрема й від організаційно-методичних.

Мета роботи: розробити організаційні основи програми фізичної реабілітації дітей з бронхо-легеневими захворюваннями в умовах стаціонарного лікування.

Аналіз результатів дослідження. Дорничев В. М. та співавтори вказують на те, що реабілітація часто є лише як комплекс медичних заходів і засобів, що використовуються від завершення гострого періоду патологічного процесу до ліквідації скарг пацієнта і відновлення навичок самообслуговування, рідше - до відновлення працездатності в цілому. Однак «реабілітація» є набагато ширшим поняттям та охоплює весь період від надання першої медичної допомоги до максимально можливого рівня відновлення. Своєчасна фізична реабілітація, здатна в значній мірі локалізувати глибину і широту ураження організму та запобігти формуванню соматичних і психогенних ускладнень. Таким чином, вона охоплює значний проміжок часу і далеко виходить за медичні рамки [2].

Організаційними основами реабілітації вважають:

- здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком реабілітації;
- проведення реабілітації за певною програмою, що укладена на основі оцінки стану хворого;
- здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів в динаміці і після завершення курсу реабілітації;
- складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах реабілітації [3].

Щодо пульмонологічної реабілітації то на сьогодні вона, як і реабілітація при інших захворюваннях, розглядається як мультидисциплінарне програмування з постановкою індивідуальних цілей, спрямованих на відновлення оптимального фізичного і психологічного стану пацієнта із застосуванням компонентів вправ, освіти і їх консультування [13].

На думку Crouch R., ZuWallack R. та інших всебічна програма легеневої реабілітації повинна включати такі компоненти як: оцінку стану пацієнта і постановку мети; фізичні вправи і функціональну підготовку; навчальні програми самоконтролю; збалансоване харчування; психосоціальне управління. Фізичний реабілітолог може брати участь у будь-яких з них або усіх компонентах програми легеневої реабілітації, але найбільшим його внесок буде в області догляду за станом бронхо-легеневої системи, підбором вправ та функціональною підготовкою, і освітою [13, 16, 17, 18].

У своїх дослідженнях Bharat Bhushan Sharma та Virendra Singh показали, що зміни, які відбуваються при хронічних захворюваннях органів дихання, призводять до погіршення м'язового стану пацієнтів [19]. Як видно з рис. 1., порушення альвеолярної вентиляції та дифузії газів, зниження активності аеробних ферментів, сидячий спосіб життя та коморбідність (одночасне ураження двох органів або систем організму, або наявності двох захворювань [6]) призводять до апоптозу (сукупності клітинних процесів, що призводять до загибелі клітини), зниження кількості червоних волокон (здатних до тривалішої безперервної активності), що в свою чергу проявляється лактатним ацидозом, що призводить до погіршення фізичного стану м'язів.

III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

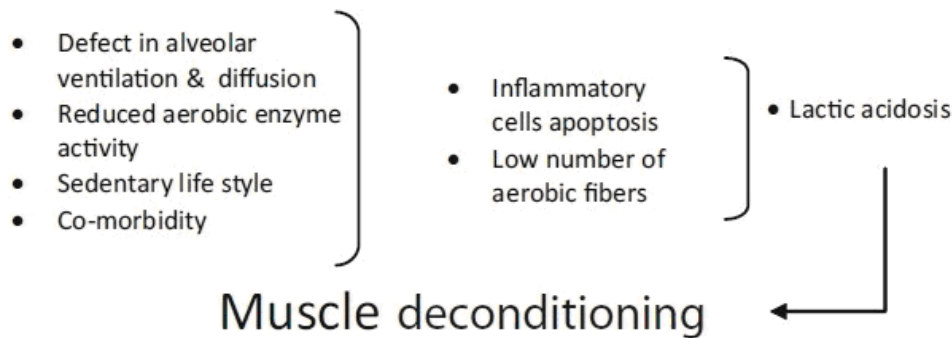


Рис. 1. Механізм погіршення фізичного стану м'язів внаслідок хронічного респіраторного захворювання (за Bharat Bhushan Sharma та Virendra Singh, 2011).

Тому навіть при гострих респіраторних захворюваннях у дітей необхідно його враховувати, з метою адекватного підбору фізичних вправ при фізичній реабілітації в умовах стаціонарного лікування для запобігання виникнення ускладнення та хронізації процесу.

Особливості патологій бронхо-легеневої системи у дітей вимагають спеціалізованого методичного підходу в оцінюванні порушення функції та застосуванні засобів фізичної реабілітації. І хоча в умовах стаціонару дитина з бронхо-легеневими захворюваннями приходить до фізичного реабілітолога за скеруванням лікаря із встановленим клінічним діагнозом, фахівець з фізичної реабілітації повинен провести реабілітаційне обстеження з метою визначення реабілітаційного потенціалу.

Оскільки у дітей з однаковим діагнозом на одному і тому ж етапі лікування клінічна картина може відрізнятись (щодо кількісних та якісних характеристик кашлю, додаткових дихальних шумів тощо) це ставить не менш складні діагностичні завдання не лише перед лікарем, але і перед фізичним реабілітологом. Проте фізичний реабілітолог першочергово повинен визначити функціональні розлади та потреби дитини з бронхо-легеневими захворюваннями.

Одним із важливих і до сьогодні спірних питань у науковій літературі є терміни та оцінка ефективності застосування фізичної реабілітації при бронхо-легеневих захворюваннях. Однак для того, щоб дати відповіді на ці запитання, спочатку необхідно правильно оцінити наслідки захворювання з метою складання адекватної програми фізичної реабілітації.

У своїх рекомендаціях ВООЗ (1980) наголошує на тому, що в усіх хворих виділяють три рівні наслідків захворювань та травм: пошкодження (impairment), порушення функції (disability), наслідки (handicap) [14], і бронхо-легеневі захворювання у дітей не являються виключенням. Так, виходячи з цього підходу, перший рівень характеризується бронхо-легеневими вадами, такими як: набряк, бронхоспазм, гіперсекреція, деструктивні зміни, які проявляються у клінічній картині пацієнта. Другий рівень являє собою порушення функції, яке виникло внаслідок ураження бронхів/легень. Напр., порушення прохідності дихальних шляхів, зменшення екскурсії грудної клітки, нижніх границь легень, виникнення/посилення болю під час вдиху. Третій рівень характеризується порушенням побутової та соціальної активності, яка виникає внаслідок бронхо-легеневих пошкоджень та порушень функції. Виходячи з цієї моделі наслідків захворювання доцільно звернути увагу на ще один з критеріїв оцінки реабілітаційної програми - «якість життя», яке для осіб з порушеним здоров'ям розглядають як глобальну міру сприйняття пацієнтом захворювання і функціонального статусу [4]. Проте при гострих бронхо-легеневих захворюваннях оптимальним буде повне відновлення бронхо-легеневої системи, однак це не є можливим при хронічних захворюваннях, при яких потрібно враховувати ступінь та темпи його прогресування. До того ж слід пам'ятати, що у дітей респіраторні захворювання можуть бути причиною порушення постави, і навпаки, вада постави може призводити до бронхо-легеневих захворювань. Тому дані, обстеження є основою виявлення лімітуючого фактора у

III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

даного пацієнта, постановки цілей та завдань реабілітації, її планування та проведення з подальшою оцінкою ефективності.

На основі клінічного та реабілітаційного діагнозу визначаються проблеми та потреби пацієнтів до реабілітації та реабілітаційний потенціал, що є підґрунтям для складання реабілітаційного плану. У його складовій в умовах стаціонарного лікування дітей з бронхо-легеневими захворюваннями ми виділили декілька послідовних етапів (рис. 2.).

На першому етапі лікуючий лікар на основі даних клінічного обстеження визначає проблеми дитини у стані здоров'я та потребах у фізичній реабілітації й скеровує її до фізичного реабілітолога, який проводить реабілітаційне обстеження, результати якого доповнюють дані потреб та проблем дитини щодо фізичної реабілітації.

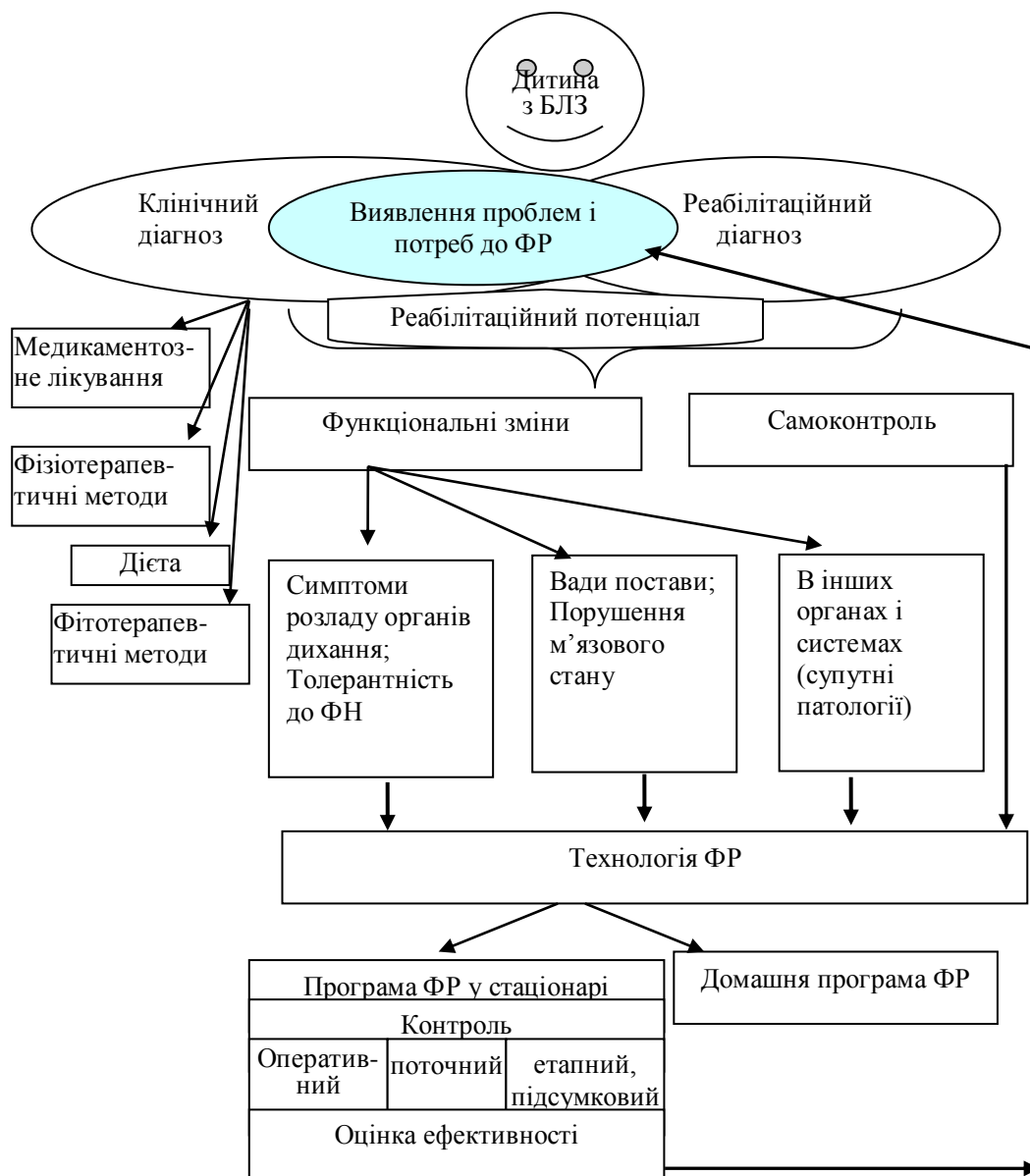


Рис.2. Схематичне зображення реабілітаційного плану дітей з бронхо-легеневими захворюваннями в умовах стаціонару

На другому етапі визначаємо реабілітаційний потенціал дитини, лімітуючі фактори, які будуть впливати на підбір засобів та методики їх застосування та рівень знань і навичок

III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

у дітей та їх батьків щодо контролю за перебігом бронхо-легеневого захворювання, адекватного проведення реабілітації та організації занять з фізичної культури.

На третьому етапі йде постановка мети, цілі та завдань фізичної реабілітації, визначення технології фізичної реабілітації на основі якої складається індивідуальна програма для дитини з бронхо-легеневими захворюваннями.

Четвертий етап - це власне реабілітаційне втручання з постійним контролем та, за необхідності, корекцією програми відповідно до клінічних та функціональних змін у стані дитини, який завершується випискою дитини додому. Виходячи з положень П.К. Анохіна про те, що емоції та мотивації є обов'язковими компонентами функціональної системи аферентного синтезу [1], заняття з фізичної реабілітації дітей з бронхо-легеневими захворюваннями повинні викликати лише позитивні емоції та проводити їх доцільно ігровим методом.

Однак враховуючи концепцію реабілітації в навколишньому середовищі, представленою ВООЗ (1979) [15, 20], та тим, що більшість дітей, які знаходяться на лікуванні у даному закладі живуть далеко від реабілітаційних центрів, і не мають змоги продовжувати реабілітацію під наглядом фахівця, їм обов'язково, разом з випискою, надається домашня програма фізичної реабілітації із погодженими термінами щодо повторної зустрічі зі спеціалістом з фізичної реабілітації з метою контролю та подальшої корекції програми.

Висновки. За даними клінічного та реабілітаційного обстеження лікар з фізичним реабілітологом визначають потребу у реабілітації та реабілітаційний потенціал дітей з бронхо-легеневими захворюванням в умовах стаціонарного лікування. Це обумовлює складання плану реабілітації який включає наступні етапи: обстеження, визначення лімітуючих факторів щодо засобів та методик фізичної реабілітації, рівня знань і навичок у дітей та їх батьків щодо контролю за перебігом бронхо-легеневого захворювання та адекватного проведення реабілітації й організації занять з фізичної культури, постановки мети, цілі та завдань, визначення технології фізичної реабілітації та на її основі складання індивідуальної програми. Реалізація даної програми з постійним контролем та забезпечення пацієнта, на момент виписки, домашньою програмою фізичної реабілітації на основі даних підсумкового контролю.

Перспективи подальших досліджень. Зазначені організаційно-методичні складові концепції зумовлюють розробку технології фізичної реабілітації дітей з бронхо-легеневими захворюваннями.

Література:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. - Москва: Наука, 1980. - 197 с.
2. Дорничев В. М. Реабилитация в здравоохранении. Обоснование и структурная концепция / В. М. Дорничев, В. Г. Постоловский, Л. Н. Постоловская // Мир Медицины. – 2001. – № 11/12. – С. 3–6.
3. Дорожня карта медичної реабілітації військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, Національної гвардії, інших силових структур області, що брали участь у антитерористичній операції <http://sm.gov.ua/images/docs/dorozhnyya-karta.pdf>
4. Зміни якості життя у пацієнтів із хронічними запальними захворюваннями кишечника під впливом лікування / Т.Й. Бойко, Т.М. Толстикова, О.В. Сорочан, Н.М. Мосалова, М.В. Стойкевич, З.І. Шевцова // Сучасна гастроентерологія, 2001. - № 5 (61). – С. 36-40.
5. Ковтонюк М. В. Методи та методики фізичної реабілітації при неспецифічних захворюваннях бронхолегеневої системи у дітей молодшого шкільного віку / М. В. Ковтонюк, В. В. Кондраток // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами, 2010. - № 7. - С. 485-493.

III. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

6. Коломоец М.Ю. Вашеньяк О.О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці // Український медичний часопис, 2012. - № 5 (91) - IX-X. <http://www.umj.com.ua/article/41125/komorbidity-i-polimorbidity-u-terapevtichnij-praktici>
7. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитологии / А. С. Медведев — Минск : Беларус. навука, 2010. — 435 с., Чабан О. Г. Шляхи створення ефективної системи медичної реабілітації / О. Г. Чабан // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. - 2014. - № 11. - С. 208-217.
8. Мухін В.М. Фізична реабілітація підручник/Мухін В.М.- 3-тє вид.,перероблене та доповн. — Київ: олімп. Л-ра, 2010. — 488.
9. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебн. для студ. высш. учебн. заведений / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 608 с
10. Порада А. М. Основы фізичної реабілітації : навч. посібник / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. - вид. 2-ге. - К. : Медицина, 2008. - 248 с.
11. Чабан О. Г. Шляхи створення ефективної системи медичної реабілітації / О. Г. Чабан // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. - 2014. - № 11. - С. 208-217.
12. Шевчук Т. Фізична реабілітація при бронхіті у підлітків Шевчук Т., Усова О., Шевчук А // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: Зб. наук. праць. Вип. V. - Рівне: Редакційно-видавничий центр Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука, 2007. - С. 341-346.
13. Crouch R., ZuWallack R (eds.). American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: Guidelines for Pulmonary Rehabilitation Programs. 3rd ed. Champaign, IL, Human Kinetics, 2004. — 307 p.
14. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease / WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA 1980. — 270 p.
15. Karwat I.D., Skwarcz A. Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne // Borgis - Postępy Nauk Medycznych, 2000. - № 3. - s. 61-69.
16. Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation / Martijn A. Spruit, Sally J. Singh, Chris Garvey, Richard ZuWallack et al. and on behalf of the ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation / Am J Respir Crit Care Med, 2013/ -Vol. 188 (8). — P. e13–e64.
17. Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 173:1390–413, 2006.
18. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. Chest 131:4–42, 2007.
19. Sharma B. Pulmonary rehabilitation: An overview / Bharat Bhushan Sharma and Virendra Singh // Lung India, 2011. - № 28(4). — P. 276–284.
20. Workshop on Community-Based Rehabilitation and Country Experiences of CBR – Режим доступу до ресурсу:
<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1155&context=gladnetcollect>