

III. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ КРУПОЗНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Ігор Григус

Міжнародний економіко-гуманітарний університет
імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне



Анотація

В статті розглядаються особливості застосування фізичної реабілітації у хворих на крупозну пневмонію в лікарняний період. Основа запропонованої програми складалася з ЛФК, дихальної гімнастики, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації на фоні медикаментозного лікування дозволило швидше відзначати покращення самопочуття, загального стану, відновлення працездатності, раніше зникли симптоми захворювання, покращилися показники функції зовнішнього дихання, аускультативні дані легень.

Annotation

In the article the features of application of physical rehabilitation are examined for patients with lobar pneumonia in a hospital period. Basis of the offered program was included by medical physical culture, respiratory gymnastics, massotherapy, physical therapy procedures. Application of the worked out program of physical rehabilitation on a background medicinal treatment the improvement of feel, general, proceeding in a capacity allowed quicker to mark, the symptoms of illness disappeared before, the indexes of function of the external breathing, auscultative data of lungs, got better.

Постановка проблеми.

Пульмонологія – одна із значимих областей світової медицини. У першу чергу, це зумовлено тим, що в останні десятиріччя значно збільшилась кількість захворювань легень, питома вага яких у структурі причин звернення за медичною допомогою становить понад 60% [2, 6].

Патологічні зміни в дихальній системі призводять до порушення життєдіяльності організму, тимчасового зниження або повної втрати працездатності, а іноді і до летальних випадків. Тому діагностика і лікування хвороб органів дихання – одне з головних завдань, які стоять перед лікарем у його практичній діяльності, а фізична реабілітація повинна запобігти переходу гострих процесів у хронічні [1, 7, 9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

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 втратами внаслідок цього захворювання [2, 4].

Проблема реабілітації хворих із захворюваннями органів дихання стоїть досить гостро. Це пов'язане з тим, що саме в цих пацієнтів

спостерігається найбільше зниження пристосування організму до фізичного навантаження, а ефект від лікарської терапії може бути значно посилений шляхом впровадження реабілітаційних програм [3, 5, 8].

Виходячи з вищесказаного, серйозної уваги заслуговує пошук нових ефективних, патогенетично обґрунтованих методів фізичної реабілітації хворих на крупозну пневмонію і їхнє поєднання з сучасними медикаментозними засобами.

Мета: вивчити вплив запропонованої програми фізичної реабілітації на стан хворих пневмонією.

Результати дослідження та їх обговорення. Крупозна пневмонія – “класичний” приклад негоспітальної пневмонії. Вона характеризується дольовим або сегментарним ураженням легень і поразенням плеври.

Дослідження проводилося на базі Рівненської обласної клінічної лікарні. Для проведення нашого дослідження були підбрані 24 пацієнти із діагнозом: крупозна пневмонія, які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні. 12 пацієнтів лікувалися за традиційною медикаментозною методикою – контрольна група, а 12 пацієнтів погодилися на проведення з ними, додатково до загальноприйнятого лікування, ще фізичної реабілітації – основна



група. Програма фізичної реабілітації включала: ЛФК, дихальну гімнастику, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури. Обидві групи були ідентичними за кількістю пацієнтів чоловічої і жіночої статі, загальним станом і самопочуттям. Всі пацієнти були обстежені на початку дослідження та наприкінці.

Завданнями лікувальної фізичної культури при крупозній пневмонії – посилити крово- і лімфообіг у легенях з метою створення умов для розсмоктування ексудату і запобігання ускладненням; протидіяти виникненню у хворого ателектазів, зрощенню плевральних листків; активізувати тканинний обмін для прискорення дезінтоксикації; відновити адаптацію організму до фізичного навантаження; зміцнити організм.

ЛФК призначали після спаду температури та при зворотньому розвитку запального процесу в легенях та покращанні загального стану хворого. Заняття лікувальною фізичною культурою проводили лише після того, як порадилися з лікарем, який визначив схему занять, комплекс вправ, обсяг навантаження. Вона протипоказана при значній інтоксикації, високій температурі, дихальній недостатності, тахікардії (ЧСС > 110 за хвилину).

Постільний руховий режим (3-5 днів) передбачав використання лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять 5-7 разів на день. Комплекси склалися з простих вправ малої інтенсивності для рук, ніг, голови, з використанням дихальних статичних і динамічних вправ з вихідних положень лежачи на спині та здоровому боці. Кількість повторень вправ – 4-8, темп повільний, амплітуда середня і повна. Максимальне збільшення ЧСС на піку навантаження на 5-10 ударів за хвилину. Метод проведення індивідуальний. Тривалість лікувальної

гімнастики 10-12 хв. Наприкінці періоду під час заняття здійснювався перехід хворого в положення сидячи, у якому виконувалися нескладні рухи кінцівками.

Напівпостільний руховий режим (5-7 днів) доповнювався лікувальною ходьбою. Загальний час занять всіма формами ЛФК становив приблизно 2 год. Комплекси насичували спеціальними дихальними вправами: нахили і повороти тулуба в боки, обертання тулуба з різним положенням рук, дихальні вправи статичного і динамічного характеру. Добирали вихідні положення, що локально покращують вентиляцію уражених ділянок. У заняттях використовували вправи для збільшення рухливості грудної клітки, звертали увагу на ритмічне поглиблене дихання. Кількість повторень вправ – 8-10, темп середній, амплітуда повна. Допускалося збільшення ЧСС на 10-15 ударів за хвилину. Тривалість лікувальної гімнастики 18-25 хв.

Вільний руховий режим призначали на 10-12-й день перебування хворого у лікарні. Загальний час занять ЛФК збільшувався до 2,5 год. Комплекс вправ попереднього рухового режиму доповнювався вправами зі снарядами і на снарядах. Дихальні вправи використовували для нормалізації механізму дихання і відпочинку. У процесі лікувальної ходьби і прогулянок рекомендували короточасні прискорення. ЧСС у заняттях з ЛФК не перевищувала 100 ударів за хвилину. Тривалість занять лікувальною гімнастикою 25-30 хв.

До занять включали паузи відпочинку, причому тривалість їх залежала від стану здоров'я хворого, а також від того, як він переносить фізичні навантаження. Після лікувальної гімнастики обов'язковими були прогулянки.

У пацієнтів основної групи ми застосовували інгаляції, кисневий коктейль, УФО грудної клітки, со-

люкс на грудну клітку, масаж уздовж хребта, електрофорез калію йодиду на передню поверхню грудної клітки.

Усім хворим проводився строгий контроль частоти дихання та серцевих скорочень і вимірювався артеріальний тиск до і після занять ЛФК, проводилися інструментальні обстеження. Майже у всіх пацієнтів основної групи покращилися ці показники після застосування фізичної реабілітації.

На початку дослідження пацієнти обох груп заповнили картки самопочуття, де вони відмічали в балах відповіді на запитання анкет, таке ж обстеження вони пройшли і наприкінці дослідження.

Аналізуючи дані анкет хворих контрольної групи, ми відзначили, що їхнє самопочуття на початку і наприкінці дослідження значно не змінилося. У всіх хворих трохи зменшився кашель, задишка, дещо покращився апетит. Залишилися майже без змін сон, настрої та загальне самопочуття. Середній бал на початку дослідження дорівнював 21,7; в кінці – 16,8; тобто середній бал зменшився лише на 4,9 балів.

При аналізі результатів анкет пацієнтів основної групи, було відзначено, що самопочуття хворих на початку дослідження було майже ідентичне хворим контрольної групи, середній бал на початку дослідження дорівнював 22,1; наприкінці – 9,4; тобто він зменшився на 12,7 балів. У них значно зменшився кашель, майже зникла задишка, апетит прийшов в норму, хворі краще почали засинати і мали міцний сон, що сприяло повному відпочинку організму і покращенню самопочуття зранку, настрої у всіх хворих став бадьорим.

При аналізі результатів лікування пацієнтів обох груп ми звернули увагу на те, що у пацієнтів основної групи швидше покращувалося самопочуття, загальний стан,



відновлення працездатності, в них раніше зникали симптоми хвороби, покращувалися показники функції зовнішнього дихання, аускультативні дані функціонального стану легень. Завдяки проведеній фізичній реабілітації вони скоріше були виписані додому. У контрольній групі зміни відбулися в кращу сторону менше, порівняно з основною групою.

Застосування фізичної реабілітації сприяло відновленню нормального механізму дихання, покращанню легеневої вентиляції та виводу мокротиння, запобіганню виникнення ателектазів і утворення плевральних спайок; посиленню крово- і лімфообігу, обмінних процесів у легенях та розсмоктуванню патологічного вогнища в них; активізації діяльності серцево-судинної та інших систем організму. Особливо корисною була лікувальна фізична культура хворим літнього віку, в яких процеси зворотного розвитку хвороби сповільнені і частіше бувають ускладнені.

Коли хворих виписували зі стаціонару, їм радили продовжувати заняття ЛФК вдома або в поліклініці. У такому разі пропонували комплекс загальнозміцнюючих фізичних вправ і спеціальні дихальні вправи. Для профілактики повторної пневмонії рекомендували пацієнтам проводити курс загартовування організму. Деяким хворим рекомендували заняття спортом, враховуючи вік і фун-

кціональні можливості (плавання, велосування, ковзани та ін.).

Висновки

Застосування фізичної реабілітації сприяло відновленню нормального механізму дихання, покращанню легеневої вентиляції та виводу мокротиння; запобіганню виникнення ателектазів і утворення плевральних спайок, посиленню крово- і лімфообігу, обмінних процесів у легенях та розсмоктуванню патологічного вогнища в них; активізації діяльності серцево-судинної та інших систем організму, що підтверджено даними обстежень пацієнтів наприкінці дослідження.

Проведене дослідження доводить необхідність включення фізичної реабілітації в процес відновного лікування хворих на крупозну пневмонію та обґрунтовує *перспективність подальших досліджень* в післялікарняному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Внутрішні хвороби / [Сабацишин. Р. О., Баніт В. М., Григус І. М. та ін.]; ред. Р. О. Сабацишин. – Рівне: ВАТ “Рівненська друкарня”, 2004. – 544 с.
2. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навчально-методичний посібник / І.М. Григус. – Рівне, 2009. – 112 с.

3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник / В. А. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
4. Ибатов А.Д. Основы реабилитации: учебное пособие / А.Д. Ибатов, С. В. Пушкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.
5. Лечебная физическая культура: учебн. для студ. высш. учеб. заведений / [С.Н. Попов, Н. М. Валеев, Т.С. Гарасеева и др.]; под ред. С.Н. Попова. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.
6. Малявин А. Г. Респираторная медицинская реабилитация: [практическое руководство для врачей] / А. Г. Малявин. – М.: Практическая медицина, 2006. – 416 с.
7. Остапенко В.А. Лечение болезней легких / В. А. Остапенко, В.А. Ахмедов, Е.Е. Баженов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
8. Порада А.М. Основы фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2006. – 248 с.
9. Физическая реабилитация: учебник для студентов высших учебных заведений / [ред. С. Н. Попов]. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 608 с.

