

УДК 616-005.8+616.831-005.1]-059

Д. Д. ДЯЧУК, Л. Ю. МЕЛЬНИК (Київ)

ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ В ДНУ «НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

На підставі аналізу роботи центру реабілітації за останні три роки представлені ключові позиції організації процесу відновного лікування при найбільш поширених ускладненнях хвороб серцево-судинної системи – гострому інфаркті міокарда і гострому порушенні мозкового кровообігу. Представлені критерії оцінки ефективності реабілітаційних методик: ЛФК, фізіотерапія, психологічна корекція, голкорексфлексотерапевтичні методи та логопедична корекція. Підкреслюється важливість комплексного їх використання, індивідуального добору методик відновного лікування та поєднання зусиль лікарів різної спеціалізації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: відновне лікування, центр реабілітації, гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу.

У світовій медичній практиці відновне лікування різноманітної патології займає одне з провідних місць. Це пов'язано із високою захворюваністю передусім на хвороби серцево-судинної системи та їх ускладнення [2;13]. Серед таких ускладнень найскладнішими для процесу реабілітації є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та гострі інфаркти міокарда (ГІМ). За останніми даними ВОЗ, ця патологія складає від 220 до 400 випадків на 100 тис. населення економічно розвинутих країн і є основним чинником інвалідизації та смертності. За медико-статистичними показниками після ГІМ до трудової діяльності повертається до 80% хворих, а після ГПМК – лише до 20%. Україна не відрізняється за цими показниками від більшості розвинених країн.

Враховуючи вищезазначене, важливу роль відіграє правильна організація процесу медичної реабілітації [4], яка включає:

- оцінку клінічного та фізичного стану хворих з урахуванням супутньої патології, віку;
- формування індивідуальних програм з урахуванням короткострокових та довгострокових передбачуваних ефектів відновлення;
- установлення схеми контролю за перебігом процесу відновлення;
- планування залучення спеціалістів різних напрямків відновної медицини.

Від правильної організації процесу реабілітації значною мірою залежить ефективність відновного лікування у медичних закладах. Вивчення цього питання є актуальним і для центру реабілітації ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» (ЦР). В ЦР наявний широкий спектр засобів відновної медицини при патології бронхолегеневої та ендокринної систем, хворобах органів зору, дер-

матологічних, гінекологічних та отоларингологічних захворювань. Робота ЦР сконцентрована на трьох основних напрямках: неврологічному (ГПМК), кардіологічному (ГПМК), травматологічному (переломи кісток, хребта).

У зв'язку з тим, що найбільш поширеним в роботі ЦР є застосування методів відновної медицини при хворобах серцево-судинної системи та їхніх ускладненнях, в даній статті представлені підходи до організації реабілітаційних заходів при цих хворобах, що стало **метою** даної роботи.

Матеріали і методи. На підставі аналізу роботи ЦР за останні три роки представлені ключові позиції організації процесу відновного лікування при найбільш поширених ускладненнях хвороб серцево-судинної системи – гострому інфаркті міокарда і гострому порушенні мозкового кровообігу.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом останніх трьох років в центрі реабілітації ДНУ «НПЦ ПКМ» опрацьовувались організаційні підходи до побудови процесу реабілітації хворих після ГПМК та ГІМ. В результаті цієї роботи склалась відповідна схема відновного лікування та використання критеріїв оцінки реабілітації. Хворі після виписки з відновного відділення лікарні або санаторного лікування потрапляють під спостереження спеціалістів закладу (невропатологів, кардіологів і лікарів ЦР).

Як відомо, основним завданням комплексної відновної терапії після ГПМК та ГІМ є відновлення порушених функцій і розвиток компенсаторних механізмів хворого для фізичної і соціальної адаптації [6;8;15]. Ключовим питанням підвищення ефективності реабілітації, як показав аналіз, є поєднання методів лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапевтичних та голкорексфлексотерапевтичних методик, засобів психотерапев-

тичної корекції, а також, при необхідності, поновлення функцій речового апарату (логопедична корекція) [1;3;12;14].

У відновному лікуванні ГПМК визначився комплекс найбільш ефективних форм ЛФК. Він складається з: лікувальної гімнастики (загальнозміцнюючі та дихальні вправи, спеціальні гімнастичні вправи, активні і пасивні); лікування положенням (ортезотерапія) для зменшення еластичності м'язів, запобігання м'язових контрактур та важкорухомості суглобів; механотерапії у вигляді деяких тренажерних пристроїв динамічного та статичного характеру (велотренажери, масажери для ніг, гімнастичні палки, м'ячі, еспандери); різних додаткових пристроїв для розвитку навичок самообслуговування (в'язальні спиці, машинки для друку, дерев'яні рахівниці).

Хворим після ГПМК призначається масаж сегментарних зон та паретичних кінцівок (вибірковий і точковий) та апаратний масаж (вібраційний, вакуумний). Показана ефективність використання масажу на всіх етапах реабілітації [7;11;15]. Дозування навантажень проводиться з урахуванням амплітуди, темпу, кількості повторів рухів та ступеня статичного навантаження. Показана висока ефективність наступного комплексу фізіотерапевтичних методик:

- електрофорез лікарських речовин судинорозширювальної дії та для покращення процесів обміну на комірцеву зону;
- електростимуляція антагоністів спастичних м'язів на апаратах «Ампліпульс», «Міокор»;
- дарсонвалізація голови та комірцевої зони;
- парафіно-озокеритні аплікації;
- кисневі інгаляції [6;16;17].

У ряді випадків показана ефективність голкорексотерапії, як спрямована на корекцію спастичного тону, зменшення больового синдрому.

За необхідності (розлад мови, артикуляції) призначається логопедична корекція [11].

В схему ФР ГІМ включається використання як традиційних, так і нетрадиційних форм ЛФК: лікувальні гімнастичні вправи, дозована ходьба, хода по сходинках, різні тренажерні пристрої. При цьому потрібно орієнтуватися на фізичні навантаження переважно динамічного характеру [10].

Програма фізичної реабілітації дає потрібний ефект за умови індивідуального підходу, причому в її основі мають бути довгострокові фізичні навантаження.

З методів фізіотерапії на ранньому етапі реабілітації в різних поєднаннях призначаються електросон, масаж, оксигенотерапія, магнітотерапія, електрофорез з панангіном, гепарином [10].

Важливим етапом відновного лікування ГПМК та ГІМ в центрі реабілітації є психотерапевтична корекція, яка сприяє відновленню особового і соціального статусу [5;9;16].

При розширенні фізичної активності хворих після ГІМ особливе значення надається критеріям контролю за адекватністю фізичних навантажень.

В ЦР впроваджені в практику доступні та інформативні критерії:

- клінічний стан хворого (поява нападів стенокардії, задухи, слабкості, блідості або ціанозу шкіри);
- зміна частоти серцевих скорочень: збільшення на понад 30 ударів за хвилину або зменшення на понад 10 ударів за хвилину;
- динаміка ЕКГ, яка реєструється до і після виконання відповідного навантаження;
- коливання артеріального тиску: збільшення систолічного АТ на понад 20–40 мм рт. ст., діастолічного – на 10–20 мм рт. ст. порівняно з вихідним, або зниження АТ на понад 10 мм рт.ст; зміна толерантності до фізичних навантажень (велоергометрія). В ЦР при визначенні та розширенні фізичної активності, яка встановлювалась після ГІМ, дотримувались наступних обсягів навантажень залежно від клініко-реабілітаційної групи (табл.).

Основними критеріями оцінки ефективності використання ФР після ГІМ були:

- 1) покращення клінічного стану (зменшення або зникнення нападів стенокардії, нормалізація артеріального тиску, відсутність задухи, перебоїв у роботі серця);
- 2) позитивна динаміка ЕКГ-даних (зменшення або відсутність ознак ішемізації міокарда);
- 3) підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- 4) можливості розширення об'єму фізичної активності. Основними критеріями оцінки ефективності використання приведених засобів після ГПМК були:

- відновлення рухових можливостей паретичних кінцівок (збільшення об'єму рухів, покращення координації рухів);
- збільшення сили м'язів у кінцівках та зменшення еластичності;
- поява навичок самообслуговування та адаптації до побутових навантажень;
- покращення загальноклінічного стану (стабілізація артеріального тиску, зменшення або припинення болю, відновлення формули сну, підвищення працездатності та життєвого тону);
- покращення психологічного стану (настрою, комунікативних можливостей, зміцнення віри в одужання, будування планів на майбутнє);
- відновлення мовних порушень (афазії, дисфонії, дислоції).

За три роки в центрі реабілітації проведено комплексне відновне лікування 217 хворим після ГІМ та 324 хворим після П ІМК різного віку. Аналіз результатів ФР показано на рисунку.

Таблиця. **Обсяги фізичної активності на різних етапах реабілітації після гострого інфаркту міокарда**

Клініко-реабілітаційні групи	Фізичні вправи	Повсякденна активність
I група	Лікувальна гімнастика в тренувальному режимі 30–40 хв з ЧСС до 140/хв. Біг до 1–2 хв. Короточасні незмагальні спортивні ігри.	Самообслуговування повне. Робота вдома, на присадибній ділянці не більше як 1–2,5 год 2–3 рази на день. Піднімання вантажу до 10–15 кг. Темп ходьби 110–120 кроків/хв. Статева активність без обмежень.
II група	Лікувальна гімнастика в щадно-тренувальному режимі до 30 хв з ЧСС до 130/хв. Короточасні (до 10 хв) незмагальні спортивні ігри. Короточасний біг (до 1–2 хв) в помірному темпі. Участь в спеціальних групах тривалих фізичних тренувань з елементами ЛФК, тренуваннями на велотренажері.	Самообслуговування повне. Робота вдома, на присадибній ділянці не більше як 1–1,5 год 1–2 рази на день. Піднімання вантажу до 6–8 кг. Темп ходьби до 110 кроків/хв. Статева активність без обмежень.
III група	Лікувальна гімнастика в щадно-тренувальному режимі до 20 хв з ЧСС до 110/хв. Участь в групах тривалих тренувань. Спортивні ігри і біг, лижі, плавання протипоказані.	Самообслуговування повне. Легка робота вдома і на присадибній ділянці. Темп ходьби 80–90 кроків/хв. Статева активність помірно обмежена.
IV група	Лікувальна гімнастика в щадному режимі до 15–20 хв з ЧСС до 90/хв. Спортивні ігри і біг протипоказані.	Самообслуговування, іноді часткове. Робота вдома і на присадибній ділянці часто протипоказана. Темп ходьби 60–70 кроків/хв. Статева активність суттєво обмежена.

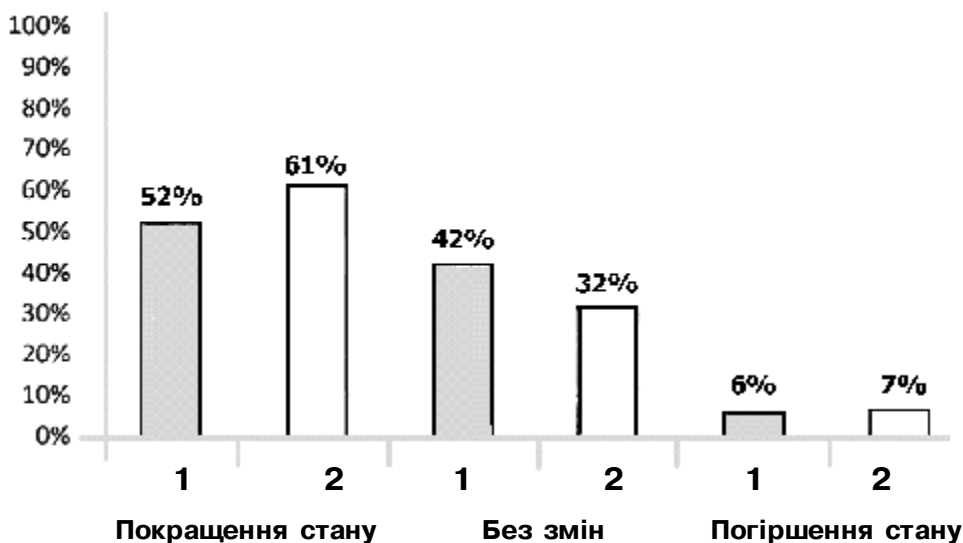


Рис. Характеристика ефективності відновного лікування після ГІМ (1) та після ГПМК (2)

Як видно з рисунку, виразне покращання клінічного і фізичного стану протягом перших 6 місяців реабілітаційного процесу мало місце у більшості хворих. Досить велика частка відсутності позитивної динаміки обумовлена великою кількістю хворих після гострого інфаркту міокарда, які належали до III –IV та IV функціональних класів.

Порівняння цих даних з результатами відновного лікування в інших сучасних центрах реабілітації показує, що організація та зміст реабілітації в центрі реабілітації ДНУ «НПЦ ПКМ»

відповідає сучасним вимогам. Поряд з цим існують можливості деякого поліпшення організації цієї роботи, передусім за рахунок більшої взаємодії спеціалістів різного медичного профілю на певних етапах відновного лікування.

Висновки

1. Важливим чинником підвищення ефективності відновного лікування в центрі реабілітації є комплексність застосування різних засобів реабілітації з урахуванням специфіки перебігу хвороби.

2. Послідовність використання тих чи інших методів ЛФК, фізіотерапії з урахуванням етапів відновлення є важливим фактором удосконалення організації реабілітації.

3. Використання окремих видів реабілітаційних засобів загального впливу, таких як масаж, деякі фізичні вправи динамічного характеру, психотерапевтичні методи, повинні поєднуватись при розробці стратегії реабілітації.

4. Можливості поглиблення індивідуального підходу повинні закладатись в систему органі-

зації співпраці спеціалістів різного профілю протягом всього періоду реабілітації.

5. Головним напрямком удосконалення реабілітаційного процесу в центрі реабілітації є залучення ряду сучасних технічних засобів, збільшення можливостей профільованих реабілітаційних впливів і моніторингу стану хворого у процесі реабілітації.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку шляхів удосконалення організації реабілітації хворих із захворюваннями інших органів і систем.

Список літератури

1. *Бабов К. Д.* Физиотерапевтические методы в восстановительном лечении больных инфарктом миокарда в фазе реконвалесценции / К. Д. Бабов, Е. А. Пронина, Р. Н. Шульга // Мед. реабілітація, курортот. і фізіотерапія. – 2002. – № 2. – С. 30–33.
2. *Боголюбов В. М.* Медична реабілітація / В. М. Боголюбов. – М., 2007. – С. 417–436.
3. *Гудкова В. В.* Раннее восстановительное лечение больных с церебральным ишемическим инсультом / В. В. Гудкова, Е. А. Петрова, И. Н. Митрофанова // Consilium Medicum. – 2003. – 176 с.
4. *Демиденко Т. Д.* Методологические основы и организация реабилитационного лечения больных с сосудисто-мозговой патологией / Т. Д. Демиденко // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1982. – С. 348–354.
5. *Епіфанов В. А.* Реабілітація хворих, які перенесли інсульт / В. А. Епіфанов // Медпресінформ. – М., 2006. – 78 с.
6. *Кенц В. В.* Медична реабілітація та приватна фізіотерапія : навч. посібн. / В. В. Кенц, І. П. Шмакова, Є. О. Косоверов. – Одеса : Резон, 2001. – С. 169–170.
7. *Ковальчук В. В.* Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 4. – С. 27–35.
8. *Мухін В. М.* Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література. – С. 136–219.
9. *Трошин В. Д.* Гострі порушення мозкового кровообігу / В. Д. Трошин, А. В. Густов. – М. – 365 с.
10. *Шмакова І. П.* Церебральная физиотерапия – актуальное направление в реабилитации больных с патологией нервной и сердечно-сосудистой систем. / И. П. Шмакова, И. Н. Гажий, А. А. Шаповалова // Вестн. физиотерапии и курортот. – 1999. – № 4. – С. 58–62.
11. *Яворская В. А.* Восстановление двигательных функций после инсульта: современный взгляд на лечение спастичности / В. А. Яворская, Ю. В. Фламин, А. В. Гребенюк // Укр. неврол. журн. – 2010. – № 2. – С. 20–30.
12. *Cardiac precautions for non-acute inpatient settings / Fletcher B. J., Dunbar S., Coleman J. [et al.] // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 1993. – Vol. 72 (3). – P. 140–143.*
13. *Cordonnier C.* Stroke: the bare essentials / C. Cordonnier, D. Leys // Practical Neurology. – 2008. – Vol. 8. – P. 263–272.
14. *Dobkin B. H.* Rehabilitation after stroke / B. H. Dobkin // N. Engl. J. Med. – 2005. – 352. – P. 1677–1684.
15. *Intercollegiate Stroke Working Party.* National Clinical Guideline for 'ft Stroke. – 3rd ed. – London : Royal College of Physicians, 2008.
16. *Paolucci S.* Mobility status after inpatient stroke rehabilitation: 1-year follow-up and prognostic factors / S. Paolucci, M. G. Grasso, G. Antonueei // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2001. – Vol. 82 (1). – P. 2–8.
17. *Stroke recovery and rehabilitation / ed. by J. Stein, R. L. Harvey, R. F. Macko [et al.] — New York : Demos Medical Publishing, 2009.*

ОРГАНІЗАЦІЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГНУ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Д. Д. Дячук, Л. Ю. Мельник (Киев)

На основании анализа работы центра реабилитации (ЦР) за последние три года представлены ключевые позиции организации процесса восстановительного лечения при наиболее распространенных осложнениях болезней сердечно-сосудистой системы – острым инфаркте миокарда и острым нарушении мозгового кровообращения. Представлены критерии оценки эффективности реабилитационных методик: ЛФК, физиотерапия, психологическая коррекция, иглорефлексотерапевтические методы и логопедическая коррекция. Подчеркивается важность комплексного их использования, индивидуального подбора методик восстановительного лечения и объединения усилий врачей разной специализации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: восстановительное лечение, центр реабилитации, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

THE ORGANIZATION OF REGENERATIVE TREATMENT IN THE SSE «SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER OF PREVENTIVE AND CLINICAL MEDICINE»

D. D. Diachuk, L. Yu. Melnyk (Kyiv)

On the basis of the work analysis of the rehabilitation center (RC) for the last three years key positions of the process organization of regenerative treatment have been presented at the most widespread complications of cardiovascular system illnesses – myocardium sharp heart attack and sharp infringement of brain blood circulation. Criteria of efficiency estimation of rehabilitation methods have been presented: exercise therapy, physiotherapy, psychological correction, acupuncture methods and logopedic correction. Importance of their complex use, individual selection regenerative methods of treatment and association of doctors' efforts of different specialization has been underlined.

KEY WORDS: regenerative treatment, the rehabilitation center, a sharp heart attack of a myocardium, sharp infringement of brain blood circulation.

Рецензент: д.мед.н., проф. В. І. Агарков

УДК 614.21:614.253

В. Й. ШАТИЛО, І. М. РОКІТЕНЕЦЬ, В. З. СВИРИДЮК (Житомир)

ПРОБЛЕМИ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПІДХОДИ ДО ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Житомирський інститут медсестринства

Проведено дослідження серед медичних сестер, пацієнтів і студентів старших курсів Житомирського інституту медсестринства з метою визначення їх обізнаності з проблеми конфліктів у медичній практиці та можливих способів їх попередження та вирішення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична практика, конфлікт, пацієнт, медичний персонал.

Науковий інтерес до проблеми конфлікту значно виріс останніми роками через підвищений загальний рівень конфліктності сучасного суспільства. Професійна діяльність медичних працівників тісно пов'язана із налагодженням міжособистісної взаємодії з пацієнтами. Нерозуміння медиком сутності та незнання особливостей взаємодії може призвести до виникнення конфліктної ситуації, що негативно впливає на ефективність лікувального процесу.

На думку сучасних дослідників, людину із суспільством пов'язує розгалужена система зв'язків. Основними їх елементами є суб'єкти зв'язку, предмет зв'язку й механізм свідомого регулювання взаємин між суб'єктами. Конкретний зв'язок відбувається у формі контакту і власне взаємодії. Процес взаємодії не завжди відбувається в бажаному напрямі. Між людьми, які контактують, можуть виникнути часткові суперечності, а може виявлятися й антагонізм позицій, породжений наявністю у них цінностей, цілей і мотивів, що взаємозаперечуються. Тоді стосунки ускладню-

ються до такої міри, що говорять про виникнення міжособистісного конфлікту. Конфлікт розглядається як зіткнення протилежних поглядів, інтересів і дій окремих людей та груп [8;9].

На психологічному рівні суперечність проявляється в сильних негативних переживаннях учасників конфліктної взаємодії, в негативних емоціях, стресах, розчаруваннях, відчутті провини, в змінах системи стосунків і цінностей, в незвичайних проявах поведінки: сутяжництво, звертання до найвищих інстанцій, самогубство. Якщо конфлікт своєчасно не вирішується, то це може призвести до неврозів, хворобливих станів, стійкого розладу стосунків (ворожнечі) між учасниками конфлікту.

Конфлікти охоплюють всі сфери людських відносин. До найпоширеніших психологічних конфліктів належать міжособистісні конфлікти. У дослідженнях українських вчених доведено, що єдиного загальноприйнятого визначення сутності поняття „конфлікт” ще немає. Так С. Д. Максименко визначає його як суперечність, що виникає між людьми у зв'язку з розв'язанням тих чи інших питань соціального чи особистого жит-