

МЕДИЧНА ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

За загальною редакцією
І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко

*Рекомендовано центральним методичним кабінетом
з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник
для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації
та лікарів-інтернів (протокол № 1 від 12.04.2005 р.)*

Тернопіль
ТДМУ
“Укрмедкнига”
2005

ББК 53.54я73
В 14
УДК 616-08-039.76(075.8)

Колектив авторів:

І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко, М.І. Швед, Л.В. Левицька,
В.Ф. Лобода, Д.В. Вакуленко, Г.В. Прилуцька

Рецензенти:

І.З. Самосюк – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії та курортології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;

І.К. Латогуз – заслужений діяч науки і техніки України, д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри внутрішніх хвороб, лікувальної та спортивної медицини Харківського державного медичного університету;

Л.Г. Глушко – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри терапії та сімейної медицини ФПО Івано-Франківського державного медичного університету;

В.Б. Гоцинський – д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри “Поліклінічна справа та сімейна медицина” Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського.

В 14 Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с., ISBN 966-673-071-5

В посібнику висвітлені соціально-економічні та медико-біологічні аспекти здоров'я, зміст, завдання, види, засоби, основні принципи організації та проведення медико-соціальної реабілітації осіб з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, посадові обов'язки лікарів та медичних сестер на етапах реабілітації. Описані методи медико-соціальної реабілітації хворих терапевтичного, хірургічного, неврологічного профілів, дітей, осіб, хворих на окремі найбільш соціально значущі захворювання (потерпілі внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, онкологічні захворювання, туберкульоз, зниження гостроти слуху та зору, ВІЛ-інфекція та СНІД, наркотична та алкогольна залежність). Буде корисним при підготовці молодших спеціалістів медицини, для фахівців із сімейної медицини, реабілітологів та лікарів загальної практики.

ББК 53.54я73
УДК 616-08-039.76(075.8)

ISBN 966-673-071-3

© І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко,
М.І. Швед та ін., 2005.

Зміст

Вступ	5
1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (І.Р. Мисула, М.І. Швед, Л.О. Вакуленко)	7
1.1. Соціально-економічні та медико-біологічні аспекти здоров'я	7
1.2. Медико-соціальна реабілітація, її визначення, становлення, види, завдання, принципи	10
1.3. Організація та управління системою медичної та соціальної реабілітації	15
1.4. Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання	17
1.5. Хворий – як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації. Реабілітаційні програми ...	22
1.6. Експертиза втрати працездатності	26
1.7. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують	29
1.8. Оцінка ефективності реабілітації	32
1.9. Функціональні обов'язки лікаря-реабілітолога та медичних сестер в процесі медико-соціальної реабілітації	34
1.10. Юридична відповідальність медичного працівника	39
2. ЗАСОБИ МЕДИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЇХ ВИДИ, ЗМІСТ, ЗАВДАННЯ, ПРАВИЛА ЗАСТОСУВАННЯ (Л.О. Вакуленко)	41
2.1. Медична реабілітація	41
2.2. Профілактика захворювань	103
2.3. Соціальна та професійна реабілітація	107
3. МЕДИЧНА ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОКРЕМИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЇЇ ПЕРІОДИ, ЗАВДАННЯ, ЗАСОБИ, МЕТОДИ	114
3.1. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях та травмах нервової системи (Л.О. Вакуленко)	114
3.1.1. Медична та соціальна реабілітація хворих після порушення мозкового кровообігу	115
3.1.2. Медична та соціальна реабілітація хворих після травм спинного мозку	141
3.3.3. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях периферійної нервової системи	159
3.2. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів (І.Р. Мисула, М.І. Швед, Л.В. Левицька)	172
3.2.1. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи	172
3.2.2. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях опорно-рухового апарату	210
3.2.3. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях травної системи	224

3.2.4. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях дихальної системи	245
3.2.5. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях ендокринної системи	257
3.2.6. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях сечовидільної системи	264
3.3. Медична та соціальна реабілітація після оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини (Л.В. Левицька)	270
3.4. Медична та соціальна реабілітація хворих з наслідками травматичних пошкоджень м'яких тканин та опорно-рухового апарату (Л.О. Вакуленко)	274
3.4.1. Медична та соціальна реабілітація при переломах хребта	276
3.4.2. Медична та соціальна реабілітація при опіковій хворобі	289
3.4.3. Медична та соціальна реабілітація при переломах кісток кінцівок	297
3.5. Медична та соціальна реабілітація в педіатрії (В.Ф. Лобода)	303
3.5.1. Медична та соціальна реабілітація дітей з дитячими церебральними паралічами	303
3.5.2. Медична та соціальна реабілітація дітей хворих на бронхіальну астму	313
3.5.3. Медична та соціальна реабілітація дітей з хронічним гепатитом	320
3.6. Медична та соціальна реабілітація осіб хворих на окремі найбільш соціально значущі захворювання (Л.О. Вакуленко, Г.В. Прилуцька, Д.В. Вакуленко)	329
3.6.1. Медична та соціальна реабілітація хворих на онкологічні захворювання	329
3.6.2. Медична та соціальна реабілітація потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС	339
3.6.3. Медична та соціальна реабілітація хворих з порушенням слуху	347
3.6.4. Медична та соціальна реабілітація хворих з порушенням зорових функцій	354
3.6.5. Медична та соціальна реабілітація хворих на туберкульоз	364
3.6.6. Медико-соціальна реабілітація хворих на синдром набутого імунodefіциту (СНІД)	373
3.6.7. Медична та соціальна реабілітація хворих на алкогольну та наркотичну залежність	385
4. КОНТРОЛЮЮЧА ПРОГРАМА (Л.О. Вакуленко)	393
Література	398
Додаток	401

Вступ

Реабілітація – один з найважливіших напрямків у системі охорони соціального здоров'я, що включає державні, соціально-економічні, психологічні, професійні, педагогічні та інші заходи, спрямовані на профілактику та лікування захворювань, які призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, а також на повернення хворих та інвалідів у суспільство і до суспільно корисної праці. Ефективність їх значною мірою визначається узгодженістю дій усіх ланок, які беруть участь у реалізації відповідних заходів. До роботи повинні допускатись лікарі, психологи, середній медичний персонал, інструктори з фізичної культури, психотерапевти та інші спеціалісти, які володіють методикою реабілітаційного лікування. Важливе місце в цьому процесі займають медичні працівники, які повинні мати глибокі теоретичні знання з основ реабілітації, володіти необхідними практичними навичками, психотерапевтичною деонтологією, мати високі моральні якості.

Посібник призначений для підготовки лікарів та медичних сестер – однієї з найважливіших ланок складного і різноманітного процесу медичної та соціальної реабілітації. Мета посібника – навчити студентів проводити медичну та соціальну реабілітацію хворих з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, використовувати засоби реабілітації для первинної і вторинної профілактики захворювань. Корисним він буде і для фахівців з сімейної медицини, реабілітологів.

Подальший планомерний розвиток та втілення медичної і соціальної реабілітації в систему охорони здоров'я допоможе повернути до повноцінного життя у суспільстві значну кількість хворих, що перенесли захворювання та травми, стане реальним заходом профілактики та зниження рівня інвалідності.

Матеріал базується на основі аналізу літературних даних, власних наукових досліджень, багаторічного практичного і педагогічного досвіду авторів. Автори намагались дотримуватись єдиної схеми висвітлення засобів реабілітації при окремих захворюваннях і разом з тим, більш детально описані основні, найбільш характерні для певного захворювання засоби. Більше уваги приділено висвітленню медико-соціальної реабілітації хворих з наслідками захворювань та травм нервової системи, після перенесеного гострого інфаркту міокарда, які належать до найбільш поширених і найбільш несприятливих щодо прогнозу працездатності і здоров'я захворювань. Саме такі хворі проходять всі етапи реабілітації і на кожному з них вони вимагають специфічних, строго індивідуальних засобів реабілітації.

В окремий розділ винесена медико-соціальна реабілітація осіб, хворих на найбільш соціально значущі захворювання, що на сьогодні є надзвичайно актуальним і потребує подальшого удосконалення.

1. Організаційні основи медичної та соціальної реабілітації

1.1. Соціально-економічні та медико-біологічні аспекти здоров'я

Здоров'я – стан цілковитого фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних дефектів (ВООЗ, 1946). Здоров'я (з медичної точки зору) – це цілісний динамічний стан організму, який визначається резервами енергетичного, пластичного і регуляторного забезпечення функцій, характеризується стійкістю до дії патогенних факторів і здатністю компенсувати патологічний процес, а також є основою здійснення біологічних і соціальних функцій. Здоров'я (з соціальної точки зору) – це фізична, соціальна, психологічна, духовна гармонія людини, дружні, спокійні стосунки з іншими людьми, з природою, з самим собою. Проблема збереження здоров'я – це проблема не лише системи охорони здоров'я, а всієї держави (Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова, 1998).

Стан здоров'я будь-якої людської популяції (суспільне здоров'я) визначають чотири фундаментальні процеси: відтворення здоров'я, його формування, споживання, відновлення. Вони зумовлені біологічними, соціально-економічними, соціально психологічними факторами і є тією основою, на якій можна будувати систему керування здоров'ям: формувати, зберігати, зміцнювати його (рис. 1).

Оцінка здоров'я популяції. Суспільне здоров'я популяції оцінюється за медико-статистичними показниками: народжуваність, фізичний розвиток, середня тривалість життя, захворюваність, смертність.

Кількісна оцінка рівня здоров'я. Гомеостаз складного організму виражається у підтриманні стабільності основних показників внутрішнього середовища. Резерви гомеостазу вимірюються часом, протягом якого показники внутрішнього середовища підтримуються в межах фізіологічної норми в умовах негативної дії факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Вони залежать від резервних потужностей робочих органів та регулюючих систем і виражаються у спеціальних програмах регулювання, що включаються в умовах надмірних подразників, які сигналізують про загрозу їх для особистості.

Тому “не в співвідношенні патології і норми необхідно шукати оціночні критерії здоров'я, а у здатності індивіда здійснювати свої біологічні і соціальні функції. Досконалість цих функцій у людини може бути охарактеризована – в тому числі і кількісно – резервами енергетичного, пластичного і регуляторного забезпечення функцій” (Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова, 1998).

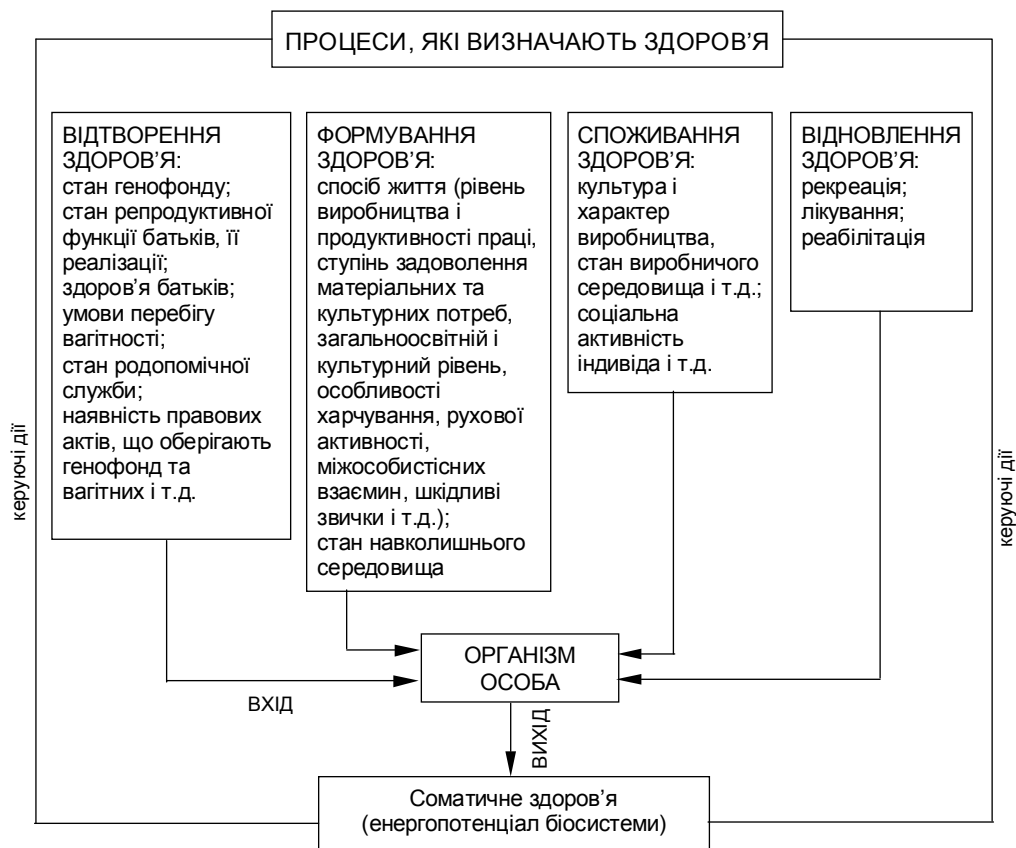


Рис. 1. Схема керування здоров'ям (Г.Л. Апанасенко, 1989).

Головною умовою здоров'я є високі резерви енергетичних потужностей (енергопотенціал). Для оцінки рівня здоров'я індивіда академік Н.М. Амосов запропонував ввести поняття "кількісна оцінка рівня здоров'я", як показника стійкості організму до негативного впливу патологічних факторів. На рівні цілісного організму його можна оцінити за фізичною працездатністю. Саме фізична працездатність найбільшою мірою характеризує "кількість" здоров'я.

Режим здоров'я. Важливе значення в підтриманні високого рівня здоров'я має режим здоров'я: певний спосіб життя, який сприяє відновленню, підтриманню та розвитку резервів організму. **Резерви здоров'я** індивіда залежать від його фізичного стану і способу життя. Фізичний стан – здатність людини виконувати фізичну роботу. Спосіб життя – це соціальна категорія, яка включає якість, спосіб і стиль життя. За визначенням ВООЗ, спосіб життя – спосіб існування, заснований на взаємодії між умовами життя і конкретними моделями поведінки особистості.

Головним фактором формування резервів і підтримання високого функціонального стану фізіологічних систем людського організму є м'я-

зова робота. Заняття фізичними вправами тренують майже всі робочі системи забезпечення – серце, судини, легені, печінку, нирки і одночасно – регулюючі системи, оскільки будь-яке м'язове напруження є фізіологічним стресом. Регулярні заняття фізичними вправами – яскравий приклад надзвичайних адаптаційних можливостей людини. Довготривала адаптація проявляється при цьому в перебудові організму на центральному, міжсистемному, системному, органному, тканинному, клітинному, молекулярному рівнях і є проявом біологічної норми.

Фізична детренованість, пов'язана з механізацією праці та побуту, в поєднанні з надмірним та розбалансованим харчуванням, гіподинамією на фоні нервово-психічних перевантажень сприяє зниженню резервів гомеостазу. Тому в сучасних умовах велике значення має відношення людини до свого здоров'я, бо на сьогодні вона займає пасивну позицію. Зробити причетною кожну особистість до системи керування її власним здоров'ям – відповідальний обов'язок кожного медичного працівника, бо “здоров'я – дар молодості і лише в молодості воно дається даром”. “Здоров'я треба заробити. Його неможливо купити. Ніхто не продасть його вам” (Поль Брегг, 1991).

Валеологія. Наукою, що вивчає закономірності проявів, механізми і способи підтримання і зміцнення здоров'я є валеологія. Предмет валеології – індивідуальне здоров'я людини, його механізми. Практика валеології передбачає формування, збереження і зміцнення здоров'я особистості. Валеологія вчить попереджувати розвиток захворювання та втручатися в нього на етапі зниження рівня здоров'я конкретної особи. Впливи, що використовуються при цьому, є переважно природними, немедикаментозними (очищення організму, оздоровче харчування, загартування, рухові і гіпоксичні тренування, психорозвантаження, мануальні впливи тощо).

Об'єкт валеології – здорова людина і людина, що перебуває в “третьому стані”. “Третій стан” – перехідний між здоров'ям і хворобою. Стан, обмежений, з одного боку, ступенем (рівнем) зниженням резервів здоров'я і можливістю розвитку внаслідок цього патологічного процесу при незмінних умовах життєдіяльності, з другого, – початковими ознаками порушення функцій – маніфестацією патологічного процесу. Вказані межі можуть бути охарактеризовані відповідним рівнем здоров'я. Завдання валеології – виявити осіб з низьким рівнем здоров'я і, використовуючи методи оздоровлення, вивести їх за межі “третього стану” (Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова, 1998).

Особливо велике значення в зміцненні здоров'я і попередженні захворювань в наш час належить працівникам сімейної медицини. Саме сімейний лікар разом з медичною сестрою проводять тривале спостереження за членами сім'ї, мають можливість визначати рівень їх здоров'я, прогнозувати його, коректувати спосіб життя і попереджувати таким чином розвиток захворювань.

1.2. Медико-соціальна реабілітація, її визначення, становлення, види, завдання, принципи

Термін “реабілітація” (походить від латинського: “habilitatis” – придатність, здатність, спроможність; префікс “re” – зворотна або повторна дія) означає відновлення придатності, здатності, спроможності. Він вживається в усіх сферах діяльності людини – політичній, юридичній, розумовій, спортивній та ін. У медицині вона визначається як процес відновлення здоров’я і працездатності хворих та інвалідів.

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963) наголосив, що реабілітація – це процес, “метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювань і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання”.

Реабілітація – це система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я людини, її працездатності і соціального статусу, яка базується на біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних та науково-медичних основах.

Біологічні основи – здатність організму пристосовуватись до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновлювальних процесів.

Психологічні – здатність особистості до відчуття престижу і бажання відчувати корисність і цінність своєї праці.

Соціально-економічні основи – корисність для суспільства праці інвалідів, які мають, як правило, глибокі професійні знання і великий життєвий досвід.

Економічний ефект реабілітації перекидає затрати суспільних засобів, затрачених на їх здійснення.

Морально-етичні – принцип високого гуманізму, притаманний нашому суспільству.

Науково-методичні основи – сучасні досягнення медицини тісно пов’язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній та замісній терапії, наприклад, сучасні реконструктивні, пластичні хірургічні операції, протезування внутрішніх органів, малоінвазивні хірургічні втручання, комп’ютерні обстеження хворих та ін.

В реабілітації хворих пріоритет належить медичній реабілітації. Поруч з медичними працівниками активну участь беруть експерти, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, профспілок, підприємств. Велику роль у цьому складному процесі відіграють молодші медичні працівники, які допомагають спеціалістам у

проведенні реабілітаційних заходів і повинні володіти науковими основами та практичними навичками реабілітаційного лікування.

Становлення реабілітації. Реабілітація вперше стала використовуватися для лікування інвалідів війни на початку XIX століття. Хворим потрібно було відновлювати працездатність чи здатність до самообслуговування, повертати їх у суспільство, за яке вони віддали здоров'я. Створене в 1922 році у США Міжнародне товариство по догляду за дітьми-каліками вперше у світі взяло на себе розробку найбільш важливих питань реабілітації. У 1958 році на засіданні Комітету експертів ВООЗ з медичної реабілітації було наголошено на необхідності застосування реабілітації для зменшення негативних фізичних, психічних, соціальних наслідків захворювань і звернено увагу на доцільність розвитку реабілітаційних служб.

Реабілітацію почали викладати у вищих навчальних закладах. Варшавська медична академія однією із перших у світі відкрила у 1961 році кафедру і клініку реабілітації. Спеціалістів-реабілітологів середньої ланки стали готувати в Англії, Данії та інших країнах.

В Україні зроблено немало щодо організації відновного лікування і надання допомоги інвалідам та немічним: у Києві було відкрито унікальний, найавторитетніший заклад у світі з вивчення проблем старіння та лікування осіб похилого і старечого віку – Інститут геронтології. В Дніпропетровську відкрито науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності. В кожній області було створено шпиталі для інвалідів війни, школи для дітей-калік, будинки-інтернати, спеціалізовані санаторії, протезні заводи, організовано підготовку кадрів для роботи у цих закладах. Держава навчає і надає посильну допомогу сліпим, глухонімым, учасникам бойових дій, інвалідам Чорнобильської катастрофи. Відкриваються спеціалізовані центри для проведення реабілітації хворих з травматолого-ортопедичними, нейрохірургічними, неврологічними, серцево-судинними захворюваннями.

Уже з 1991 року питання реабілітації інвалідів в Україні почало вирішуватись на законодавчому рівні законом “Про основи соціальної захищеності інвалідів” та підзаконними актами. “Положення про медико-соціальну експертизу” затверджено на державному рівні Постановою Кабінету міністрів України від 22.02.1992 року. У положенні зазначено, що “медико-соціальна експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості осіб, реалізація яких сприятиме функціональній, соціальній, психологічній реабілітації інваліда”. Положенням введені посади спеціаліста з медико-соціальної реабілітації до складу міських, міжрайонних, районних медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), а також Республіканської, Кримської, Центральних міських комісій міст Києва та Севастополя.

Важливим документом, у якому набула подальшого розвитку концепція реабілітації інвалідів, є Положення про індивідуальну програму реабі-

літації та адаптації інвалідів, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.92 р. № 83.

Згідно з Положенням “реабілітація та адаптація інваліда – це комплекс заходів, спрямований на відновлення здоров’я і здібностей інваліда та створення йому необхідних умов і рівних можливостей у всіх сферах діяльності”. Документом, що визначає види, форми, обсяг реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення та конкретних виконавців, є індивідуальна програма реабілітації інвалідів, яка розробляється МСЕК з урахуванням місцевих можливостей, соціально-економічних, географічних і національних особливостей. Положення визначає основні види реабілітаційної допомоги: медичну, професійну, соціально-побутову.

У статті 12 Закону України “Про охорону праці” від 21.XI.2002 року вказується на необхідність раціонального працевлаштування інвалідів, під яким розуміють роботу, адекватну захворюванню і спеціальності, що сприяє відновленню порушених функцій і є найважливішим моментом профілактики інвалідності хворих.

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) в генеральній концепції для національних служб охорони здоров’я “Здоров’я для всіх в XXI столітті” визначила, що концепція будується на трьох фундаментальних цінностях: здоров’я – як визначальне право людини; справедливість щодо здоров’я та солідарність в діях як між країнами, так і всередині суспільства кожної країни; відповідальність окремих осіб, груп населення та організацій за подальший розвиток охорони здоров’я, а також їх участь у цьому процесі.

Відповідно до концепції ВООЗ в Україні розроблена програма “Здоров’я нації на 2002-2011 роки”. Головною метою програми визначено збереження здоров’я населення України, підвищення народжуваності, зменшення смертності, продовження активного довголіття і тривалості життя, поліпшення медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на охорону здоров’я.

Подальший планомірний розвиток медико-соціальної реабілітації допоможе повертати до повноцінного життя у суспільстві багатьох людей, які перенесли захворювання та травми, стане реальним заходом профілактики та зниження інвалідності.

Завдання реабілітації. Головними завданнями реабілітації є:

- максимально можливе відновлення здоров’я;
- функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатності чи відсутності можливості відновлення);
- повернення до повсякденного життя;
- залучення до трудового процесу.

Мета реабілітації. Основна мета реабілітації – повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідних умов здорового і повноцінного життя.

Види реабілітації. Реабілітація ґрунтується на використанні біологічних і соціальних механізмів адаптації, компенсації і умовно об'єднана в три взаємопов'язані види: *медичну, соціальну і професійну.*

Медична реабілітація – основний вид реабілітаційного процесу.

Провідними методами медичної реабілітації є відновна терапія і реконструктивна хірургія з наступним (в разі необхідності) протезуванням.

Відновна терапія здійснюється, в першу чергу, за допомогою медикаментозного лікування, фізичної активації (лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія, працетерапія), психологічних методів (групова та індивідуальна психотерапія).

Завдання медичної реабілітації:

- відновлення здоров'я;
- усунення патологічного процесу;
- попередження ускладнень та рецидивів;
- відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій;
- підготовка до побутових та виробничих навантажень;
- запобігання стійкої втрати працездатності (інвалідності).

Фізична активація (реабілітація) включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізичної працездатності хворих з тимчасовою та стійкою втратою працездатності. Її основними засобами є: лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механо-працетерапія.

Завдання фізичної реабілітації :

- мобілізація резервних сил організму;
- активізація захисних і пристосувальних механізмів;
- попередження ускладнень та рецидивів захворювання;
- прискорення відновлення функції різних органів та систем;
- скорочення термінів клінічного та функціонального відновлення;
- тренування та загартування організму;
- відновлення працездатності.

Психологічні методи (*психологічна реабілітація*) передбачає корекцію психологічного стану, навчання хворого психогігієнічним навичкам, орієнтації щодо повернення до активної життєдіяльності на рівні, адекватному його здібностям і можливостям. При цьому особливо важливим є період після виписки із стаціонару – процес адаптації до зміненого становища в сім'ї, суспільстві, сфері професійної діяльності.

Найчастіше використовується групова та індивідуальна психотерапія, автогенне тренування, поведінкова терапія. Крім цього, психологічна реабілітація включає сукупність принципів та правил поведінки медичного персоналу, близьких родичів, співробітників, аналогічних хворих, які залежать від психологічної реакції пацієнта на хворобу. Соціально-психологічні аспекти реабілітації передбачають вирішення таких питань, як відновлення особистих якостей і здібностей хворого для його взаємодії з соціальним оточенням, а також психокорекцію установок хворого до виконання обов'язків громадянина, члена суспільства, колективу, сім'ї.

В психологічній реабілітації важливе місце займає *педагогічний аспект реабілітації* – процес отримання освіти, професійного перенавчання, а також заняття за програмами так званих шкіл для хворих і їх родичів, спрямованих на те, щоб викласти суть захворювання, факторів ризику, зробити хворих і їх родичів свідомими та активними учасниками процесу реабілітації.

Соціальна (побутова) реабілітація. Реабілітація хворого розглядається як екопсихосоціальна система, що розглядає людину в єдності з природою і соціальним середовищем. Здоров'я чи хвороба людини залежать не тільки від біологічних змін в організмі, але і від змін суспільних умов. Хвороба змінює звичайний спосіб життя людини, в неї тимчасово чи постійно втрачаються можливості працювати, ускладнюються взаємостосунки, матеріальне становище, порушується процес культурного та духовного спілкування. Хворий страждає від болю, знижується фізична активність, працездатність, його турбують можливі наслідки хвороби, інколи потребує догляду.

Соціальна (побутова) реабілітація – це державно-суспільні дії, спрямовані на:

- повернення людини до суспільно корисної праці;
- правовий захист;
- матеріальний захист її існування;
- відновлення соціального статусу особи шляхом: організації активного способу життя, відновлення ослаблених чи утрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту в сім'ї, на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом;
- при необхідності – розвиток навичок щодо обслуговування (спільна робота реабілітолога, фахівця з праці, психолога): підготовка хворого до користування стандартними чи спеціально зробленими пристроями, що полегшують самообслуговування;
- вирішення матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок);
- перенавчання, працевлаштування хворих в спеціалізованих закладах, на дому (у разі необхідності);
- надання різних видів соціальної допомоги (протезування, забезпечення засобами переміщення, робочими пристосуваннями, організація санаторно-курортного лікування тощо);
- юридичний захист хворого.

Ці завдання вирішуються медичними закладами разом з органами соціального забезпечення.

Професійна реабілітація передбачає: професійну підготовку особи, яка перенесла захворювання до трудової діяльності; повернення до попередньої роботи; перекваліфікація на тому ж підприємстві чи навчання новій професії при стійкій втраті працездатності; працевлаштування.

Основна мета – підготовка хворого до праці. Її реалізація залежить від: характеру та перебігу хвороби, функціонального стану хворого, його фізичної спроможності, професії, кваліфікації, стажу роботи, посади, умов праці, бажання працювати. Беруть участь: реабілітолог, фахівці з працетерапії, психологи, педагоги, соціологи, юристи.

Завдання професійної реабілітації: адаптація, реадаптація, перекваліфікація з подальшим працевлаштуванням.

Таким чином, медико-соціальна реабілітація, крім відновлення здоров'я хворого, передбачає відновлення його працездатності, соціального статусу, тобто повернення людини до повсякденного життя у сім'ї, в трудовому колективі, відновлення особистості, як повноцінного члена суспільства.

1.3. Організація та управління системою медичної та соціальної реабілітації

Система реабілітації хворих з тимчасовою втратою працездатності та інвалідів – це процес впливу на них та їх соціальне оточення, усі структурні компоненти якого соціально підпорядковані розв'язанню проблеми попередження інвалідності хворих з тимчасовою втратою працездатності та реінтеграції інвалідів в суспільство (рис. 2).

Система реабілітації складається з:

- *органів, які організують, координують діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію та управляють нею;*
- *установ (служб) реабілітації різних організаційних форм і типів, що реалізують реабілітаційні програми;*
- *реабілітаційних програм;*
- *об'єкта реабілітації: хворий (з тимчасовою втратою працездатності чи інвалід), який входить до системи, як той, що підлягає реабілітації, та виходить з неї, як реабілітований.*

Етапна програма реабілітації

Діюча державна система медичної реабілітації включає наступні етапи:

- реабілітаційна експертна діагностика;
- відпрацювання на її основі реабілітаційних програм;
- подальша реалізація цих програм;
- розвиток та адаптація мережі реабілітаційних установ;
- динамічний контроль за проведенням реабілітаційних заходів та їхнім коректуванням при необхідності;
- аналіз адаптивної реабілітації на її кінцевому етапі.

Управління системою медичної та соціальної реабілітації.

Керівна роль в організації і проведенні медичної та соціальної реабілітації в Україні належить Міністерству охорони здоров'я і Міністерству праці та соціальної політики.

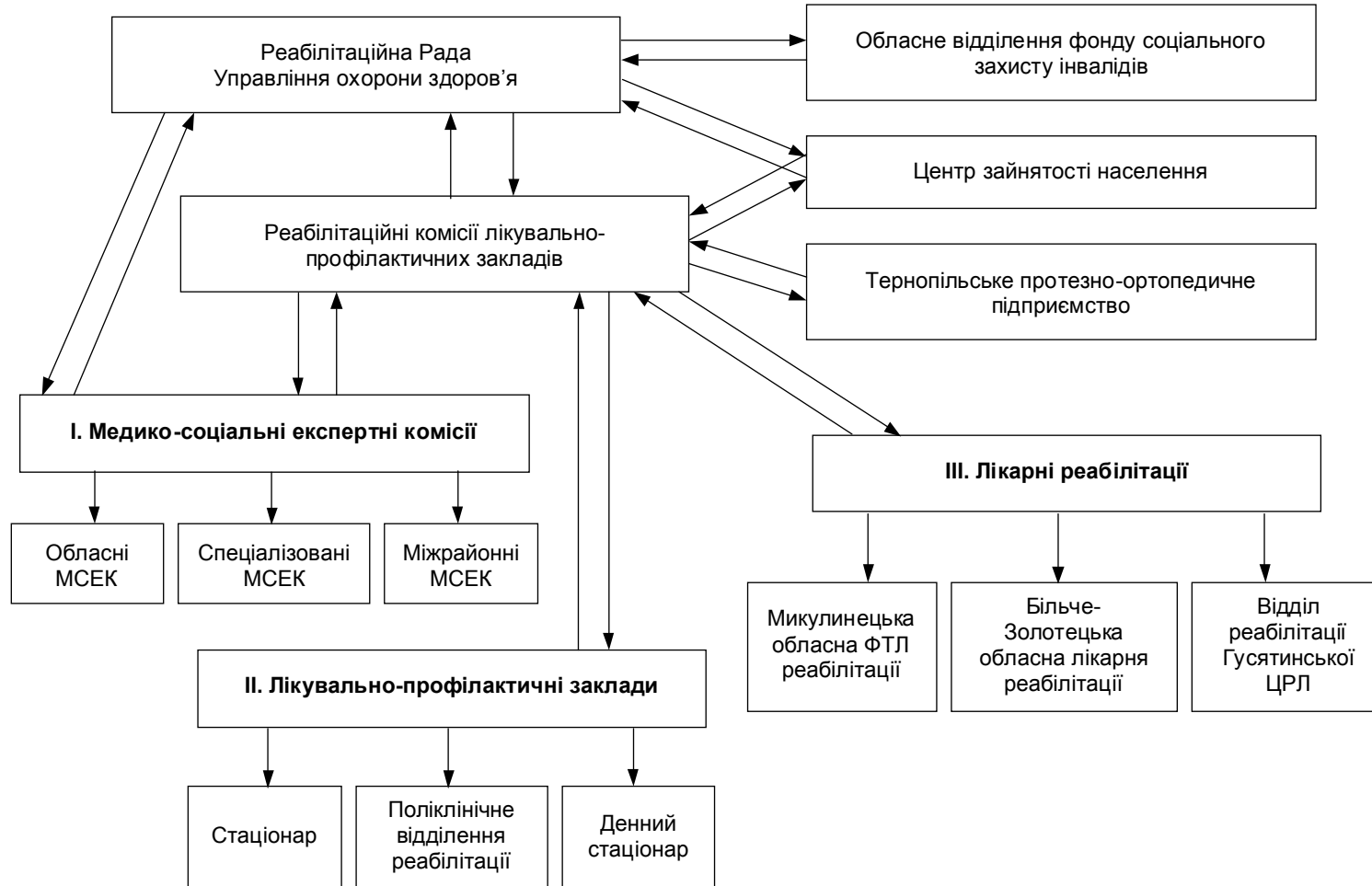


Рис. 2. Структура служби реабілітації Тернопільської області.

На державному рівні функціонують центри та відділення реабілітації при науково-дослідних інститутах України. Вони є науково-методичними центрами та науково-практичними установами. Органом, який об'єднує співпрацю усіх реабілітаційних установ в області є Реабілітаційна рада при обласному Управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації. Реабілітаційні ради виконують організаційну, методичну та контролюючу функції.

1.4. Установи, що реалізують реабілітаційні програми, їх види, структура, завдання

Загалом до виконання програми “Здоров'я людини на 2002-2011 роки” залучено понад 160 органів, організацій та установ.

Основними виконавцями реабілітаційних програм, в першу чергу, є:

- *реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні),*
- *реабілітаційно-оздоровчі,*
- *реабілітаційно-протезні установи.*

Тип та вид реабілітаційної установи повинні визначатися при її акредитації та ліцензуванні, що є часткою державної програми, яка надає повноваження установам охорони здоров'я на виконання певних видів медичної діяльності, реабілітаційних послуг. При цьому установа повинна мати оснащення відповідно до стандартних організаційно-технологічних, медико-технологічних вимог, відповідати санітарним нормам, мати позитивні показники діяльності за моделями кінцевих результатів, бути укомплектованою кваліфікованими кадрами.

Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом-документом, що дає право на виконання певних послуг, операцій, процедур.

Фахівці причетні до медико-соціальної реабілітації: лікарі-терапевти, травматологи, невропатологи, нейрохірурги чи інші спеціалісти (залежно від характеру захворювань осіб, які підлягають реабілітації); медичні сестри, фізіотерапевти, спеціалісти з лікувальної фізкультури та спорту, психотерапевти, спеціалісти з працетерапії, експерти з праці, педагоги, психологи, соціологи, юристи, представники органів соціального забезпечення, представники підприємств, профспілкових організацій.

Реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) установи

Етапи реабілітації. У державі функціонують лікувально-профілактичні установи (відновного лікування), що забезпечують проведення наступних етапів реабілітації:

- стаціонарного;

- напівполіклінічного (денний стаціонар);
- поліклінічного.

Такі установи повинні мати достатню матеріально-технічну базу, можливості для її розширення та кращий територіальний і транспортний доступ.

За видом надання лікувальної допомоги виділяють такі реабілітаційно-лікувальні установи:

- спеціалізовані (кардіологічні, неврологічні та інші),
- поліпрофільні (загального типу).

За адміністративно-територіальним рівнем виділяють: районні, міжрайонні, міські, обласні, відомчі реабілітаційно-лікувальні установи.

На рівні області відновне лікування здійснюють *реабілітаційні лікарні*. В лікарні реабілітації збільшена (порівняно з лікарнями загального профілю) кількість медичних сестер з масажу, працетерапії, методистів з лікувальної фізкультури тощо.

Загальні протипоказання до направлення хворих на реабілітаційне стаціонарне лікування:

- всі хвороби у період загострення;
- всі хронічні захворювання, що потребують спеціального лікування;
- перенесені інфекційні хвороби дітей до закінчення терміну ізоляції;
- бацилоносійство;
- всі заразні захворювання очей, шкіри, злоякісні анемії, новоутворення, кахексія, амілоїдоз внутрішніх органів, активні форми туберкульозу легень та інших органів;
- хворі із захворюваннями серцево-судинної системи при недостатності кровообігу вище I ст.;
- хворі на епілепсію, з психоневрозом, психопатією, розумовою відсталістю, що потребують індивідуального догляду і лікування;
- наявність супутніх захворювань, протипоказаних для санаторно-курортного лікування.

В обласних центрах та містах обласного підпорядкування *при лікувально-профілактичних установах та стаціонарах діють профільні відділення (центри) реабілітації*, які працюють у тісному контакті із спеціалізованими відділеннями за своїм профілем. Залежно від того, при якому закладі організовані (це можуть бути стаціонарні, поліклінічні, санаторні реабілітаційні центри), вони повинні мати у штаті кваліфікованих лікарів і медичних сестер, які пройшли спеціальну підготовку з основ реабілітації та особливостей реабілітації хворих різних профілів захворювань.

Структура центрів (відділень) реабілітації:

- діагностичне відділення: клініко-діагностична лабораторія, кабінет функціональної діагностики, рентгенологічний кабінет тощо;
- фізіотерапевтичне відділення: світлолікування, електролікування, водолікування, грязелікування, інгаляційне лікування, масаж;

- відділення лікувальної фізкультури: спеціалізовані зали, кабінети механотерапії, басейн, спортивні майданчики на відкритому повітрі;
- відділення соціально-трудової реабілітації: кімнати побутової реабілітації, трудові майстерні;
- відділення соціально-психологічної реабілітації: кабінети психотерапевта, соціолога, юриста, логопеда.

Стационарозамінююча медична допомога. В умовах впровадження економічного методу управління в охороні здоров'я створені нові організаційні форми стационарозамінюючої медичної допомоги: денні стаціонари в поліклініках, лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування, домашні стаціонари.

Робота *денних стаціонарів в поліклініках та стаціонарів денного перебування* спрямована на своєчасне лікування та оздоровлення хворих, поліпшення якості медичної допомоги, забезпечення її доступності, підвищення економічної ефективності, скорочення термінів тимчасової непрацездатності, проведення окремих діагностичних обстежень тощо. Все це сприяє раціональному використанню ліжкового фонду та підвищенню ефективності реабілітаційних заходів.

Домашній стаціонар організовується для хворих із гострими та хронічними захворюваннями, які за станом здоров'я не потребують госпіталізації або якщо вона неможлива. Така форма медичної допомоги вимагає забезпечення хворого кваліфікованим лікарським та сестринським доглядом, необхідними обстеженнями, належними методами лікування; соціальної підтримки, корекції харчування тощо.

На великих промислових підприємствах відновне лікування проводять *в медико-санітарних частинах*, які можуть бути стаціонарними чи амбулаторними відділеннями промислової реабілітації при медико-санітарних частинах великих підприємств.

Мета:

- збереження професії хворим чи інвалідам;
- оволодіння новою професією при втраті попередньої.

Засоби, що використовуються для лікувально-тренувального впливу:

- спеціальне промислове обладнання та інструменти;
- спеціальні пристосування до верстатів та інструментів;
- спеціальне обладнання робочого місця.

Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ

У лікувально-профілактичних (реабілітаційно-лікувальних) установах повинні бути створені *реабілітаційні комісії* (ради).

Склад реабілітаційної комісії:

- *постійні члени комісії*: завідувач відділенням, лікар-спеціаліст з профілю хворого, фізіотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури, лікар з функціональної діагностики, інструктор з трудотерапії, юрист;

– *непостійні члени комісії*: при потребі запрошуються інші спеціалісти (суміжних спеціальностей, психотерапевт та ін.).

Функціональні обов'язки реабілітаційної комісії:

– відбір хворих, які потребують реабілітації, розробка плану реабілітаційних заходів відповідно до функціонального діагнозу, індивідуальних особливостей організму хворого, перебігу захворювання та забезпечення їх реалізації;

– розробка технології реалізації “Індивідуальної програми реабілітації” (ІПР) та передача у визначеній послідовності програми реабілітації відновним структурно-функціональним підрозділам для виконання;

– уточнення функціонального діагнозу під час відновного лікування та прогнозування реабілітації;

– корекція при необхідності методів виконання ІПР;

– управління виконанням ІПР за допомогою регулювання взаємодії і спадкоємства у роботі реабілітаційних структурно-функціональних підрозділів;

– облік ефективності лікування: порівняння одержаних результатів лікування із запрограмованими;

– аналіз результатів реабілітаційної діяльності, якості та ефективності окремих програм і визначення заходів з їх оптимізації;

– вирішення питань працездатності (працездатний без обмежень, працездатний з обмеженнями в об'ємі, часі чи характері виробничої діяльності, тимчасово непрацездатний, потребує направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) для продовження листка тимчасової непрацездатності);

– при реабілітації інвалідів – інформація МСЕК про проведене відновне лікування, зворотний зв'язок;

– при тривалій втраті працездатності – оформлення документів на МСЕК;

– оформлення документів у Фонд соціального захисту інвалідів на придбання медикаментів, необхідних для проведення курсу консервативного або оперативного лікування;

– забезпечення реабілітаційних лікувально-профілактичних відділень та лікувально-профілактичних закладів необхідним обладнанням, ліками, кадрами;

– розробка основних напрямків розвитку та удосконалення служби медичної реабілітації у своєму лікувально-профілактичному закладі.

Реабілітаційно-оздоровчі установи

Після закінчення реабілітації в лікувально-профілактичних установах хворий чи інвалід переводиться на реабілітацію в реабілітаційно-оздоровчі установи, які здійснюють санаторний етап реабілітації. До них належать:

- санаторії (профспілкові, відомчі, регіонального підпорядкування);
- санаторії-профілакторії.

Санаторне лікування базується на використанні природних цілющих фізичних факторів. Вони забезпечують високу ефективність відновної терапії, реабілітації, профілактики, дають можливість зменшити кількість медикаментозних засобів у лікуванні хворих.

Курорт – місцевість з наявністю лікувальних природних факторів (мінеральні джерела, лікувальні грязі, сприятливі кліматичні умови), а також бальнеологічних, гідротехнічних та лікувально-профілактичних закладів.

Залежно від переваги того чи іншого цілющого природного фізичного фактора, виділяють курорти: кліматичні, бальнеологічні, грязьові, змішані. Використовують клімат пустинь, степу, лісостепу, гірський, приморський, клімат сольових шахт.

Для використання лікувальних факторів на курорті створюються спеціальні лікувальні заклади – санаторії, будинки відпочинку, курортні поліклініки.

Санаторій – спеціалізований стаціонарний заклад у системі санаторно-курортного лікування, в якому використовуються лікувальні комплекси кліматотерапії, бальнеотерапії, грязелікування. Санаторії забезпечують комфортне розміщення хворих для проведення лікування: лікувальні корпуси, пляжі, солярії, бювети мінеральних вод, інгаляторії, сауни, кабінети фізіотерапії, водо-, болотолікування, спортивні споруди, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії, психотерапії. Все це разом з відповідно обладнаними приміщеннями для проживання і відпочинку, дієтичним харчуванням, музико-, арома-, вокало-, танцетерапією, маршрутами для теренкуру, екскурсіями, туризмом, прекрасною природою, висококваліфікованим, уважним обслуговуючим персоналом, санітарно-просвітньою роботою створює всі умови для мінімального використання медикаментозного лікування і позитивних результатів реабілітації.

Профілі санаторіїв для лікування пацієнтів:

- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із захворюваннями органів травлення;
- із захворюваннями органів дихання (не туберкульозного походження);
- із захворюваннями жіночих статевих органів;
- із захворюваннями опорно-рухового апарату;
- із захворюваннями шкіри;
- із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів;
- із порушеннями обміну речовин.

Є також санаторії для дітей, підлітків; для лікування туберкульозу, внутрішніх органів, спастичних паралічів тощо.

Згідно з існуючим положенням, медичний відбір хворих на санаторно-курортне лікування проводить лікар, який веде хворого і завідувач

відділення чи головний лікар лікарні, поліклініки, диспансеру, медсанчастини.

Установлено обов'язковий перелік досліджень і консультацій, необхідних для рекомендації на санаторно-курортне лікування: клінічний аналіз крові, сечі, рентгеноскопія грудної клітки, висновок гінеколога при направленні на курорт жінок. Для уточнення показань проводять додаткові дослідження: електрокардіографічне – при захворюваннях серця або у осіб віком понад 30 років, висновок психіатра при наявності в анамнезі нервово-психічних розладів тощо. Після обстеження визначають показання для санаторно-курортного лікування та види курортів, які показані хворому.

Показання для направлення на курортне лікування. Направленню на курорти з врахуванням їх спеціалізації підлягають хворі на різні хронічні захворювання в стадії стійкої ремісії без виражених порушень функції відповідних органів (наприклад, без значної коронарної, дихальної, легенево-серцевої недостатності тощо), без явної активності запального процесу (Л.М. Клячкін, М.М. Виноградова, 1995).

Протипоказання до санаторно-курортного лікування:

- гострий період захворювання;
- хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;
- інфекційні захворювання, в тому числі венеричні;
- психічні розлади, алкоголізм, наркоманія;
- друга половина вагітності, весь період патологічної вагітності, стан після абортів (до першої менструації), період лактації;
- схильність до кровотеч;
- онкологічні захворювання;
- гостро прогресуючі форми туберкульозу легенів та хронічний туберкульоз у період дисемінації і зі схильністю до кровотеч;
- відсутність у хворого здатності до самообслуговування.

В окремих випадках після радикального лікування злоякісних новоутворень, при задовільному загальному стані, пацієнта можна направити в місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування.

Після санаторного лікування пацієнту видають на руки санаторно-курортну книжку, де вказують, яке лікування проводилось у санаторії і з якими результатами виписаний.

1.5. Хворий – як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи, періоди реабілітації. Реабілітаційні програми

Критерії відбору хворих для медико-соціальної реабілітації:

- медичні, біологічні, психологічні, соціальні.

Медичні – розподіл хворих по групах захворювань: захворювання периферійної нервової системи, хвороби кістково-м'язової системи, хвороби системи кровообігу, хвороби сечостатевої системи та ін.

Соціальні: трудовий стаж, професія, житлові умови, сімейний стан, освіта.

Біологічні: вік, стать, особливості конституції та ін.

Психологічні: тип нервової діяльності, оцінка хворим свого стану, взаємостосунки в сім'ї, на виробництві, психологічна готовність працювати.

Принципи реабілітації:

- ранній початок реабілітаційних заходів;
- етапність лікування: від початку виникнення захворювання до кінцевого його наслідку;
- послідовність та безперервність лікування на всіх етапах;
- комплексний характер реабілітаційних заходів;
- індивідуальність реабілітаційних заходів;
- доступність;
- повернення до активної праці;
- продовження лікування після повернення до суспільно корисної праці;
- необхідність реабілітації у колективі разом з іншими хворими.

Періоди реабілітації

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ розрізняють *два періоди: лікарняний та післялікарняний*. Всі інші види реабілітації підпорядковані періодам медичної реабілітації. В цих періодах виділяють наступні **етапи**:

- **лікарняний** період включає **I етап** реабілітації – лікарняний (стаціонарний, госпітальний),
- **післялікарняний** період включає **II етап** – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний період і **III етап** – диспансерний.

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації.

Завдання реабілітації:

- ліквідація чи зменшення активності патологічного процесу, прискорення відновних процесів;
- попередження ускладнень, загострення супутніх захворювань;
- розвиток постійних або тимчасових компенсацій;
- відновлення функцій органів та систем, уражених хворобою;
- поступове збільшення фізичної активності хворого та адаптація організму до зростаючих навантажень побутового характеру.

Засоби реабілітації. Вона включає переважно медикаментозні або хірургічні методи лікування. Одночасно з ними використовують охоронний режим, відповідний режим рухової активності, психотерапію та психо-

профілактику, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, працетерапію, фізіотерапевтичні засоби. В кінці періоду оцінюють стан хворого, його резервні можливості і розробляють подальшу програму реабілітації.

II етап реабілітації – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний. Призначається після виписки хворого з стаціонару. Проводиться у поліклініці, реабілітаційному центрі чи санаторії.

Завдання реабілітації:

- зменшення чи ліквідація наслідків захворювання;
- попередження ускладнень основного захворювання та загострення супутніх захворювань;
- виявлення резервних можливостей організму, виявлення та розвиток компенсаторних можливостей;
- підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності;
- підготовка хворого до трудової діяльності (працетерапія, оволодіння інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування).

Засоби реабілітації. На цьому етапі, крім медикаментозної терапії, важливе значення належить фізичній реабілітації, яка поєднується з дієтичним харчуванням, психо-та працетерапією. З хворим, крім медичних працівників, працюють педагоги, соціологи та юристи, які у разі зниження або втрати працездатності, сприяють адаптації людини до свого стану, розв'язання питань професійної працездатності, працевлаштування, побуту.

Наприкінці етапу хворого детально обстежують з метою вивчення функціональних можливостей, терміну відновлення трудової діяльності, її обсягів. Залежно від отриманих результатів пацієнту можуть рекомендувати:

- у разі відновлення функціональної та професійної здатності – повернення на попереднє місце роботи;
- у разі зниження функціональних можливостей – робота з меншим фізичним та психологічним навантаженням;
- при значних залишкових функціональних порушеннях та анатомічних дефектах – перекваліфікацію, роботу вдома;
- при глибоких, тяжких і незворотних змінах – подальше розширення зони самообслуговування та побутових навичок.

III етап – диспансерний. Під контролем перебувають дві групи людей: перша – здорові та особи з факторами ризику, друга – хворі.

Вибір осіб для диспансерного спостереження проводиться як за медичними, так і за соціальними показаннями. До контингентів дорослого населення, що підлягають диспансерному спостереженню за медичними показаннями, належать особи, що мають фактори ризику, які часто та тривало хворіють і хворі з окремими хронічними захворюваннями.

За соціальними показаннями диспансерному спостереженню підлягають особи, які працюють в шкідливих і небезпечних умовах праці, працівники харчових, комунальних і дитячих закладів, вчителі загальноосвітніх шкіл, особи з факторами ризику соціального характеру.

Завдання. Диспансерний метод обслуговування полягає у наступному:

- встановлення точного детального діагнозу;
- поділ осіб на диспансерні групи, направлення при необхідності на стаціонарне, напівстаціонарне лікування;
- нагляд за реабілітованим, лікування залишкових явищ перенесених захворювань чи подальший розвиток компенсації;
- поліпшення та відновлення фізичного стану і фізичної працездатності;
- обґрунтування рекомендації щодо адекватності виконуваної роботи;
- контроль робочого місця з метою виявлення негативних факторів, які можуть вплинути на стан здоров'я чи спричинити травматизм;
- у разі необхідності – сприяння зміні умов праці, способу життя, перекваліфікації, адаптації до умов життя;
- вирішення особистих та соціальних проблем, які можуть бути причиною рецидивів захворювання чи сповільнювати відновні процеси і сприяти поверненню хворого в суспільство;
- роз'яснювальна робота лікаря та медичної сестри з хворим, контроль активності хворого у процесі лікування, виконання ним всіх рекомендацій;
- сприяння у наданні інвалідам технічних засобів, вступу до товариств та об'єднань, у тому числі і спортивних, залучення людей молодого віку до занять адекватними видами спорту.

Засоби. Для вирішення цих завдань використовуються всі існуючі види і засоби реабілітації. Залучаються психологи, педагоги, соціологи, юристи, профспілкові організації, трудові колективи. Постійно працюють реабілітологи, які контролюють перебіг відновних процесів, переглядають, коректують програму реабілітації.

Реабілітація в домашніх умовах. Особливою формою реабілітаційної допомоги хворим, стан здоров'я яких не дозволяє відвідувати реабілітаційні відділення поліклінік, є домашній етап реабілітації. Для таких хворих створюється програма відновного лікування на дому. Її завдання-мінімум – відновлення здатності до самообслуговування, завдання-максимум – досягнення хворим можливості відвідувати реабілітаційне відділення лікувально-реабілітаційного закладу.

При потребі на дому з хворим займається методист ЛФК, масажист. Для родичів таких хворих організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з ліку-

вальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії тощо вони вчать навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому. Відвідування на дому таких хворих лікарем реабілітаційного відділення проводиться не рідше 1 разу на місяць, медичної сестри – за призначенням лікаря.

Реабілітаційні програми

Програми медичної реабілітації складаються лікарями лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) для хворих з тимчасовою втратою працездатності та лікарями медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) для хворих з стійкою втратою працездатності (інвалідів).

Індивідуальна програма реабілітації. Для кожного хворого персонально розробляється Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) (додаток 1). Вона містить комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного, професійного характеру, які залежать від реабілітаційного потенціалу ЛПУ і спрямовані на відновлення чи компенсацію порушених функцій або втрачених навичок інваліда, для забезпечення більш високого рівня життєдіяльності, максимально можливого відновлення працездатності, повернення в суспільство. Відповідно до Індивідуальної програми реабілітації кожному хворому розробляється *реабілітаційний маршрут*: перелік спеціалістів і підрозділів, які і в якій послідовності необхідно пройти хворому відповідно до етапів реабілітаційного процесу.

1.6. Експертиза втрати працездатності

Хвороба призводить до обмеження працездатності або втрати її, тобто порушується найважливіша соціальна функція людини – працездатність. Система реабілітації нерозривно пов'язана із медико-соціальною експертизою непрацездатності (тимчасової чи стійкої). Проведення експертизи працездатності спричинене значним впливом захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності на здоров'я населення, економічними витратами суспільства та пов'язане з юридичними аспектами.

Проведення експертизи працездатності обумовлене наявністю в нашій країні системи державного соціального страхування, яке передбачає соціальний захист громадян при непрацездатності і є одним із прав, зафіксованих у статті 46 Конституції, Кодексі законів про працю та ряді інших законів України.

Метою проведення медико-соціальної експертизи є визначення наявності факту, ступеня, причини тимчасової чи стійкої втрати працездатності та необхідність звільнення в зв'язку з цим від роботи.

Визначення працездатності пов'язане з двома чинниками: медичним і соціальним.

Медичний чинник, який визначає оцінку працездатності – це правильно встановлений діагноз. Від нього залежить клінічний прогноз і науково обгрунтований експертний висновок.

Соціальні чинники: професія, освіта, кваліфікація, умови праці, ступінь епідеміологічної небезпеки хворого для оточуючих (у хворих на інфекційні хвороби).

Займаються експертизою працездатності, як мінімум, два заклади – лікувально-профілактичний, в якому лікується хворий (при тимчасовій непрацездатності) і медико-соціальна експертна комісія (при стійкій непрацездатності або інвалідності).

Експертиза тимчасової непрацездатності є складовою частиною роботи лікаря, який уповноважений констатувати неможливість виконувати роботу в зв'язку із захворюванням, травмою чи іншими причинами протягом нетривалого часу. Соціальна допомога при тимчасовій непрацездатності компенсує працівникові втрачений заробіток.

Право видачі листка непрацездатності (лікарняного листка) при амбулаторному лікуванні надається лікуючому лікарю терміном на 1-3 дні, який при необхідності може продовжити його ще на три дні, тобто загалом на 6 днів. З приводу захворювання на грип, що виникло під час епідемії, одномоментна видача лікарняного листка може становити не більше 5 днів, але максимальний термін також не повинен перевищувати 6 днів. Право продовження листка непрацездатності разом з лікуючим лікарем надається завідувачу відділення, головному лікарю, лікарсько-консультативній комісії (ЛКК). При стаціонарному лікуванні листки непрацездатності на весь час госпіталізації хворого видаються лікуючим лікарем спільно із завідувачем відділення.

При безперервному захворюванні максимальний термін видачі ЛКК листка непрацездатності становить 4 місяці, а при наявності перерв, якщо працівник отримав декілька листків непрацездатності з одного і того ж захворювання протягом року – 5 місяців. При туберкульозі та професійному захворюванні цей термін становить відповідно 10 і 12 місяців.

Експертиза стійкої непрацездатності. Якщо функціональні можливості та працездатність не відновилися після вищевказаних термінів, лікарсько-консультативна комісія направляє хворого на МСЕК з листком непрацездатності та відповідно оформленим направленням для проведення експертизи стійкої непрацездатності або інвалідності.

При стійкій втраті працездатності, коли робітник не може виконувати роботу в попередніх умовах, призначають групу інвалідності.

Групи інвалідності. Існують три групи інвалідності.

Третю групу інвалідності призначають особам, які обмежено придатні до роботи за спеціальністю, але можуть продовжувати працювати на по-

легшій роботі або ж на тій же, лише при меншому об'ємі. Вона стосується осіб з обмеженою працездатністю в таких випадках:

- при необхідності значного зниження обсягу виробничої діяльності;
- при значному зниженні кваліфікації чи втраті професії;
- при значному утрудненні у виконанні професійних обов'язків внаслідок анатомічних дефектів, що наведені в затвердженому МОЗ України переліку дефектів.

Другу групу інвалідності призначають особам, що мають значні функціональні порушення та практично повну непрацездатність, але не потребують сторонньої допомоги, тобто здатні обслуговувати себе самостійно. При визначенні інвалідності II групи керуються трьома критеріями: 1) недоступність праці через виражені зміни в організмі; 2) протипоказання до праці внаслідок можливого негативного впливу на перебіг захворювання; 3) доступність праці невеликого об'єму лише в спеціально створених умовах – на дому, в цехах для інвалідів тощо.

Першу групу інвалідності встановлюють особам з постійною чи тривалою втратою працездатності, які потребують постійного стороннього догляду, нагляду чи допомоги.

Кожна група інвалідності встановлюється на певний термін із призначенням строку повторного огляду. Перегляд осіб працездатного віку може бути через 1-3 роки.

Нерідко група інвалідності встановлюється без призначення терміну повторного огляду, тобто безстроково (досягнення певного віку, наявність стійких незворотних морфологічних і функціональних порушень, неефективність реабілітаційних заходів, несприятливий клінічний і трудовий прогноз тощо). У всіх інших випадках повторний огляд проводиться: 1 раз на рік – для інвалідів I та III груп, 1 раз на два роки – для інвалідів II групи.

Повторний огляд проводиться МСЕК, що дає можливість не тільки здійснювати медичний контроль, але і стежити за працевлаштуванням інваліда.

Інваліди III групи (чи II групи, що мають можливість працювати) відповідно до чинного законодавства працевлаштовуються згідно із рекомендаціями МСЕК на попередньому підприємстві чи на іншому за допомогою лікаря – реабілітолога МСЕК та Фонду соціального захисту інвалідів. Інваліди I групи при окремих захворюваннях (травми хребта з порушенням цілісності спинного мозку та ін.) можуть бути непрацездатними в звичних виробничих умовах. В окремих випадках можливе їх працевлаштування на дому чи в спеціально створених умовах.

1.7. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують

Реабілітація інвалідів передбачає медичну, соціальну, професійну реабілітацію, а також спеціальну реабілітаційну підготовку дітей. Керівна, організаційна, координуюча та контролююча функції у вирішенні функції реабілітації інвалідів в державі належить медико-соціальній експертній службі, яка з 1992 року підпорядкована МОЗ України.

Інфраструктуру регіональної моделі системи медичної реабілітації інвалідів включають **установи:**

– *реабілітаційно-експертні:* медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) (обласні, міські, районні, міжрайонні),

– *реабілітаційно-лікувальні:* стаціонарні, напівстаціонарні, поліклінічні, окремі лікарні відновного лікування загального профілю та спеціалізовані: відділення відновного лікування у лікарнях загального профілю; спеціалізовані та загального профілю відділення промислової реабілітації, цехи здоров'я у структурі великих підприємств; самостійні регіональні фізіотерапевтичні та бальнеологічні лікарні, які можуть використовуватись як лікувальні та оздоровчі;

– *реабілітаційно-оздоровчі:* санаторії регіонального підпорядкування; санаторії і профілакторії регіонального та відомчого підпорядкування, лікувально-оздоровчі центри (обласний центр здоров'я, лікувально-фізкультурний диспансер, санаторії-профілакторії навчальних закладів тощо);

– *реабілітаційно-протезні:* заводи, майстерні, кооперативні підприємства протезно-ортопедичних виробів.

Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). У МСЕК з метою виявлення компенсаторно-адаптивних можливостей проводять огляд громадян, які частково чи повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм, вроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також ті, що за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу. Заходи з формування програми реабілітації інваліда розпочинаються з лікувально-профілактичної установи (ЛПУ), у якій хворий підлягає догляду та лікується до направлення на МСЕК. Лікар ЛПУ, який рекомендує хворого на МСЕК, готує для нього довгострокову програму медичної реабілітації.

За профілем МСЕК бувають загальні та спеціалізовані. До складу МСЕК загального профілю входять: терапевт, хірург, невропатолог; до складу спеціалізованої – два лікарі відповідного профілю та один терапевт або невропатолог.

Функції МСЕК:

– *експертна* – визначення ступеня обмеження життєдіяльності людини, причини, часу настання, групи інвалідності;

– *реабілітаційна*, яка включає наступні види діяльності:

- реабілітаційно-діагностичну: визначення реабілітаційного потенціалу, компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє функціональній, психологічній, соціальній, професійній реабілітації та адаптації інваліда;
- реабілітаційно-організаційну: вибір необхідних засобів та методів реабілітації, організація реалізації процесу реабілітації з динамічним контролем та їх корекцією (при необхідності);
- реабілітаційно-аналітичну – аналіз роботи з реабілітації інвалідів за підсумком діяльності за півріччя та за рік, який закінчується підготовкою інформації про підсумки, обсяг, ефективність медичної реабілітації інвалідів за минулий рік та розробкою регіональних комплексних заходів з профілактики погіршення стану інвалідів та реабілітації інвалідів;
- формування лікувально-діагностичної бази регіону.

Функціональні обов'язки лікарів-реабілітологів МСЕК

Лікар-реабілітолог МСЕК:

- бере участь в огляді хворих та інвалідів згідно із планом-графіком роботи МСЕК;
- вивчає обсяг і якість реабілітаційних заходів, проведених хворим до направлення на МСЕК, проводить їх експертну оцінку на основі опитування хворих та вивчення медичної документації;
- відбирає інвалідів, які потребують реабілітаційних заходів, разом з членами МСЕК визначає їх реабілітаційний потенціал;
- розробляє довготривалі “Індивідуальні програми реабілітації інвалідів”, визначає етапність і терміни реалізації заходів з медичної та соціальної реабілітації інвалідів;
- вивчає реабілітаційні можливості лікувально-профілактичних закладів та лікарень реабілітації, співпрацює з лікарями-реабілітологами, лікарями відділень відновного лікування лікувально-профілактичних закладів та лікарень реабілітації з питань медичної, побутової та соціальної реабілітації інвалідів;
- визначає потреби інвалідів у соціальній допомозі, протезуванні, оснащенні побутовими та робочими пристосуваннями, засобами пересування (автомобіль, крісло-коляска), дає рекомендації щодо звернення у спеціалізовану автотранспортну МСЕК та відповідний відділ соціального захисту населення;
- дає рекомендації з профорієнтації, профнавчання та раціонального працевлаштування інвалідів, тісно співпрацює з Центром зайнятості населення, Фондом соціального захисту інвалідів та адміністрацією підприємства з питань соціально-трудової реабілітації інвалідів;
- контролює хід виконання заходів з медичної та соціально-трудової реабілітації інвалідів;

- вивчає та оцінює ефективність реабілітації, “Індивідуальних програм реабілітації інвалідів”, складає етапні епікризи при черговому перегляді інвалідів;
- веде регламентовану обліково-звітну документацію, складає звіти та проводить аналіз стану медичної та соціально-трудової реабілітації інвалідів по МСЕК в розрізі районів та по нозологічних формах;
- постійно підвищує свою професійну кваліфікацію та рівень реабілітаційних знань.

Механізм реалізації Індивідуальної програми реабілітації інвалідів

I. Медична реабілітація

1. *Відновна* терапія проводиться у: відділеннях відновного лікування лікувально-профілактичних закладів, лікарнях реабілітації, санаторіях-профілакторіях місцевого значення, лікувально-оздоровчих центрах.

2. *Реконструктивна хірургія* проводиться в: лікувальних закладах обласного рівня, інститутах експертизи України, науково-дослідних інститутах України.

II. Соціально-побутова реабілітація

Забезпечення спеціальними технічними засобами (крісло-коляска, автомобіль з ручним керуванням, мотоколяска та ін.), протезування, надання матеріальної допомоги (натуральної або фінансової) здійснюють відповідно до рекомендації ЛКК, МСЕК: управління та відділи соціального захисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів; Товариство Червоного Хреста, Фонд “Милосердя”, протезно-ортопедичні підприємства, обласна та місцеві ради народних депутатів.

III. Професійна реабілітація

Включає професійну орієнтацію, професійне навчання, перенавчання і раціональне працевлаштування хворих та інвалідів у звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці, в спеціально створених умовах праці чи вдома відповідно до рекомендацій ЛКК, МСЕК і здійснюється: Фондом соціального захисту населення, центрами зайнятості населення, адміністрацією підприємств.

Професійне навчання і перенавчання проводять на виробництві, в спеціальних навчальних закладах, інтернатах Міністерства праці та соціальної політики України для непрацюючих інвалідів III групи за рахунок коштів державного Фонду сприяння зайнятості населення, а інвалідів I і II груп – за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

1.8. Оцінка ефективності реабілітації

Ефективність медико-соціальної реабілітації є основним показником якості роботи терапевтичної служби ЛПУ та медико-соціальної експертної служби. Враховують *медичний і соціально-економічний ефект реабілітації* (табл. 1)

Медичними критеріями диспансеризації і оздоровчих заходів є динаміка патологічного процесу: одужання, покращення (перехід з тяжкої в більш легку форму захворювання, відсутність загострень, рецидивів тощо), без змін.

Таблиця 1

Медичні та економічні критерії працездатності

Вид працездатності	Медична реабілітація. Види трудової діяльності
Працездатний	Диспансерне спостереження Профілактичний нагляд Трудова діяльність необмежена
Умовно-працездатний – тимчасове обмеження праці (вагітні, після захворювань); – з постійним або тривалим тимчасовим обмеженням працездатності (діабет, туберкульоз, захворювання серцево-судинної системи)	Диспансерне спостереження Полегшена робота Диспансерне спостереження, Адекватне робоче місце
Обмежено працездатний – інваліди, працездатність яких дозволяє виконувати певні види трудової діяльності в межах встановленого законодавством часу; – інваліди, залишки працездатності яких дають можливість виконувати обмежену за часом роботу, яка залежить від виду відновлення працездатності хворого та інваліда (робота до декількох годин); – інваліди, які непрацездатні в звичайних виробничих умовах, але окремих випадках можлива часткова трудова реабілітація (значні порушення зору, слуху, травматичні пошкодження спинного мозку тощо)	Диспансерне спостереження Адекватне робоче місце Диспансерне спостереження Адекватне робоче місце Скорочення тривалості робочого дня Диспансерне спостереження В окремих випадках можливе працевлаштування на дому чи в спеціально створених умовах
Інвалідність пов'язана з суттєвим обмеженням працездатності, при якій робота навіть в умовах скороченого трудового часу чи в спеціальних умовах є недопустимим навантаженням для хворого	Диспансерне спостереження Побутова реабілітація

Економічний ефект полягає в скороченні захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та інвалідністю у кожному випадку в грошовому вигляді, вартістю товарної продукції створеної хворим, за винятком затрат на лікування. Ще більш значний непрямий економічний ефект створюється від скорочення числа хворих, які потребують після лікування працевлаштування, а також термінів лікування і адаптації до праці.

Соціальний ефект залежить від виду відновлення працездатності.

Види відновлення працездатності хворих та інвалідів:

- адаптація на попередньому місці;
- реадаптація – робота на новому робочому місці зі зміною умов праці, але на тому ж підприємстві;
- робота із зниженим фізичним навантаженням відповідно до набутої нової кваліфікації, близької до попередньої;
- перекваліфікація на тому ж підприємстві при неможливості реалізації попередніх умов;
- перекваліфікація в реабілітаційному центрі з наступним влаштуванням на роботу за новим фахом.

Для оцінки ефективності реабілітації найчастіше використовують наступні методи:

- статистичний;
- економічний;
- метод експертних оцінок;
- епідеміологічного експерименту.

Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко (2000) для оцінки якості лікування рекомендують шкалу оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (табл. 2).

Таблиця 2

Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (оцінка якості лікування, %, Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2000)

Очікувані результати лікувально-профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувального процесу та реабілітації повністю відповідають очікуваним результатам	100

1.9. Функціональні обов'язки лікаря-реабітолога та медичних сестер в процесі медико-соціальної реабілітації

Реабілітація, по суті – це практичне здійснення оптимальної для кожного пацієнта програми, що забезпечує створення для нього найбільш сприятливих фізичних, психічних та соціальних умов. Важлива роль в ній відводиться активному впливу на особистість хворого шляхом організації відповідного способу життя, відновлення втраченої чи ослабленої особистої значущості індивіда, тому на лікаря та медичну сестру центру реабілітації покладені завдання медичної, соціальної та трудової реабілітації, оскільки ці складові реабілітації тісно пов'язані між собою, а відсутність хоча б однієї з них не дасть можливості досягнути бажаного результату.

Функціональні обов'язки лікаря-реабітолога лікувально-профілактичного закладу. Лікар-реабітолог лікувально-профілактичного закладу керується відповідним наказом управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Лікар-реабітолог:

- бере участь у роботі реабілітаційної комісії;
- у стаціонарі та поліклініці проводить огляд і відбір хворих, які потребують реабілітації, розробляє план реабілітаційних заходів відповідно до функціонального діагнозу, індивідуальних особливостей організму хворого, перебігу захворювання та забезпечує його реалізацію;
- разом з лікуючим лікарем складає “Індивідуальну програму реабілітації хворого” для тих, хто тривалий час хворіє і при первинному направленні хворого на МСЕК;
- забезпечує реалізацію “Індивідуальної програми реабілітації інвалідів” у відділеннях відновного лікування лікувально-профілактичного закладу та обласних лікарнях реабілітації; співпрацює з реабітологами МСЕК, інформує їх про хід і ефективність проведеного відновного лікування хворим та інвалідам;
- спільно із заступником головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності здійснює постійний контроль за якістю та ефективністю проведених реабілітаційних заходів, співпрацює з лікарями відновного лікування лікарень реабілітації; вирішує проблеми соціально-трудової реабілітації хворих та інвалідів за рахунок співпраці з Фондом соціального захисту інвалідів та Центром зайнятості населення;
- розробляє пропозиції щодо покращення якості медичної та соціальної реабілітації хворих та інвалідів в лікувальних закладах та подає їх головному лікарю; веде відповідну документацію та складає звіти за визначеним регламентом;

– постійно підвищує свою професійну кваліфікацію та рівень реабілітаційних знань.

Функціональні обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру

Враховуючи особливості завдань реабілітаційних центрів, штат середнього медичного персоналу в реабілітаційних закладах повинен: володіти основами реабілітації, психотерапевтичною деонтологією, високими моральними якостями. У його склад входять медичні сестри: фізіотерапевтичного кабінету, з соціальної допомоги хворим, кабінету працетерапії, майстер трудової майстерні, масажисти, методисти з лікувальної фізкультури.

Навички, якими повинна володіти медична сестра реабілітаційного центру:

– функціональної діагностики, для роботи в кабінетах електроенцефалографії, електроміографії, біомеханіки, тонометрії і динамометрії, досліджень функції серцево-судинної системи тощо;

– фізіотерапії (світлотерапії, електрофорезу лікарських речовин, озокерито- та парафінолікування, грязелікування, лікувальних ванн і душів та ін.).

– масажисти повинні володіти підводним, загальним, рефлекторно-сегментарним, точковим масажем та ін.

Для глибокого засвоєння методики і набування практичних навичок у роботі медсестер закріплюють за відділеннями певного профілю. Проте їх періодично направляють у інші відділення для оволодіння суміжними спеціальностями, що забезпечує взаємозв'язок і взаємозамінність та позитивно позначається на організації лікувального процесу.

Обов'язки медичної сестри поста. Робота медичної сестри стаціонару відіграє вагомe значення у реабілітації пацієнтів, має свої особливості: володіння багатьма дисциплінами (працетерапії, лікувальною фізкультурою, масажем, знати основи психології і володіти основами психотерапії). А також:

– приймати хворих, які поступають, перевіряти якість санітарної обробки, ознайомлювати їх з режимом дня, складати вимогу на харчування новогоспіталізованих хворих із врахуванням призначень лікаря, передавати їх старшій медсестрі;

– під час чергування обходити хворих, що потребують спостереження, стежити за їх станом; здійснювати догляд за хворими та годувати тих, які перебувають на ліжковому режимі;

– при погіршенні стану хворого повідомити чергового лікаря;

– бути присутньою при обході хворих лікарями, повідомляти про стан хворого, записувати лікарські призначення в “Листок призначень” та “Процедурну карту хворого”;

- направляти хворих на процедури або проводити їх у палаті; проводити тренування сумісно з медсестрою з побутової реабілітації, з метою відновлення у хворих навичок самообслуговування та функції руху;
- вимірювати хворим температуру тіла та брати аналізи для направлення в лабораторію, отримувати результати досліджень;
- контролювати якість виконання хворим завдань з лікувальної фізкультури, організовувати заняття з працетерапії у відділенні, залучати хворих до участі в культурно-масових заходах;
- складати вимогу в аптеку на призначені хворим медикаменти, отримувати в старшої медсестри необхідні медикаменти і матеріали для догляду за хворими;
- вести відповідну медичну документацію; розписуватись у журналі передачі чергувань, залишати пост лише після передачі його наступній черговій медсестрі.

Обов'язки медичної сестри кабінету працетерапії. Медична сестра відділення працетерапії відповідає за виконання призначень лікаря з виконання трудових процесів, та за стан аптек невідкладної допомоги. Вона зобов'язана:

- організувати заняття з працетерапії та проводити медичний контроль в процесі роботи;
- підбирати найбільш раціональні прийоми праці, визначати необхідні робочі пози, тривалість занять;
- стежити за правильністю виконання рухів;
- разом з інструктором по праці готувати робочі місця, проводити заняття з техніки безпеки, контролювати її дотримання, проводити необхідні заходи з техніки безпеки;
- вивчати і вести облік ефективності занять з працетерапії;
- контролювати стан здоров'я хворих, при необхідності – направляти на консультацію до лікаря чи надавати невідкладну допомогу;
- пояснювати хворому необхідність працетерапії, допомагати оволодіти практичними навичками, вести санітарно-просвітницьку роботу.

Медична сестра з соціальної допомоги повинна володіти основами організації соціальної допомоги хворим, фізіофункціональними методами відновного лікування та основами психотерапії. Вона зобов'язана:

- вести роз'яснювальну роботу серед пацієнтів з основних питань законодавства щодо соціального забезпечення;
- вивчати оточення хворих та впливати на конфліктні соціальні проблеми, шляхом співбесід із хворим та людьми, що його оточують;
- організовувати заняття спеціалістів реабілітаційного центру для навчання родичів методам догляду за хворим з метою продовження занять з хворим у домашніх умовах;
- організовувати зустрічі із спеціалістами реабілітаційного центру для вивчення питань соціально-правової допомоги пацієнтам;

- стежити за відвідуванням хворими занять з соціології; вивчати побутові умови проживання хворих та спілкування в родині;
- організувати консультації на підприємствах, в навчальних закладах з приводу соціальної допомоги хворим та інвалідам.

Таким чином, медсестра соціальної служби повинна створити таку атмосферу, у якій пацієнт здатен діяти продумано, направляючи свої зусилля на досягнення особистої цілі – видужання.

Майстер трудової майстерні несе відповідальність за обладнання, інвентар, інструменти, за якість продукції, за дотримання хворим правил техніки безпеки. До його обов'язків входить:

- робота високої кваліфікації не лише в межах обсягу працетерапії;
- отримувати заготовки, матеріали, інструменти, здавати вироблену продукцію та залишки матеріалів, інструменти після роботи;
- підправляти роботу хворих, виготовляти зразки, вести облік виготовленої продукції;
- проводити інструктаж серед хворих з техніки безпеки праці та фіксувати це у відповідному журналі;
- дотримуватись санітарно-гігієнічного режиму в майстерні.

Обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру при роботі на дому (за місцем проживання хворого):

- встановлення контакту з хворим та його родичами після повернення додому, пояснення необхідності створення для нього охоронного режиму, ознайомлення рідних з основними правилами догляду;
- відвідування хворих (згідно з спеціально розробленим графіком), перевірка правильності: дотримання режиму, виконання лікувальних призначень, занять лікувальною фізкультурою, залучення хворого до самообслуговування і допомоги в домашній роботі, а також обладнання робочого місця, дозування навантаження для осіб, що займаються працею на дому;
- спостереження за хворим, проведення бесід з хворим та рідними з метою визначення стану, методів та ступеня його реабілітації;
- проведення об'єктивного контролю за станом хворого: вимірювання артеріального тиску, підрахунок частоти серцевих скорочень, у хворих з руховими порушеннями – вивчення об'єму рухів і сили, перевірка динаміки навичок самообслуговування та побутової діяльності, реєстрація отриманих показників у спеціальній анкеті;
- про негативну динаміку реабілітаційного процесу інформування лікаря поліклініки чи реабілітаційного центру, ознайомлення з розробленим лікарем планом корекції реабілітаційних заходів;
- допомога родичам в оволодінні навичками проведення масажу та лікувальної фізкультури в реабілітаційному центрі (якщо хворому необхідне тривале лікування, а він не може відвідувати реабілітаційний центр) та подальший контроль якості їх проведення хворому;

– якщо хворий повернувся до трудової діяльності, до обов'язків медичної сестри входить: встановлення контакту з медико-санітарною частиною даного закладу, знайомство з умовами праці, в'яснення відповідності виконуваної роботи фізичним можливостям хворого; проведення пояснювальної роботи в колективі щодо важливості товариської допомоги, моральної підтримки хворого для створення йому охоронного режиму.

Робота цілителя. Під контролем лікаря медичну допомогу може надавати цілитель, застосовуючи методи народної та нетрадиційної медицини. Згідно з Положенням про організацію роботи цілителя, затвердженим наказом МОЗ України № 36 від 11 лютого 1998 року, ним є особа, яка, не маючи спеціальної медичної освіти, володіє певним обсягом професійних знань і вмінь в галузі народної та нетрадиційної медицини. За Державним класифікатором професій (ДК 003-95) ця професія стосується молодших спеціалістів у галузі медицини.

Цілитель має право здійснювати професійну діяльність за умови отримання ліцензії на медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини. Він повинен узгоджувати свої дії щодо надання консультативної та лікувальної допомоги пацієнтам з лікарем-спеціалістом; вести облікову документацію (журнал обліку діагностично-лікувальних сеансів, процедур з записом в ній паспортних даних пацієнтів, діагностичних висновків, обсягу лікувальних процедур, спостережень за динамікою стану здоров'я та висновків щодо ефективності лікування). В разі відсутності ефекту лікування чи виникнення ускладнень цілитель повинен забезпечити консультацію лікаря-спеціаліста чи направити пацієнта до лікувального закладу з метою надання кваліфікованої допомоги.

Цілитель і лікар, що його контролює, несуть відповідальність за:

- дії, що призвели до шкідливих наслідків для здоров'я пацієнта;
- достовірність облікових і звітних даних;
- порушення чинного законодавства щодо надання медичної допомоги та порядку здійснення підприємницької діяльності.

Санітарно-освітня робота лікаря та медичної сестри.

До обов'язків лікаря та середнього медичного персоналу реабілітаційних центрів належить проведення санітарно-освітньої роботи серед пацієнтів з метою:

- попередження ускладнень захворювання, травматизму;
- дотримання хворим гігієни праці і відпочинку, а також особистої гігієни;
- консультування з приводу раціонального харчування та загартовування організму;
- усунення перевантаження нервової системи, стресових ситуацій;
- пропаганди здорового способу життя, пояснення шкідливого впливу на організм: куріння, зловживання алкогольними напоями;
- наголошення на особливостях і умовах праці робітників, їх вплив на здоров'я та формування професійної патології.

Санітарно-освітня робота проводиться на усіх етапах перебування в реабілітаційному стаціонарі (в приймальному відділенні, в палатах, холах). Особливу роль відіграють поради при виписуванні хворого із стаціонару. Важливе місце в санітарно-освітній роботі займає постійний контакт з родичами хворого, навчання їх догляду і продовження відновного лікування після виписки в домашніх умовах.

Етика лікаря та медичної сестри

На даному етапі розвитку медицини галузь етичних питань позначається різними термінами, зокрема найпоширенішими серед них: “медична етика”, “медична деонтологія”, “сестринська етика”, “лікарська етика” та інші. Проте, якби глибоко не розвивалась медицина, все ж в основі деонтології залишаються основні положення Гіппократа: повага до життя, заборона заподіяння шкоди хворому, повага до особистості хворого, лікарська таємниця, повага до професії.

Таким чином, лікар та медична сестра повинні:

- стати “другом” хворого, увійти в довіру хворого;
- дотримуватись “медичної таємниці” з метою неспричинення шкоди пацієнту;
- вміти вислухати хворого, співпереживати, бути щирим, проявляти турботу, терпіння;
- поважати хворого та його родичів;
- надавати невідкладну допомогу в дорозі, на вулиці, громадських місцях;
- доброзичливо ставитись до іншого медичного персоналу;
- бути акуратними, скрупульозними та одночасно не дріб’язковими;
- проявляти гуманізм та ерудицію.

1.10.Юридична відповідальність медичного працівника

Згідно з Кримінальним кодексом України від 5 квітня 2001 року медичний працівник несе юридичну відповідальність; а саме, **заборонено**:

- медичне втручання, яке може спричинити розлад генетичного апарату людини (ст. 29);
- проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув’язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв’язку з метою дослідження (ст. 45);
- здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умиртвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань (ст. 52);
- проведення без спеціального дозволу МОЗ України масових лікувальних сеансів, інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу (ст. 32).

Цивільна відповідальність полягає у компенсаційному характері відповідальності при настанні стійкої втрати працездатності з вини медпрацівника.

Карна відповідальність передбачена:

– за неналежне виконання професійних обов’язків, внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою, що є небезпечною для життя людини (ст. 131);

– за розголошення відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ-інфекцією чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 132);

– за незаконне проведення абортів (ст. 136);

– за неналежне виконання обов’язків щодо охорони життя та здоров’я дітей (ст. 137);

– за ненадання медичної допомоги (ст. 139);

– за неналежне надання допомоги (ст. 140);

– за клінічні випробування лікувальних засобів на хворих (ст. 141) та здорових людях (ст. 142);

– за незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145);

– за порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184) та незаконну видачу рецепта на придбання наркотичних засобів (ст. 319);

– за умисне тяжке тілесне ушкодження (ст. 121).

Службовим злочином вважається:

– зловживання службовим становищем, перевищення службових повноважень, службова недбалість (ст. 367);

– одержання хабара (ст. 368);

– давання хабара і провокація хабара (ст. 369);

– службові підроблення (ст. 366).

2. Засоби медичної та соціальної реабілітації, їх види, зміст, завдання, правила застосування

Загальні вимоги до використання засобів медико-соціальної реабілітації:

1. Відповідність засобів та їх дозування виду захворювання, його періоду, тяжкості перебігу.
2. Врахування індивідуальних особливостей хворого: віку, статі, професії; психоемоційного стану, адекватності оцінки хворим тяжкості свого стану, функціональних можливостей організму; здатності до побутової та виробничої діяльності; стану навколишнього середовища (побут, родичі тощо).

2.1. Медична реабілітація

Засоби, що використовуються в медичній реабілітації різноманітні і нерівноцінні на різних етапах реабілітації. Реабілітація найчастіше починається з активного лікування, де переважає патогенетична медикаментозна терапія чи хірургічне лікування, спрямовані на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу. Воно поступово замінюється підтримуючою фармакотерапією та різними засобами немедикаментозної терапії. Роль немедикаментозних засобів реабілітації поступово зростає на наступних етапах реабілітації і призначається з метою прискорення видужання, досягнення тривалої ремісії, відновлення працездатності, попередження інвалідності, повернення хворого в суспільство.

Найбільш поширеними немедикаментозними засобами медичної реабілітації є: охоронний режим; лікувальне харчування; фізична реабілітація: фізіотерапія, природні фізичні чинники, загартування; лікувальна фізична культура, масаж, механотерапія, тракційна терапія, мануальна терапія, працетерапія; рефлексотерапія, фітотерапія, гомеопатична терапія, ароматерапія; психотерапія: загальна та спеціальна психотерапія, психотерапевтичні заходи, біоетика, музикотерапія, вокалотерапія, танцетерапія, християнська етика; профілактика захворювань, медико-гігієнічне навчання, здоровий спосіб життя тощо.

Охоронний режим

Охоронний режим передбачає позбавлення хворого надмірних психічних та фізичних навантажень.

Психоемоційний стан хворого. З перших днів реабілітації необхідно сприяти підтриманню позитивного психоемоційного стану хворого:

- створити сприятливий психотерапевтичний вплив: хворий повинен бути впевнений у сприятливому закінченні хвороби; у випадку відсутності такої перспективи, до відома хворих цього не доводять, а інструктують родичів;
- створити комфортні умови перебування;
- відмежувати хворого від негативної інформації побутового характеру;
- уважно ставитися до хворого: він повинен відчувати турботу з боку родичів, медичного персоналу, співробітників з виробничої діяльності;
- при відсутності протипоказань якнайшвидше розширювати режим рухової активності, залучати хворого до самообслуговування, занять лікувальною фізкультурою, працетерапією (табл. 3).

Таблиця 3

Оцінка самообслуговування

Бали	Стан функцій
0	Хворий перебуває у вимушеному положенні, не може себе обслуговувати, потребує стороннього догляду
1	Хворий обслуговує себе частково, потребує стороннього догляду
2	Хворий частково потребує стороннього догляду
3	Хворий обслуговує себе майже повністю, але виконує це повільно, швидко втомлюється
4	Хворий обслуговує себе повністю, але швидко втомлюється
5	Повне відновлення функцій самообслуговування

Режими рухової активності хворого. Режими рухової активності розроблені для умов стаціонарного, санаторного та амбулаторно-поліклінічного етапів реабілітації.

Призначаючи режим рухової активності, необхідно враховувати:

- основне захворювання, його клінічні прояви, періоди, тяжкість перебігу;
- тяжкість загального стану;
- наявність супутніх захворювань;
- фізичні та адаптаційні можливості хворого;
- індивідуальні особливості хворого, його психоемоційний стан.

У стаціонарах призначають *ліжковий* (суворий та розширений ліжковий), *напівліжковий* (палатний) і *вільний* (загальнолікарняний) режими. У санаторіях і під час амбулаторно-поліклінічного лікування хворим призначають *щадний*, *щадно-тренуючий*, *тренуючий*, а останнім часом – *інтенсивно тренуючий* режими.

Ліжковий режим призначається після оперативних втручань, при тяжкому загальному стані хворого, при захворюваннях, які можуть ускладнюватись при вставанні (перші дні після перенесеного інфаркту міокарда, порушеннях мозкового кровообігу тощо).

При *суворому* ліжковому режимі хворий постійно перебуває у лежачому положенні. Туалет і харчування здійснюються в ліжку за допомогою персоналу, хворому забезпечують фізичний та психічний спокій.

При *розширеному* ліжковому режимі хворому дозволяється послідовно переходити в положення лежачи на боці, потім – пасивно (за допомогою) і активно (самостійно) сідати в ліжку з опущеними ногами, вставати з ліжка, пересідати на стільчик біля ліжка, виконувати комплекс вправ в положенні лежачи, ходити навколо ліжка за допомогою персоналу. Туалет і харчування здійснюються самостійно, в межах ліжка хворого. Зазначений режим призначається як наступний етап після суворого ліжкового режиму.

Палатний (напівліжковий) режим призначається при загальному стані хворого середньої тяжкості та як наступний етап після ліжкового режиму при стабілізації та позитивній динаміці захворювання. Хворому дозволяється вставати з ліжка, ходити по палаті, виходити в туалет, виконувати комплекс вправ в положенні сидячи, разом з тим, рухова активність обмежується. Туалет, харчування – самостійно в межах палати.

Вільний режим (загальнолікарняний) призначається при задовільному загальному стані хворого, неповній ремісії захворювання, при задовільних (згідно з режимом) функціональних можливостях. Рухова активність хворого в межах лікарні не обмежена. Може ходити в палаті, в загальний туалет, в їдальню, на обстеження, підніматися по сходах, відвідувати процедурні кабінети, кабінет лікувальної фізкультури.

В разі потреби продовження реабілітації, хворих після виписки із стаціонару направляють на лікування **в санаторій**.

Залежно від рівня функціональних можливостей хворому можуть призначати щадний, щадно-тренуючий, тренуючий, а нерідко – інтенсивно-тренуючий режим. Він сприяє збільшенню стійкості організму до навантажень, поступовому переходу хворого до повноцінного відновлення рухової активності та фізичної працездатності, підготовці до трудової діяльності.

Щадний режим (найбільш обмежений в санаторії режим) призначають усім хворим як режим адаптації протягом перших 3-5 днів перебування в цьому закладі. Хворі з явищами декомпенсації, з недостатністю кровообігу та дихальною недостатністю I-II ступеня, ослабленим хворим та хворим зі схильністю до загострень хронічних захворювань та ті, що потребують постійного лікарського контролю, повинні дотримуватись цього режиму протягом всього перебування в санаторії.

Щадно-тренуючий режим – тонізуючий (помірний вплив). Призначають хворим з порушенням кровообігу та дихальною недостатністю I ступеня, усім хворим, старше 60 років у період ремісії основного захворювання та при задовільній адаптації до умов і засобів реабілітації.

Режим забезпечує високу ефективність рухових, кліматичних, бальнео- та фізіотерапевтичних навантажень, сприяє підвищенню тонусу, тренуваності та загартованості організму.

Тренуючий режим призначають хворим без порушення кровообігу та дихання, зі стійкою компенсацією, доброю адаптацією до кліматичних і фізичних навантажень. Режим спрямований на загартування, тренування організму, підготовку до трудової діяльності.

Інтенсивно тренуючий режим (режим сильного впливу) призначають з метою інтенсивних тренувань, активного загартування хворих без порушення кровообігу та дихання, зі стійкою компенсацією і стабільною ремісією хронічних захворювань, у фазі реконвалесценції після перенесених захворювань, травм, при високій функціональній здатності організму, у людей молодого та середнього віку і з високим рівнем адаптації до кліматичних та фізичних навантажень. Режим спрямований на загартування, тренування організму, підготовку до попередньої трудової діяльності.

Охоронний режим під час виробничої діяльності. Охоронний режим праці – особлива форма роботи для осіб з травматичними пошкодженнями та захворюваннями, при яких звичайна виробнича діяльність неможлива через значні фізичні дефекти. Режим передбачає обмеження фізичного та нервово-психічного навантаження. Призначається лікарем-реабілітологом і узаконюється договором між підприємством, лікувальним закладом (чи медико-соціальною експертною комісією) та хворим.

Професійна трудова діяльність на виробництві за величиною фізичного навантаження поділяється на три категорії і визначається разовою дозою піднятого вантажу або зусиллям, яке прикладається на важіль:

- легка – не більше 5 кг;
- середня – 6-10 кг;
- тяжка – не більше 10 кг.

Нервово-психічне навантаження на виробництві поділяють за наступними критеріями (табл. 4).

Таблиця 4

Критерії оцінки нервово-психічного навантаження на виробництві

Категорія навантаження	Число важливих об'єктів спостереження	Тривалість зосередження уваги у % часу	Число рухів за год
Невелике	5	до 25	до 360
Середнє	до 10	до 50	до 720
Значне	до 25	до 65	до 1080
Дуже велике	більше 25	більше 75	більше 1080

Лікувальне харчування

Їжа повинна бути ліками, а не ліки їжею.
Сократ

Правильно організоване харчування хворого не лише задовольняє потреби організму, але і активно впливає на перебіг захворювання.

Дієтотерапія – це застосування з лікувальною чи профілактичною метою спеціально складених раціонів харчування та режимів приймання їжі. Призначається дієтотерапія в комплексі з лікарськими препаратами та іншими лікувальними засобами. Вона може використовуватися як тимчасовий засіб лікування в період загострення хронічних захворювань, а при окремих захворюваннях – постійно.

Лікування харчуванням базується на таких основних вимогах:

1. Індивідуальний підхід до визначення раціону харчування, режиму приймання їжі та способу її кулінарної обробки.

2. Кількісна і якісна відповідність раціону харчування характеру патологічного процесу, стану хворого та індивідуальним особливостям його організму.

3. Складання збалансованих і фізіологічно повноцінних раціонів у тих випадках, коли стан хворого вимагає виключення чи обмеження певних поживних речовин або харчових продуктів.

Принципи лікувального харчування:

- щадний;
- коригуючий;
- замісний.

Щадний принцип передбачає захист хворого організму чи окремої функціональної системи від механічних, хімічних, термічних чинників.

Коригуючий принцип лікувального харчування базується на зменшенні або збільшенні у харчовому раціоні того чи іншого продукту, що включається в порушений при даному захворюванні обмін речовин.

Замісний принцип полягає у введенні у раціон речовин, яких не вистачає організму.

У лікувальних закладах хворим залежно від характеру захворювання призначають відповідні дієти. Переважно користуються 15 дієтами за Певзнером.

Дієта за Певзнером

Дієта № 0. Показання: призначається в перший день після операції на органах шлунково-кишкового тракту і при напівсвідомому стані.

Дієта № 1 (хірургічна). Призначається на 4-5 день після операції на органах травного каналу.

Дієта № 1а призначається при загостренні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки протягом перших 7-8 днів і при шлункових кровотечах, загостренні хронічного гастриту з підвищеною секрецією, опіку стравоходу.

Дієта № 1б. Показання ті самі, що і №1а, призначається через 1 тиждень після загострення.

Дієта № 1. Призначається хворим на виразкову хворобу в стадії затихання запального процесу, при рубцюванні виразки, а також її ремісії

протягом 2-3 місяців; при хронічному гастриті з підвищеною секрецією в період загострення.

Дієта № 2. Показання до призначення: хронічний гастрит зі зниженою секрецією, хронічний ентероколіт без загострення, порушення функції жувального апарату, період видужання після операції чи гострої інфекції.

Дієта № 3. Показання: хронічні захворювання кишечника з переважанням запорів у період незначного загострення та ремісії.

Дієта № 4. Показання: гострі та хронічні захворювання кишечника з профузними проносами (ентероколіти в стадії загострення, стан після операції на кишках).

Дієта № 5а. Показання: гострий холецистит або загострення хронічного холециститу, хронічний холецистит, 5 день після операції на жовчних шляхах.

Дієта № 5. Показання: хронічні захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, холецистит, гепатит, цироз печінки, хвороба Боткіна в стадії ремісії.

Дієта № 6. Показання: подагра і сечокислий діатез, еритремія та випадки, коли показане виключення м'ясних і рибних продуктів.

Дієта № 7. Показання: гострий гломерулонефрит, хронічний нефрит при наявності ниркової недостатності.

Дієта № 8. Показання: ожиріння при відсутності захворювань органів травлення, печінки, серцево-судинної системи.

Дієта № 9. Показання: цукровий діабет при відсутності ацидозу і супутніх захворювань внутрішніх органів.

Дієта № 10. Показання: захворювання серцево-судинної системи в стадії компенсації, недостатність кровообігу I ст., ішемічна хвороба серця.

Дієта № 10а. Показання: захворювання серця з недостатністю кровообігу II та III стадії, гіпертонічна хвороба з недостатністю кровообігу або порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда в гострому та підгострому періодах.

Дієта № 11. Показання: туберкульоз легень при відсутності захворювань внутрішніх органів, анемія, загальне виснаження організму.

Дієта № 12. Показання: захворювання нервової системи.

Дієта № 13. Показання: ангіна, інфекційні захворювання в гострому періоді, при високій температурі.

Дієта № 14. Показання: фосфатурія з лужною реакцією сечі і випадання осаду фосфорно-кальцієвих солей.

Дієта № 15. Показання: різні захворювання при відсутності показань для призначення спеціальної дієти.

Розвантажувальні дні. Призначають молочні, яблучні, кефірно-сирні дні протягом 1-2 днів 2-5 разів на місяць залежно від захворювання (подагра, ожиріння та ін.).

При призначенні лікувального харчування лікуючий лікар та медсестра, яка обслуговує хворого, повинні пояснити суть дієти, її необхідність, режим харчування, характер впливу на організм, тривалість дотримання дієти (якщо вона вводиться не на постійне користування), бо надмірне обмеження в харчуванні може призвести до погіршення перебігу захворювання. Необхідно звернути увагу хворого на те, до чого може призвести недотримання чи порушення дієтичних правил.

Режим лікувального харчування

В стаціонарних закладах встановлене 4-разове харчування. Але для деяких груп хворих (наприклад, при захворюваннях шлунка, серцево-судинної системи та ін.) призначається 5-6-разове харчування.

Рекомендують наступні години приймання їжі (табл. 5).

Таблиця 5

Режим лікувального харчування

Період	Години	% калорійності їжі відносно добового раціону
Сніданок	8-9	30
Обід	13-14	40
Вечеря	17-18	20-25
На ніч	21	5-10

При 5-разовому харчуванні вводиться другий сніданок. При 6-разовому – другий сніданок (11 год) і підвечірок (15 год). Калорійність додаткових приймань повинна бути невеликою. Призначають фрукти, відвари шипшини, фруктові соки, салати та ін.

Температура перших страв повинна бути не вище 60 °С, других – не перевищувати 55 °С.

Постова сестра відділення стежить за дотриманням режиму харчування хворими. Тяжкохворих годує сама або на допомогу запрошує робітниць їдальні.

Розвантажувально-дієтична терапія

Одним з маловивчених шляхів до збереження і відновлення здоров'я є тривале добровільне голодування.

Розрізняють наступні форми голодування:

- повне голодування: не вживають їжі, але п'ють воду;
- неповне голодування (недоїдання), коли вживання їжі недостатнє щодо загальної втрати енергії;
- абсолютне голодування, коли не вживають ні їжі, ні води;
- часткове або якісне голодування: вживають їжу з обмеженням однієї або декількох харчових речовин, але достатньої калорійності.

Тимчасове утримання від їжі викликає підвищення життєвого тону, поліпшення загального самопочуття, загострення пам'яті, уваги, зору, нор-

малізацію тиску, зняття болю, підвищення статевої функції, зменшення маси тіла.

В основі методу лікувального голодування лежить складна адаптаційна трофічна перебудова, головними компонентами якої є гемодинамічний, дезінтоксикаційний, автоімунний ефекти. Під їх впливом відбувається активація захисних, саногенетичних сил організму і пригнічення або повне зникнення тієї чи іншої хвороби.

Відмова від приймання їжі звільняє велику кількість енергії, що використовується для очищення організму. При переході на ендогенне харчування енергетичні потреби організму забезпечуються в основному за рахунок жирової тканини і в незначній кількості за рахунок білків та вуглеводів, що містяться в тканинах і органах менш важливих для організму. Так, при використанні білкових резервів в першу чергу утилізуються патологічно змінені тканини, спайки, відкладення, пухлини, що є в організмі.

Лікувальне голодування необхідно проводити в стаціонарних умовах і під наглядом лікаря, медичних сестер та обслуговуючого персоналу, які пройшли спеціальну підготовку з цього виду терапії.

Розвантажувально-дієтичне лікування складається із *трьох періодів*: підготовчого, розвантажувального та періоду відновного дієтичного харчування.

Підготовчий період передбачає відбір хворих, яким показаний даний вид лікування. Їм проводиться всестороннє клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Кожного пацієнта ознайомлюють із сутністю терапії, її методикою, виробляють у нього позитивну психологічну установку, оскільки від правильного психологічного настрою залежить успіх лікування.

Розвантажувальний період. Його сутність лежить в переході від екзогенного до ендогенного харчування організму. Тривалість лікувального голодування встановлюється індивідуально. Припиняється використання будь-яких медикаментів або зменшується їх дозування. Категорично забороняється вживання алкоголю та куріння тютюну. Кожний день, переважно зранку, пацієнту проводять очисну клізму.

Хворі відвідують фізіотерапевтичний, масажний кабінети, кабінет лікувальної фізкультури, приймають ванни та ін. Обов'язкове вживання води в достатній кількості.

Період відновного дієтичного харчування. В перші дні харчування призначається напівліжковий режим. Відновний період є найбільш відповідальним. Основне призначення цього періоду – поступовий перехід з ендогенного харчування на екзогенне з допомогою спеціальних дієт. Якщо цей період провести неправильно, то можна звести нанівець позитивні результати розвантажувального періоду. У відновний період не слід вживати надто багато їжі. Необхідно їсти повільно, невеликими порціями і добре пережовувати їжу.

винах та енергії, а у кожної особи є певні особливості обміну речовин і стану здоров'я. Необхідно звертати увагу на недоцільність захоплення модними дієтами, які можуть призвести до серйозних патологій та про небезпеку, яку несуть в собі генетично модифіковані продукти (як наприклад, сорт картоплі, яку не вживає колорадський жук).

Фізіотерапія

Природні фізичні чинники

Природні фізичні чинники поділяють на кліматичні, бальнеологічні, теплолікувальні.

Природні фізичні чинники є натуральними біостимуляторами. Вони заспокоюють та тонізують нервову систему; позитивно впливають на фізіологічні системи організму, покращують регуляцію життєвих процесів – активізують обмін речовин, функцію дихання, кровообігу, травлення; мають загартовувачий вплив; підвищують специфічний і неспецифічний імунітет, опірність організму, фізичну працездатність; прискорюють видужання хворого, сприяють зменшенню застосування медикаментозних засобів.

Використання природних і преформованих фізичних чинників повинно проводитися за призначенням лікаря і під контролем лікаря та медичної сестри. Після обстеження хворого (та аналізу наявних даних в санаторно-курортній книжці на санаторно-курортному етапі лікування) лікар призначає режим використання того чи іншого природного чи преформованого фізичного чинника як зокрема, так і в поєднанні між собою та з іншими засобами реабілітації. Лікар повинен проінформувати хворого про призначене лікування і очікувані результати, що дасть можливість сформулювати активну позицію хворого щодо процесу лікування і розуміння необхідності дотримання призначеного режиму.

Кліматотерапія

Лікування за допомогою клімату (кліматотерапія) – дозоване застосування метеорологічних факторів, тобто особливостей кліматичних та погодних умов окремої місцевості з лікувальною метою. Погода – це фізичний стан нижнього шару атмосфери (тропосфери), який характеризується комплексом метеорологічних елементів, які одночасно спостерігаються в певному пункті земної поверхні. Клімат – багаторічний режим погоди, який характерний для певної місцевості і проявляється закономірною послідовністю метеорологічних процесів. Він характеризується комплексом постійних метеорологічних ознак, тоді, як погода значно мінливіша. Кліматичні пояси – поділ території на зони залежно від характеру і ступеня впливу кліматичних факторів на організм людини. Виділяють клімат пустель, степів, лісостепів, гірський, приморський.

Умовно атмосферні фактори ділять на три групи: метеорологічні (хімічні і фізичні), радіаційні (сонячні, космічні), теллуричні (земні). На людину, в першу чергу, впливають фізико-хімічні фактори атмосфери. До хімічних відносять гази повітря (азот займає приблизно 78 % за об'ємом, кисень – 21 %, аргон – 0,93 %) і різні природні домішки (вуглекислий газ, озон, іони, пари води). До фізичних метеорологічних факторів відносять температуру, вологість повітря, атмосферний тиск, атмосферні явища (туманність, опади, вітер).

Клімат і погода мають комплексний вплив на організм. Це, в першу чергу, залежить від газового складу атмосфери, ступеня забруднення та відносного вмісту в ній кисню, атмосферного тиску, вологості, опадів, температури, наявності частинок, які несуть електронний заряд (аероіони), магнетизму, інтенсивності сонячної радіації тощо. Поєднання метеорологічних факторів, при яких людина не відчуває надмірного холоду чи тепла, називають зоною теплового комфорту.

Залежно від впливу на організм, розрізняють три групи погоди:

- сприятлива, яка характеризується рівномірним протіканням основних метеорологічних елементів, без їх значних змін;
- відносно сприятлива, яка характеризується змінами рівного ходу метеорологічних умов;
- несприятлива, характеризується різкими змінами ходу метеорологічних елементів (різке коливання атмосферного тиску, різкий вітер, що супроводжується грозою, туманом, градом, заметіллю, бурєю тощо).

Види кліматотерапії: аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія, спелеотерапія.

Аеротерапія – використання лікувальної дії відкритого повітря. Її застосовують у вигляді тривалого перебування на повітрі в одязі, сну на повітрі (денного і нічного) та повітряних ванн. Залежно від величини еквівалентно-ефективної терапії (ЕЕТ) повітряні ванни діляться на холодні (нижче 17 °С), холоднуваті (17-20 °С), індиферентні (21-22 °С), теплі (22 °С і вище). Теплі ванни мають слабку, розслаблюючу, швидку дію на організм. Холодні та холоднуваті ванни мають подразливу дію, стимулюють всі життєві функції організму. Найбільш сприятливе приймання повітряних ванн при ЕЕТ 16-22 °С. Повітряні ванни показані всім хворим в період видужання, особливо при захворюваннях органів дихання (хронічні неспецифічні захворювання, туберкульоз легень), серцево-судинної, нервової системи, шкіри, при хронічних нефритах, анемії, при порушеннях обміну речовин у разі схильності до простудних захворювань.

Протипоказані повітряні ванни при різко вираженому виснаженні, активному туберкульозі, схильності до кровохаркання, тяжкому стані хворого.

Геліотерапія – вид кліматотерапії, заснований на дозованому використанні сонячних променів. Сонячні ванни є сильнодіючим профілак-

тичним і лікувальним засобом, тому вимагають строгого дозування, їх необхідно проводити за призначенням лікаря і під строгим медичним контролем.

Основним діючим чинником є енергія електромагнітного випромінювання Сонця в діапазоні довжини хвиль 290-3000 нм. Залежно від довжини хвиль розрізняють інфрачервоні (понад 760 нм), видимі (400-700 нм) та ультрафіолетові (УФ, менше 400 нм) промені. Основним фактором сонячної радіації є УФ-випромінювання. Тому сонячні ванни дозують в біодозах, тобто тривалості опромінення, яке викликає еритему (гіперемію шкіри). Одна лікувальна доза відповідає 1/4 біодози, з неї починають сонячне опромінення, поступово збільшуючи час опромінення. Зловживання сонячними променями викликає різке почервоніння шкіри – еритему і навіть опіки, що негативно впливає на загальний стан організму. Під впливом сонячних ванн підвищується працездатність людини, опірність організму до інфекційних та простудних захворювань.

Геліотерапію, як профілактичний, загартовуючий засіб можна призначати усім практично здоровим людям, особливо при гіпо- та авітамінозах Д, захворюваннях шкіри, початкових формах атеросклерозу, гіпертонічній хворобі I стадії, легенево-серцевій недостатності не вище I ступеня, хронічних неспецифічних захворюваннях легень, хронічних захворюваннях травної системи, опорно-рухового апарату в період ремісії.

Геліотерапія протипоказана особам із захворюваннями в гострій стадії та в період загострення, кровотечами, злоякісними та доброякісними пухлинами, прогресуючими формами туберкульозу легень, вираженим атеросклерозом, стенокардією, гіпертонічною хворобою вище II ступеня, бронхіальною астмою з частими приступами, вираженими порушеннями з боку нервової системи, психічними захворюваннями, захворюваннями шкіри, колагеновими захворюваннями, підвищеною чутливістю до сонячних променів.

Таласотерапія – комплексне лікування морським кліматом і морськими купаннями. За механізмом лікувальної дії до них близькі купання в інших відкритих водоймах (річках, озерах, відкритому басейні).

Під час морських купань на людину діють термічні, механічні, хімічні фактори. Вони сприяють тренуванню нейрогуморальних, серцево-судинних, терморегуляторних та інших механізмів; регулюванню обміну речовин, дихальної функції; підвищенню життєвого тону організму, його адаптаційних та функціональних можливостей; мають виражений загартовуючий вплив.

Купання дозуються за величиною холодового навантаження і тривалістю купань згідно із дозиметричними таблицями. Призначаються залежно від захворювання не швидше, ніж через 3-5 днів від початку адаптації до курортних умов. Якщо з'явилися негативні акліматизаційні реакції, купання можуть бути призначені лише після їх ліквідації. При визна-

ченні показань для морських купань враховуються також мікрокліматичні умови зовнішнього середовища.

При хронічних захворюваннях нирок, ревматизмі в стадії ремісії купання призначається при температурі води не нижче 24 °С; гіпертонічній хворобі II стадії, ішемічній хворобі серця з незначним больовим синдромом, недостатності кровообігу II ступеня, хронічних неспецифічних захворюваннях органів дихання в фазі ремісії, початковому церебральному атеросклерозі купання дозволяються при температурі води не нижче 20 °С; функціональних порушеннях з боку центральної нервової системи, гіпертонічній хворобі I стадії, недостатності кровообігу I ступеня; неспецифічних захворюваннях легень в стадії ремісії, підвищеній масі тіла купання можуть призначатися при температурі 16-17 °С. При відсутності протипоказань з метою загартування купання можуть проводитися і при більш низькій температурі.

Купатися рекомендується не швидше, ніж через 30 хвилин після приймання їжі. У воді необхідно виконувати енергійні рухи, щоб початкове відчуття холоду змінилось відчуттям тепла. Виходити з води необхідно при рожевій, теплій шкірі до появи відчуття холоду.

Противоказання до призначення морських купань: підвищення температури тіла, гострий період захворювань, серцево-судинна та легенева недостатність II-III ступеня, порушення мозкового, коронарного кровообігу, гіпертонічна хвороба II-III стадії, атеросклероз судин нижніх кінцівок, епілепсія, психічна астенизація, гострі і підгострі невралгії та інші захворювання, при яких охолодження може викликати загострення захворювання.

Купання в озері, річці, басейні – менш активні порівняно з морськими купаннями. Правила користування ними такі ж, як і морськими.

Обов'язки медичної сестри, яка працює на пляжі:

- несе відповідальність за правильність проведення кліматопроедур;
- стежить за правильністю роботи пристроїв, якими обладнаний пляж;
- знайомить хворих з метеорологічною обстановкою (температура води, повітря, хвилювання моря тощо);
- інструктує хворих про правила користування пляжем та дозування процедур, контролює правильність їх виконання;
- спостерігає за станом хворих, робить відмітку в санаторних книжках;
- стежить за дотриманням розпорядку дня, санітарно-гігієнічних вимог та збереженням порядку на пляжі;
- у випадках погіршення стану здоров'я хворих інформує лікаря, а при необхідності надає невідкладну медичну допомогу до приходу лікаря.

При появі ознак розладу теплорегуляції, зблідненні шкірних покривів, хворого треба перевести в затемнене місце, на груди в ділянці серця і на голову необхідно покласти прохолодні компреси. При вираженому сонячному чи тепловому ударі необхідно приступити до штучного дихання, внутрішньовенного введення глюкози та ін'єкції серцевих препаратів.

Спелеотерапія – використання з лікувальною метою мікроклімату карстових печер. Одним з видів спелеотерапії є вплив на хворого мікроклімату соляних шахт. Його особливостями є вміст високодисперсних аерозолей хлориду натрію, низька відносна вологість, оптимальні температура повітря та співвідношення вмісту газів, постійний барометричний тиск, відсутність в повітрі шкідливих мікроорганізмів, мала швидкість руху повітря, відсутність шуму.

Спелеотерапія в умовах мікроклімату соляних шахт полягає в систематичному дозуванні за часом перебування в них хворих.

Вплив спелеотерапії найбільше вивчений у хворих на бронхіальну астму. Під впливом кліматотерапії в умовах соляних шахт поступово зменшуються, а потім зникають астматичні приступи, покращуються всі показники зовнішнього дихання, підвищується глюкокортикоїдна функція кори надниркових залоз, зменшується чутливість до алергенів, підвищується реактивність організму.

Показання до спелеотерапії в умовах соляних шахт хворим на бронхіальну астму: передастма, бронхіальна астма I стадії інфекційно-алергічної та атопічної форм, легка і середня тяжкість перебігу з дихальною недостатністю не вище I ступеня, поєднання бронхіальної астми з супутнім бронхітом та хронічною пневмонією I-II стадії в фазі ремісії, хронічний бронхіт з астматичним компонентом в фазі ремісії. Призначається для осіб віком від 3 до 60 років.

Протипоказаннями є: тяжка форма бронхіальної астми, емфізема легень, дифузний пневмосклероз, дихальна недостатність III ступеня, недостатність кровообігу II-III ступеня, бронхоектатична хвороба, гнійні процеси в легенях.

Лікування в умовах соляних шахт проводиться протягом 30 днів. Йому передують адаптаційний період на поверхні від 3 до 5 днів. Час щоденного перебування починається від 2 і поступово збільшується до 12 годин. На початку курсу лікування у деяких хворих може спостерігатися загострення окремих симптомів захворювання. У випадку продовження лікування, як правило, стан покращується до 10-15 дня лікування і більшість хворих виписують з поліпшенням або значним поліпшенням.

Подальший розвиток науки про карстові печери дозволить розширити невичерпні можливості спелеотерапії.

Бальнеотерапія

Бальнеотерапія – сукупність лікувальних методів, заснованих на використанні мінеральних вод, які утворились в надрах землі під впливом різних геологічних процесів. Мінеральні води розрізняються за загальною мінералізацією вод (кількістю в грамах мінеральних солей на 1 л води), іонно-сольовим, газовим складом та газонасиченістю, вмістом тера-

пептично активних компонентів, радіоактивністю, активною реакцією води (РН), температурою тощо.

За класифікацією В.В. Іванова, Г.О. Невраєва мінеральні води ділять на сім основних бальнеологічних груп:

1. Води без “специфічних” компонентів та властивостей, лікувальна дія яких залежить від вмісту в них іонів та мінеральних речовин.
2. Вуглекислі води.
3. Сульфатні води.
4. Води залізисті, миш’яковисті, з високим вмістом марганцю, міді, алюмінію, цинку, свинцю.
5. Радонові (радіоактивні) води.
6. Води бромні, йодні, водобромні та з високим вмістом органічних речовин.
7. Кремністі терми.

Води без “специфічних” компонентів та властивостей, які використовуються на курортах України: Миргород Полтавської області; Куяльник, Большой фонтан, Аркадія Одеської області; Трускавець, Моршин Львівської області; Феодосія, Євпаторія АР Крим; Горинь Рівненської області, Слав’янськ Донецької області та інших. Вуглекислі води – на курортах Поляна, Голубине, Сойми, Шаян, Кваси, Карпати Закарпатської області. Сульфатні води – Любень-Великий, Немирів Львівської області; Синяк Закарпатської області; Черче Івано-Франківської області. Залізисті, миш’яковисті води – Горська Тиса Закарпатської області. Радонові води – Хмельник Вінницької області. Води бромні, йодні, йодобромні та з великим вмістом органічних речовин – Трускавець Львівської області, Березовські мінеральні води Харківської області. Кремністі терми – Саки Кримської АР.

В основі дії води на організм лежить температурне, механічне, хімічне, радіаційне подразнення. Мінеральні води можуть використовуватися внутрішньо (пиття, зрошення, полоскання, клізми) та зовнішньо (ванни, душі, обкутування, обтирання, обливання, компреси).

Механізм дії ванн з мінеральною водою залежить від хімічного впливу розчинених у воді газів та солей, методу застосування, температури, кількості та інших причин. Подразнюючи рецептори шкіри, вони викликають як місцеву, так і загальну (рефлекторну) дію, а завдяки всмоктуванню через шкіру – гуморальну реакцію. Крім цього, гази через дихальні шляхи поступають в організм. Бальнеотерапія зумовлює десенсибілізуючий, знеболюючий, протизапальний, розсмоктувальний ефект, поліпшує функціональний стан серцево-судинної, дихальної, нервової, ендокринної систем, покращує обмін речовин, позитивно впливає на функцію опорно-рухового апарату.

Показання до призначення ванн з мінеральною водою: захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна, гіпотонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, природжені і набуті вади серця), захворювання центральної та

периферійної нервової, ендокринної систем, органів дихання, порушення обміну речовин, неврози, психостенії. Кожен курорт має свої показання та протипоказання для призначення лікування ваннами.

При прийманні всередину мінеральна вода має хімічну дію, зумовлену вмістом в ній мікроелементів, солей, газів. Це сприяє нормалізації секреторної функції шлунка, вимиванню слизу, зменшенню катаральних явищ, стимуляції жовчовиділення, поліпшенню перистальтики, обмінних процесів. Призначають при хронічному холециститі, панкреатиті в стадії ремісії, наслідках оперативних втручань на шлунку, хронічних запорах, ентеритах, колітах, захворюваннях нирок, при порушеннях обміну речовин.

Теплолікування

Теплолікування – використання природних і преформованих теплоносіїв з профілактичною, лікувальною метою та для первинної і вторинної профілактики захворювань. До природних теплолікувальних фізичних чинників відносять лікувальні грязі (мулові, сапропелеві, торф'яні), озокерит, пісок, глину. До преформованих чинників відносять парафін, сухоповітряну та парову лазні.

Природні теплолікувальні фізичні чинники. Позитивний вплив природних фізичних чинників зумовлений їх термічною, хімічною, механічною дією. Хімічна дія пов'язана з наявністю в їх складі біологічно активних речовин органічної та неорганічної природи, які, всмоктуючись через непошкоджену шкіру, впливають на шкірні рецептори. Прискорює всмоктування прогрівання.

Лікувальні грязі, озокерит, пісок, глина, парафін мають загальний (підвищують загальний тонус, реактивність організму) та місцевий (знеболювальний, протизапальний, розсмоктувальний) вплив.

Їх використовують у вигляді загальних та місцевих аплікацій, інкол – у вигляді порожнинних (вагінальних, ректальних) тампонів.

Показання до призначення природних теплолікувальних чинників: захворювання опорно-рухового апарату; трофічні виразки та рани, що тривало не заживають, наявність рубців, спайок, зрощень, інфільтратів, гематом, випотів; захворювання та наслідки травм центральної та периферійної нервової системи; захворювання шлунка, кишечника, нирок, печінки, кишок; рахіт; гінекологічні захворювання.

Протипоказання: тяжкий стан хворого, гострі запальні процеси, злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання серцево-судинної системи, тиреотоксикоз, вагітність.

Преформовані теплолікувальні чинники. До преформованих теплолікувальних фізичних чинників відносять парафін (продукт переробки нафти), сухоповітряну та парову лазні. За механізмом дії та використанням парафін наближається до природних теплолікувальних фізичних чинників.

Лазні – спеціально обладнані приміщення, призначені для проведення гігієнічних (туалетних), профілактичних, лікувальних заходів. Від інших методів водо-, теплолікування лазня відрізняється впливом дуже високої температури на всю поверхню тіла та на органи дихання.

Всі лазні умовно поділяють на два основних типи:

– парову, яка відрізняється відносно невисокою температурою повітря (45-60 °С) і відносно високою вологістю (до 90-100 %);

– сухоповітряну, які характеризуються високою температурою повітря (80-90 °С) і низькою відносною вологістю (10-15 %), найбільш поширеним представником якої є фінська баня – сауна.

Вже здавна було помічено, що відвідування лазень служить джерелом здоров'я і хорошого настрою, особливо, коли воно поєднується з обливанням холодною водою, занурюванням у сніг, купанням в природній чи штучній водоймі, масажем березовими віниками. У здорових вона використовується з метою відновлення функцій, з розслаблюючою метою, як антистресовий засіб, для нормалізації функціонального стану нервової системи, посилення імунних і захисних можливостей організму, як загартовуючий засіб та для боротьби із застудою.

Сама собою температура лазні є значним навантаженням на терморегулюючі механізми, а також органи і системи, які забезпечують рівень їх діяльності. Тому її необхідно приймати з обережністю. Сухоповітряні лазні переносяться легше. Вони зараз досить поширені. При них обов'язково повинна бути медична сестра, яка контролює стан відвідувачів.

Перед використанням лазні з лікувальною метою кожного хворого повинен обстежити лікар.

Показання для використання лазень з лікувальною метою:

- схильність до хронічних застудних захворювань;
- хронічні неспецифічні захворювання дихальної системи;
- вегетативні розлади в діяльності серцево-судинної системи;
- неактивна фаза хронічного ревматичного захворювання;
- гіпотонічний синдром в транзиторній стадії;
- хронічні розлади діяльності травної системи;
- порушення жирового обміну (ожиріння);
- хронічні запальні (в стадії тривалої ремісії) і дегенеративні захворювання опорно-рухового апарату;
- хронічні запальні захворювання сечостатевої системи в період ремісії (без схильності до утворення камінців);
- зниження статевої здатності.

Відносні протипоказання до призначення лазень:

- вік більше 60 років (якщо раніше не відвідував сауну);
- хронічні запальні процеси з небезпекою їх загострення і частими рецидивами;
- ішемічна хвороба серця, I-II функціональний клас;

- хронічні захворювання в стадії декомпенсації;
- цукровий діабет легкого ступеня;
- клімакс;
- сечокам'яна хвороба.

Абсолютні протипоказання до призначення лазень:

- страх і негативне ставлення до відвідування лазні;
- тяжкий та середньої тяжкості стан хворого;
- всі гострі захворювання;
- декомпенсація хронічних захворювань;
- загальний атеросклероз з органічними ураженнями соматичних органів;
- небезпека виникнення гіпертонічного кризу;
- інфекційні захворювання;
- активний туберкульоз;
- схильність до появи профузних кровотеч;
- хронічні захворювання нирок з наявністю значного сечового осаду;
- психози, психопатії;
- епілепсія;
- тяжкі розлади діяльності вегетативної нервової системи;
- онкологічні захворювання;
- вік більше 70 років.

Після обстеження і призначення лазні лікар дає рекомендації щодо режиму її використання: тривалість перебування, температуру та вологість повітря, метод охолодження (на свіжому повітрі, обливання, душ, басейн), ступінь рухової активності, тривалість відпочинку. В сауні хворий перебуває під контролем медичної сестри, яка стежить за дотриманням режиму і при необхідності може надати необхідну консультацію та допомогу.

Оптимальний режим сауни для здорових: температура повітря 80-90 °С, відносна вологість 50-12 %, тривалість перебування в гарячому приміщенні при дворазовому заході 8-10 хвилин з інтервалом відпочинку не менше, ніж 5 хвилин. Охолоджуючі процедури – басейн, душ. Тривалість процедури визначається індивідуально і залежить від віку, стану здоров'я, загартованості та від виду охолодження.

Загартування

Загартування – це система тренування, спрямована на пристосування організму до добових, сезонних, періодичних або раптових змін температури, освітлення, магнітного і електричного полів Землі. Основними засобами загартування організму є природні чинники: повітря, вода, сонце. Кожний із факторів загартування має певну вибірковість в своєму впливі на

організм, тому їх краще застосовувати в комплексі. Особливо ефективним є поєднання загартування з фізичними вправами.

Незалежно від віку під впливом загартування нормалізується функціональний стан нервової, серцево-судинної, дихальної систем, підвищується обмін речовин, покращуються термоадаптаційні механізми і функціонування системи імунологічного захисту, підвищується стійкість організму до вірусної та бактеріальної інфекції, послаблюються або ліквідуються негативні реакції організму, що викликаються зміною погоди, створюється захисний щит від різного роду застудних захворювань. Загартування організму дає можливість ліквідувати дисгармонію між закладеними в процесі еволюції людини можливостями захисно-приспосувальних сил організму і їх використанням для оздоровлення.

Розрізняють пасивні і активні загартування. Пасивні загартування відбуваються незалежно від волі людини. Активні загартування – це систематичне застосування строго дозованих впливів природних і штучно створених фізичних факторів, які спрямовані на підвищення стійкості організму до холоду. Сюди належать спеціальні процедури і комплекс процедур в цілому. Заходи щодо загартування організму повинні бути багатоплановими і підвищувати стійкість організму до різних метеорологічних і температурних впливів.

Основні принципи загартування:

- поступове збільшення дози загартовуючих впливів;
- принцип регулярності (систематичності), тривалого впливу на організм фізичних факторів;
- час між повторними застосуваннями фізичних факторів не повинен бути меншим від тривалості їх післядії;
- урахування індивідуальних особливостей організму;
- комплексність використання декількох фізичних аспектів: холоду, тепла, опромінення ультрафіолетовими та інфрачервоними променями, механічної дії руху повітря, води тощо;
- тренування організму слід проводити із застосуванням сильних, слабких, коротких, сповільнених чинників;
- проведення загартування на різному рівні теплопродукції організму: як в спокої, так і при руховій діяльності різної активності;
- місцева адаптація різних частин тіла не виключає загального пристосування організму до дії холоду чи спеки, оптимальна стійкість досягається при загартуванні всього організму;
- ефект буде кращий при більш коротких, але частих впливах, ніж при більш тривалих, але рідких;
- використання наступної процедури лише за умови повного відновлення температури тіла;
- всі загартовуючі процедури необхідно проводити під регулярним медичним контролем і самоконтролем.

Режими загартування:

- початковий режим, пов'язаний із тренуванням фізичної терморегуляції, застосовують для загартування дітей, осіб, ослаблених хворобами, у людей старшого віку;
- оптимальний режим – тренування фізичної і меншою мірою хімічної форми терморегуляції;
- спеціальний – максимальне тренування фізичної форми терморегуляції і підвищення активності функціонування її хімічної форми.

Загартування повітрям

Повітряні ванни належать до тих оздоровчих процедур, які рекомендовано використовувати протягом всього життя. Повітряні ванни можуть бути загальними і місцевими.

Найбільш позитивний вплив на організм мають повітряні ванни на березі моря, річки, озера, в лісі, де повітря насичене аероіонами і фітонцидами. На початку загартовування процедуру слід виконувати в захищеному від сонця місці. Загартування повітрям може регулярно повторюватися (при повітряних ваннах) або бути тривалими (сон на відкритому повітрі).

Повітряні ванни поділяють на теплі (більше 22 °С), індиферентні (21-22 °С), прохолодні (17-20 °С), помірно холодні (9-16 °С), холодні (0-8 °С) і дуже холодні (нижче 0 °С).

Вже в початковому режимі організм необхідно тренувати до швидких перепадів температури. Такі тренування краще починати в літній період. Зранку необхідно виходити на веранду, балкон або вулицю і охолоджуватись до тих пір, поки не з'явиться “гусяча шкіра”. Завершальним етапом є обтирання вологим рушником. З дня досягнення часу до появи “гусячої шкіри” не менше 5-7 хвилин при температурі повітря не нижче 12 °С можна переходити до тренування в оптимальному режимі.

При загартуванні в оптимальному режимі використовують головним чином помірно холодні повітряні ванни.

В спеціальному режимі використовуються холодні і дуже холодні повітряні ванни. Переходити до спеціального режиму необхідно після досягнення стійкої загартованості організму в оптимальному режимі, тобто на 2-3 рік загартування.

Сонячні ванни

Біологічна ефективність сонячного впливу визначається з одного боку, величиною потоку ультрафіолетових, а з іншого – інфрачервоних і видимих променів.

З оздоровчою метою видимі та інфрачервоні потоки сонячної енергії в комбінації з повітряними ваннами можна використовувати і в холодний період року. Для цього необхідна добра освітленість тіла. Найкращий час

для їх здійснення – ранкові і дообідні години (особливо в літній час), коли запиленість атмосфери і потік теплового випромінювання менші. Залежно від чутливості організму до ультрафіолетового випромінювання, використовується сумарна або відбита сонячна радіація. З метою захищення організму від прямих і розсіяних ультрафіолетових променів сонячні ванни приймають під тентами.

Дозування сонячних ванн здійснюється за фотохімічною реакцією шкіри, що викликається дією ультрафіолетового випромінювання або за кількістю поглинутої теплової енергії і визначається в біологічних дозах.

Для профілактики сонячного удару необхідно захищати голову від прямих сонячних променів і не приймати сонячні ванни натще, а найголовніше – правильно його дозувати.

Загартування водою

Вода є чудовим загартовуючим агентом, комбінуючи в собі охолоджуючі, зігріваючі та механічні властивості. Під впливом води організм людини звикає до низьких температур, стає менш чутливим до холоду.

Загартування водою може проводитися у вигляді вологих обтирань, обливань, душу, морських і річкових купань. Три перших можна проводити в домашніх умовах протягом року.

Водні процедури залежно від температури поділяються на гарячі (більше 40 °С), теплі (36-40 °С), індиферентні (34-35 °С), прохолодні (33-20 °С), холодні (нижче 20 °С). Починають загартування водою кімнатної температури з поступовим її зниженням на 1-2 °С через кожні 3-5 днів (керуючись власними відчуттями).

Загартування водою в домашніх умовах можна починати в будь-який період року з обтирання при температурі повітря в приміщенні не нижче 18-20 °С. Це підготовчий етап для більш різких загартовуючих впливів.

Обливання водою за холодовим навантаженням – більш сильнодіюча процедура порівняно з обтиранням. Наступною за інтенсивністю холодової процедури є душ. При його використанні на людину діють не тільки температурний, а й механічний фактори. Після фізичних навантажень будь-якого характеру особливо показаним є контрастний душ. При цьому використовують поперемінно теплу і холодну воду з поступовим збільшенням перепаду температур. Оптимальним як для підвищення стійкості організму до перепадів температур, так і для прискорення відновних процесів після фізичних, інтелектуальних навантажень, психоемоційних напружень є перепади температури води 15-20 °С.

В холодний період року з метою інтенсифікації загартування, а також для попередження переохолодження, кінцевою процедурою є холодний душ. Літом, навпаки, для підвищеної стійкості організму до спеки шляхом тренування механізмів фізичної терморегуляції і теплового рецепторного апарату завершальним повинен бути теплий душ.

Останнім часом в Україні значного поширення набула система загартування за П. Івановим. Поруч з іншими ритуальними заходами П. Іванов рекомендує обливатися холодною водою, набраною у відро з колодязя, річки чи водопровідного крану на відкритому повітрі протягом всього року.

Найбільш ефективними загартовуваними водними процедурами є купання в природних водоймах (море, річка, озеро) та в спеціальних відкритих і закритих басейнах. При купанні в морі на організм, крім температурного фактора, діє також хімічний (розчинені у воді солі) і механічний (рух води), а також м'язове навантаження під час плавання (чи переміщення).

Особливо сильну дію при загартуванні холодом має купання взимку в холодній воді відкритих водойм ("моржування"). Заняття "моржуванням" повинні проводити досвідчені фахівці під постійним контролем лікаря. Практичний досвід показує високу ефективність таких купань.

При спеціальному загартуванні до та після водних процедур показані помірні навантаження і самомасаж.

Показання, протипоказання види та режим загартовуваних процедур підбираються лікарем у кожному випадку індивідуально. Вони такі ж, як і для використання кожного окремого фізичного чинника. Але при загартуванні особливе значення має вік хворого. Особлива обережність повинна бути відносно дітей внаслідок недосконалості і недостатнього розвитку у них пристосувальних механізмів. Тому необхідно звертати особливу увагу на поступовість загартування і врахування індивідуальних особливостей організму дитини.

Вимагає обережності загартування осіб похилого та старечого віку внаслідок погіршення у них адаптації до фізичних подразників і сповільнення відновлення фізіологічних функцій після процедур.

Тільки при дотриманні правил загартування і врахування стану здоров'я та індивідуальних особливостей, можна досягти високого ступеня загартування організму.

Преформовані(штучні)фізичнічинники

В сучасній фізіотерапії найчастіше застосовують лікування електричним струмом, світлом, ультразвуком, магнітними полями; аероіонотерапію, тепловодолікування.

Фізіотерапевтичні процедури багатогранно діють на організм людини. Внаслідок їх використання зникають чи зменшуються больові синдроми, нормалізуються секреторна і моторна функції органів, зменшується активність запальних процесів, поліпшується трофіка органів і тканин, посилюються репаративні процеси. В основі цих клінічних ефектів лежить нормалізуючий вплив фізіотерапевтичних процедур на обмін речовин, окисно-відновні процеси, нервово-гуморальну регуляцію функцій внутрішніх органів, крово- та лімфообіг в них. Взагалі, вони проявляють

сильну саногенетичну дію, сприяють мобілізації захисних властивостей організму.

Загальними протипоказаннями до призначення фізіотерапевтичних процедур є тяжкі стани організму, різке виснаження, схильність до кровотеч, злоякісні новоутворення, хвороби крові, різко виражена серцево-судинна і дихальна недостатність, а також порушення функцій печінки та нирок. Важливе значення мають сумісність і послідовність проведення процедур. Протягом 1 дня слід приймати не більше 2 процедур при умові, що 1 з них має переважно місцеву дію. Недоречно призначати одночасно процедури, що мають антагоністичну дію – заспокійливі і збуджуючі, а також виконувати в один і той самий день 2 різні ванни, 2 теплолікувальні процедури, різноманітні види високочастотних електропроцедур.

Сучасне фізіотерапевтичне відділення містить в своєму складі ряд кабінетів: електро- та світлолікування, озокерито- і парафінотерапії, лікувального масажу, інгаляторій та ін. Крім цього, є кабінети і обладнання для бальнеотерапії і грязелікування. Фізіотерапевтичне лікування застосовують в лікувальних закладах всіх рівнів. При фельдшерсько- акушерському пункті створюють фізіотерапевтичний кабінет, оснащений найбільш простою апаратурою.

Електролікування

Постійні електричні струми

Гальванізація – це використання з лікувальною метою постійного електричного струму малої сили (до 50 мА) і низької напруги (30-80 В). В основі біологічної дії постійного гальванічного струму лежать фізичні процеси електролізу, зміни концентрації іонів в клітинах і поляризаційні процеси. Вони обумовлюють подразнення нервових рецепторів і виникнення рефлекторних реакцій місцевого і загального характеру. Місцево – утворюються біологічно активні речовини (серотонін, гістамін та ін.), які всмоктуються в кров і визначають загальну реакцію організму.

Показання: гіпертонічна хвороба I і II стадій, бронхіальна астма, гастрит, коліт, панкреатит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, захворювання периферійної нервової системи (неврит, плексит, радикуліт), периферійних нервів головного і спинного мозку, атеросклероз судин великого мозку, мігрень, солярит, шкірні захворювання, захворювання жіночих статевих органів, ЛОР-органів. Протипоказання: індивідуальна непереносимість струму, гострі гнійні процеси, порушення цілісності шкіри в місцях накладання електродів поширеного характеру, шкірні захворювання (екзема, дерматит) і повна втрата больової чутливості.

Медикаментозний електрофорез – введення в організм лікарських речовин за допомогою постійного струму. Діє 2 фактори: лікарський препарат і гальванічний струм. Введення лікарських препаратів шляхом

електрофорезу має переваги над звичайними шляхами їх введення. Зокрема, щодо лікарських препаратів, це проявляється в наступному: 1) діють на фоні зміненого електрохімічного режиму клітин і тканин; 2) надходять у вигляді іонів, що підвищує їх фармакологічну активність; 3) утворюють “шкірне депо”, що збільшує тривалість їх дії; 4) формується висока концентрація препарату безпосередньо у патологічному вогнищі; 5) не подразнюється слизова оболонка шлунково-кишкового тракту (ШКТ); 6) забезпечується можливість одночасного введення декількох (з різних полюсів) препаратів. Показання до електрофорезу такі ж як для гальванізації, а також відсутність алергічних реакцій на призначені препарати. Протипоказання такі ж як при гальванізації. Тривалість процедури може бути різною: 10-15 хвилин при загальних і рефлекторно-сегментарних методиках дії і 30-40 хвилин при місцевих. Курс лікування 10-20 процедур щоденно або через день.

Імпульсні струми – електричний струм, що складається з окремих імпульсів. Імпульс – це чергування короткотривалих впливів струмом низької напруги і низької частоти з паузами між ними.

Електросон – метод електротерапії, при якій використовують імпульсні струми низької частоти для безпосередньої дії на центральну нервову систему (ЦНС), що викликає її розлите гальмування аж до сну. Показання: нервові і психічні хвороби, захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна дистонія, ішемічна хвороба серця та ін.), захворювання органів травлення (виразкова хвороба, гастрит, функціональні порушення ШКТ), органів дихання (bronхіальна астма), опорно-рухового апарату (ревматоїдний артрит). Протипоказання: гострі запальні захворювання очей, високий ступінь міопії, наявність металічних осколків в речовині мозку чи очному яблуці, мокнучі дерматити обличчя, арахноїдити, індивідуальна непереносимість струму. Апаратура: “Електросон-2 (3; 4; 5; 4Т)”.

Діадинамотерапія – метод електротерапії з використанням постійних струмів полісинусоїдної форми частотою 50 і 100 ГЦ. Показання: больові синдроми різного генезу (неврити, радикуліти), запальні процеси, гінекологічні захворювання, захворювання органів ШКТ (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, холецистити), дистрофічні захворювання суглобів і хребта; судинна патологія, облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок, вегетосудинні синдроми (хвороба Рейно, солярит, мігрень), гіпертонічна хвороба; електростимуляція різних груп м’язів при парезах. Протипоказання: індивідуальна непереносимість струму, переломи кісток і суглобів, повний розрив зв’язок, гематоми, камені в жовчному міхурі і ниркових мисках, тромбофлебіт. Апаратура: “Тонус-1 (2)”, “Діадинамік ДД-5А”, “Біопульсар”.

Ампіпульстерапія – метод електролікування, що використовує дію на організм людини модульованого синусоїдального струму звукової часто-

ти. Апаратура: “Ампліпульс-4 (5)”. Показання: різні больові синдроми (гострий радікуліт, невралгії, хронічний радікуліт, остеохондроз, артрит та ін.).

Флюктуоризація – метод електролікування з використанням синусоїдального змінного струму малої сили і невеликої напруги, який хаотично змінюється за амплітудою і частотою в межах 100-2000 Гц. Показання: стоматологічні захворювання (парадонтоз, альвеоліт), запальні захворювання черепних нервів, захворювання опорно-рухового апарату (артрити, артрози, остеохондрози, міозити). Протипоказання: непереносимість струму, переломи кісток і суглобів, повний розрив зв’язок, забій з крововиливами в тканини, камені в жовчному міхурі чи нирках, тромбофлебії. Апаратура: “АСБ-2-1”.

Електростимуляція – метод електролікування з використанням різних імпульсних струмів для визначення з лікувальною метою функціонального стану м’язів і нервів. Показання: захворювання нервів і м’язів (парези, паралічі скелетних м’язів в тому числі постінсультні, істерогенні); афонія внаслідок парезу м’язів гортані, паретичного стану дихальних м’язів і діафрагми; атрофія м’язів; атонічний стан гладкої мускулатури внутрішніх органів (шлунка, кишечника, сечового міхура та ін.). Протипоказання: жовчно- і нирковокам’яна хвороба, гострі гнійні процеси черевної порожнини, спастичний стан м’язів; ранні ознаки контрактури; анкілози суглобів, вивихи до моменту їх виправлення, переломи кісток до їх консолідації. Апаратура: УЗД-1, “Нейропульс”, “Тонус-1 (2)”, “Ампліпульс-4 (5)”, серії “МІТ”.

Змінні струми високої (ВЧ), ультрависокої (УВЧ) і надвисокої (НВЧ) частоти:

- 1) ВЧ-терапія (дарсонвалізація);
- 2) УВЧ-терапія (індуктотермія. УВЧ-терапія, ультрависокочастотна індуктотермія);
- 3) НВЧ-терапія (дециметрово-, сантиметрово-, мікрохвильова терапія).

Дарсонвалізація – метод електролікування, що базується на використанні змінного імпульсного струму високої частоти (110 кГц), високої напруги (20 кВ) і малої сили (0,02 мА). Діючим фактором є електричний розряд, що виникає між електродами і тілом пацієнта. Показання: захворювання судинного генезу (ангіоспазми периферичних судин, варикозне розширення вен нижніх кінцівок і гемороїдальних вен, хвороба Рейно), шкіри (сверблячі дерматози, псоріаз, нейродерміти), стоматологічні (парадонтоз, хронічний гінгівіт, стоматит), ЛОР-органів (вазомоторний риніт, неврит слухових нервів). Протипоказання: індивідуальна непереносимість, діти до 7 років, інші як і для решти ФЗТ-процедур. Апаратура: “Іскра-1 (2)” і скляні вакуумні електроди.

Ультратонотерапія – метод електролікування, що базується на використанні високочастотного (22 кГц), змінного синусоїдального струму

високої напруги (3-5 кВ) з вихідною напругою до 10 Вт. Переваги над дарсонвалізацією: 1) більш виражена протизапальна і знеболювальна дія; 2) більш значне теплоутворення; 3) сильніший антиспастичний ефект, що викликає більш виражену і тривалу гіперемію. Показання: шкірні захворювання; гінекологічні (хронічні запальні захворювання, порушення менструальної функції різноманітного генезу); хірургічні (трофічні виразки, інфільтрати); стоматологічні (періостит, альвеоліт, парадонтоз, гінгівіт); неврологічні (невралгії, неврити) захворювання. Протипоказання такі ж як при дарсонвалізації. Апаратура: “Ультратон ТНЧ-10-1”.

Індуктотермія – метод електролікування, діючим фактором якого є високочастотне змінне магнітне поле. Дія енергії цього поля викликає появу наведених (індуктивних) вихрових струмів, механічна енергія яких переходить в тепло. Енергія магнітного поля проникає на глибину 6-8 см. Найбільше поглинання і утворення тепла відбувається в тканинах, що характеризуються великою електропровідністю: рідке середовище організму, тканини паренхіматозних органів, м'язів. Показання: підгострі і хронічні запальні захворювання внутрішніх органів, органів малого таза, ЛОР-органів, захворювання і травми опорно-рухового апарату, периферійної і центральної нервової системи. Протипоказання: порушення больової і температурної чутливості шкіри, металічні предмети в тканинах, гострі гнійні процеси. Апаратура: ДКВ-1 (2), ІКВ-4.

УВЧ-терапія – метод електролікування, що базується на дії на організм хворого переважно електричною складовою ультрависокочастотного поля з довжиною хвилі 1-10 м. Дія: осциляторна, протизапальна, антиспастична на гладку мускулатуру внутрішніх органів, підсилює регенерацію тканин. Показання: гіпертонічна і виразкова хвороба, запальні захворювання жіночих статевих органів, дерматози алергічного генезу; гострі і хронічні захворювання внутрішніх органів (bronхіти, гепатити, холецистити), ЛОР, захворювання опорно-рухового апарату, жіночої сфери, периферійної нервової системи; гострі нагноєння (фурункул, карбункул). Апаратура: УВЧ-66 (62, 4, 5-1), “Екран-2”, “Імпульс-2 (3)”, “УВЧ-80-3”.

НВЧ-терапія (мікрохвильова терапія) – метод електролікування, що базується на дії електромагнітних коливань з довжиною хвилі 1 мм-1 м (чи, відповідно, частотою електромагнітних коливань 300-30000 МГц). Види: дециметрові хвилі (ДМХ) довжиною 0,1-1,0 м; сантиметрові хвилі (СМХ) довжиною 1-10 см. Показання: дегенеративно-дистрофічні і запальні захворювання опорно-рухового апарату, запальні захворювання органів малого таза (простатит, сальпінгоофорит), захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця), легень (bronхіти, пневмонії, бронхіальна астма), ШКТ (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, холецистит, гепатит), ЛОР-органів, шкірні захворювання (карбункул, трофічні виразки). Протипоказання як і при інших видах високочастотної терапії, а також тиреотоксикоз, катаракта,

глаукома, діти віком до 2 років. Апаратура: “Луч-3 (11)”, “Волна-2”, “Ромашка”.

ММ-терапія (міліметровохвильова терапія) – метод електролікування, що базується на використанні електромагнітних хвиль надвисокої частоти. В медичній практиці використовують нетеплові електромагнітні міліметрові хвилі, при яких підвищення температури тканин при локальній дії не вище 0,1 °С. Ці хвилі діють переважно на епідерміс, сосочковий і ретикулярний шари власне шкіри; на колагенові волокна в цих шарах шкіри; підвищують метаболічні процеси в клітинах. Показання: маніакально-депресивний психоз, ангіопатії на фоні цукрового діабету, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, в травматології для стимуляції репаративних процесів кісткової тканини. Апаратура: серії “МІТ”.

Магнітотерапія

Магнітотерапія – метод ФЗТ, при якому на організм людини діють постійним чи змінним низькочастотним полем. Дія: протизапальна, протинабрякова, седативна, знеболювальна. Показання: захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба); периферійних судин (тромбофлебіт, атеросклероз); органів ШКТ (виразкова хвороба); опорно-рухового апарату (остеоартроз); ЦНС (наслідки черепно-мозкових травм); шкірні (нейродерміт, екзема). Протипоказання: гіпотонія, нейроциркулярна дистонія з лабільним артеріальним тиском, гіпокоагуляція, схильність до кровотеч. Апаратура: “Магнітодіафлюкс”, “Ронфор”, “Полюс-1”.

Лікування ультразвуком

Ультразвук – це напружені механічні коливання щільного фізичного середовища з частотою більше 20 кГц. В терапевтичній практиці використовують діапазон частот 800-3000 кГц. Чим більша частота коливань, тим менша глибина проникнення. Повітря погано відбиває ультразвукові хвилі, тому в лікувальній практиці вплив ультразвуком проводять через контактне безповітряне середовище – гліцерин, вазелінову олію, воду і т.д. Режим дії може бути безперервним та імпульсним.

Ультрафонофорез (фонофорез) лікарських речовин – фізико-фармакологічний метод дії на організм ультразвуку і лікарських препаратів. Замість звичайних контактних середовищ використовують медичні суміші (розчини, мазі, емульсії). Показання: захворювання опорно-рухового апарату (артрити, артрози), травми і захворювання периферійної НС, захворювання ШКТ, очей (кон’юнктивіт, кератит), ЛОР-органів (тонзиліт), урологічні і гінекологічні запальні, стоматологічні (парадонтоз). Протипоказання: ІХС з явищами стенокардії, аритмії, ГХ II-III стадії, тромбофлебіт, дітям віком до 5 років не рекомендується впливати на чутливі росткові зони. Апара-

тура: 1) УЗТ-101 (102, 103), ЛОР-1 А (2), фУЗТ-31 – портативні; 2) стаціонарні – УТС-1 (1 м) “Барвінок”, МІТ-11.

Світлолікування

Це метод фізіотерапії, що полягає в дозованому впливі на організм хворого інфрачервоного (ІЧ) чи ультрафіолетового (УФ) випромінювання.

Біологічна дія світлового випромінювання залежить від глибини його проникнення в тканини. Чим більша довжина хвилі, тим сильніша дія випромінювання. ІЧ-промені проникають в тканини на глибину до 2-3 см, видиме світло – до 1 см, УФ-промені 0,5-1 мм.

Інфрачервоне випромінювання (теплове випромінювання, інфрачервоні промені) – ділянка загального електромагнітного спектра. ІЧ-промені проникають в тканини організму і це викликає прогрівання всієї товщі шкіри і частково підшкірної основи.

Тканини, що залягають глибше, прямому прогріванню не підлягають. Місцева реакція: посилення периферійного кругообігу, еритема, що зникає після закінчення опромінення. Загальна: генералізована судинна реакція, що проявляється потовиділенням, посиленням і почашенням серцевих скорочень. Показання: негнійні хронічні і підгострі місцеві запальні процеси, запалення внутрішніх органів, опіки і відмороження, рани, виразки, що погано загоюються, спайки і зрощення, міозити, невралгії, наслідки травм кістково-м'язової системи. Протипоказання: злоякісні новоутворення, схильність до кровотеч, гострі гнійно-запальні захворювання. Апаратура: лампа Мініна, Солюкс-лампа, ванна світлотеплова.

Ультрафіолетове випромінювання (ультрафіолетові промені) – ділянка загального електромагнітного спектра з найменшою довжиною хвилі. Кванти несуть найбільш високу енергію, яка в опромінюваних тканинах трансформується в хімічну та інші види енергії. Саме хімічна енергія і обумовлені нею хімічні процеси в тканинах лежать в основі біологічних перетворень, що виникають після опромінення. Кванти УФ-випромінювання діють і на ДНК – виникають клітинні мутації – цей механізм лежить в основі бактерицидного впливу опромінення. Під впливом УФ-випромінювання у шкірі утворюється вітамін Д з неактивного попередника, підвищується активність захисних, саногенетичних механізмів, проявляється десенсибілізуюча дія. Фотоеритема виникає не одразу, а через деякий прихований (латентний) період (2-48 год), таким чином проходить накопичення в клітинах шкіри меланіну. Показання: 1) захворювання внутрішніх органів (бронхіти, пневмонії, бронхіальна астма, ревматизм, виразкова хвороба); 2) захворювання опорно-рухового апарату (артрити, спондиліоз, міозити); 3) поліневрити, травми спинного мозку; 4) захворювання шкіри (екземи, псоріаз, бешиха). Протипоказання: злоякісні новоутворення, схильність до кровотеч, дифузний токсичний зоб,

системний червоний вовчак, кахексія, функціональна недостатність нирок. Апаратура: 1) інтегральна-ртутно-кварцева лампа ПРК-2, ОРК-21; ОКБ-30, ОКМ-9 для групи; 2) селективні – дугові бактерицидні і люмінесцентні лампи.

Видиме випромінювання (світло) – ділянка загального електромагнітного спектра з довжиною хвилі 760-400 нм, що складається з 7 кольорів (червоний, оранжевий, жовтий, зелений, голубий, синій, фіолетовий). Діє на зоровий аналізатор (сітківку) через який впливає на психічний стан людини. Випромінювання проникає в шкіру на 1 см.

Лазерне випромінювання – світлолікування за допомогою лазерів фізичних пристроїв, що випромінюють пучки нерозсіюваного однокольорового (монохроматичного) світла видимого чи інфрачервоного діапазону. Випромінювання лазерів є когерентним, тобто суворо впорядкованим в просторі і часі, поляризованим. Висока енергія лазера в фокусованому світловому пучку концентрується на обмеженій площині (в хірургії використовується у вигляді “світлового скальпеля” для розсічення тканин, в офтальмології для приварювання сітківки ока при її відшаруванні).

Показань багато, адже при дії лазерного випромінювання активується регенерація, обмінні процеси в тканинах; швидше загоюються рани, регенерують кісткова та нервова тканини; пригнічуються ранова інфекція, ексудативні та інфільтративні процеси у вогнищі запалення; підвищується захисна дія, стимулюється імуногенез.

Протипоказання щодо використання низькоенергетичного лазерного випромінювання: злоякісні новоутвори, активний туберкульоз, тяжкі захворювання серцево-судинної системи, інфекційні хвороби, системні захворювання крові. Апарати: “Раскос”, “Рація”, УЛФ (“Ягода”), “Узор”, серії “МІТ”.

Інгаляційна терапія

Аерозольтерапія. Система, що складається з дрібних частинок (дисперсна), завислих у повітрі, називається аерозолем. Самі частинки називаються дисперсною фазою, а носій, (наприклад, повітря) – дисперсне середовище. Показання: захворювання верхніх дихальних шляхів, ЛОР-органів. Апаратура: інгалятори (АІ-1, ПАІ-1 (2), ІКП-М), балони, розпилюючі рідкі медичні препарати (“Каметон”) і механічні розпилювачі порошоків (“Спінхалер”), ультразвукові апарати (ГЕІ-1).

Аероіонотерапія – частинки атмосферного повітря, що несуть в собі позитивний і негативний електричний заряд. Лікувальну дію мають негативні іони. Вони активують окисно-відновні процеси в організмі, покращують зовнішнє дихання, знижують артеріальний тиск. Використання аероіонів з медичною метою називається аероіонотерапією. Апаратура: “Серпухов-1”, ГАІ-4 (4Ц).

Лікувальна фізична культура

Лікувальна фізична культура – метод лікування, що використовує засоби фізичної культури з лікувальною, оздоровчою та профілактичною метою та для більш швидкого відновлення здоров'я і працездатності хворого.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) – природно-біологічний метод лікування, основою якого є рух. Лікувальна фізкультура має ряд особливостей, які дають право використовувати її в комплексному лікуванні, часом, як основний метод, а нерідко – як єдиний метод лікування. До них належать: природність, загальнодоступність, безкоштовність, універсальність впливу (загальнозміцнювальний та місцевий). ЛФК підвищує реактивність організму, потенціює дію лікарських засобів; не має побічної дії, травматичного впливу (при правильно підібраних засобах лікувальної фізкультури та режимі рухової активності), непереносимості, не викликає алергічних реакцій; легко дозується та вивчається реакція організму на навантаження; має мало протипоказань, її можна (і потрібно) застосовувати тривалий час з позитивним ефектом, попереджує рецидиви захворювання та негативний вплив факторів навколишнього середовища; залучає хворого до активної участі в процесі видужання, створює позитивний емоційний вплив.

Завдання лікувальної фізкультури

1. Зберегти та підтримати хворий організм у якнайкращому функціональному стані.
2. Попередити ускладнення, які можуть бути викликані як основним захворюванням, так і вимушеною тривалою гіподинамією.
3. Сприяти покращенню дії медикаментозних засобів, скоротити терміни лікування.
4. Залучити хворого до активної участі у процесі одужання.
5. Стимулювати потенційні можливості хворого у боротьбі із захворюванням.
6. Прискорити ліквідацію місцевих проявів хвороби.
7. Попередити негативний вплив факторів навколишнього середовища.
8. Якнайшвидше відновити функціональну повноцінність людини, скоротити різницю між клінічним і функціональним видужанням.

Показання та протипоказання до призначення лікувальної фізкультури. Показання до призначення лікувальної фізкультури надзвичайно широкі. Постійних протипоказань для лікувальної фізкультури мало, найчастіше протипоказання носять тимчасовий характер.

До постійних протипоказань належать стани та стадії захворювання, при яких недопустима активація як загальних, так і місцевих фізіологічних процесів. У першу чергу – це тяжкі незворотні прогресуючі захворювання (наростання серцево-судинної, дихальної, печінкової та іншої недостатності), злоякісні захворювання, захворювання крові, тяжкі психічні захворювання та ін.

До тимчасових загальних протипоказань відносять тяжкий стан хворого, гострі запальні процеси, що супроводжуються підвищенням температури тіла вище субфебрильних цифр, прогресуючим підвищенням ШОЕ, лейкоцитозу та інших показників додаткових методів обстеження; гострий період захворювань, що не супроводжується запальними процесами (інсульт, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба та ін.); виражений больовий синдром незалежно від локалізації; кровотеча, загроза кровотечі, кровохаркання; наявність сторонніх тіл біля кровоносних судин та нервових сплетень; психічні стани, які утрудняють контакт з хворим.

Засоби лікувальної фізкультури

До основних засобів лікувальної фізкультури відносять, в першу чергу, фізичні вправи, режими рухової активності, прийоми масажу, вихідні положення, природні чинники (сонце, повітря, вода) (табл. 7).

Таблиця 7

Засоби лікувальної фізкультури

Фізичні вправи	Вихідні положення	Режим рухової активності	Загартовуючі процедури	Прийоми масажу
Гімнастичні Спортивно-прикладні Ігрові Трудові	Лежачи Стоячи Сидячи На четвереньках	1. Стационарний: Ліжковий - суворий - розширений Напівліжковий Вільний 2. Післястационарний: Щадний Щадно-тренуючий Тренуючий	Фізичні чинники: 1. Природні (повітря, вода, сонце) 2. Преформовані	Погладжування Розтирання Розминання Вібрація

Основним засобом лікувальної фізкультури є фізичні вправи. Фізичні вправи – це організована форма руху. Розрізняють гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові, трудові фізичні вправи (табл. 8). Найчастіше в лікувальній фізкультурі використовуються гімнастичні вправи.

Форми проведення процедури лікувальної фізкультури

Основними формами проведення процедури лікувальної фізкультури є: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, дозоване сходження (теренкур), прогулянки, екскурсії, ближній туризм, заняття різними видами спортивно-прикладних вправ, іграми, на тренажерах тощо.

Процедура лікувальної фізкультури проводиться під керівництвом інструктора з лікувальної фізкультури. При необхідності багаторазових занять лікувальною фізкультурою протягом дня в стаціонарі їх можуть

Класифікація фізичних вправ

Гімнастичні	Спортивно-прикладні	Ігрові	Трудові
За анатомічним принципом: - для м'язів шиї, кінцівок - для верхніх, нижніх кінцівок - для шийного відділу хребта і т. д. Стосовно навантаження: - додатковим навантаженням - в розслабленому стані - ізотонічні - ізометричні - уявні За використання предметів та снарядів: - без предметів - з предметами - на снарядах - біля снарядів За впливом: - загальнозміцнювальні - спеціальні За активністю: - активні - пасивні За характером: - дихальні - на координацію, на увагу - на рівновагу - на розслаблення - ритмопластичні, - коригуючі та ін.	Ходьба: - звичайна - дозована - теренкур Біг: - швидкий - повільний - підтюпцем Плавання: - в басейні - у відкритих водоймах Гребля: - у водоймах - на тренажерах Їзда на велосипеді: - на відкритій місцевості - на велотренажерах Катання: - на лижах - на ковзанах Прогулянки Екскурсії Туризм Метання	Ігри: На місці: - настільні - забавні Малорухомі Рухомі - спортивні - забавні Танці (як організована форма ігор)	Побутові Загальнозміцнювальні Забавні Відновні Професійні

проводити лікуючий лікар чи медичні сестри, вдома – родичі (після спеціальної підготовки). Після відповідного навчання хворі можуть займатися і самостійно. В останньому випадку лікар повинен бути впевнений, що хворий правильно виконає і продозує необхідні вправи. Для цього необхідно періодично контролювати і корегувати самостійні заняття хворого в стаціонарі і вдома.

Режим рухової активності

З метою правильного дозування фізичного навантаження розроблені режими рухової активності для умов стаціонарного, санаторного, амбулаторно-поліклінічного лікування (табл. 9).

Режими рухової активності

Режим	Вихідне положення	Кількість вправ	Кількість повторень	Темп	Амплітуда	Навантаження на м'язові групи	Зміни пульсу
Ліжковий	Лежачи	8	4-6	Повільний	Обмежена	Дрібні	+8
Напівліжковий	Лежачи, сидячи	16	6	Середній	Середня	Дрібні, середні	+16
Вільний	Лежачи, сидячи, стоячи	24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	+24
Тренуючий	Лежачи, сидячи, стоячи	>24	8	Середній і швидкий	Повна	Всі	До 180 мінус вік

У стаціонарах призначають суворий ліжковий, розширений ліжковий, напівліжковий (палатний) і вільний (загальнолікарняний) режими рухової активності. У санаторіях і під час амбулаторно-поліклінічного лікування хворих використовують щадний, щадно-тренуючий режим, а останнім часом – також інтенсивно-тренуючий режим.

У разі призначення суворого ліжкового режиму забороняється самостійний перехід у положення сидячи. Туалет і харчування здійснюються за допомогою персоналу, ЛФК, як правило, не призначають. Після призначення розширеного ліжкового режиму хворому дозволяється переходити у положення сидячи, потім стоячи, ходити біля ліжка з допомогою персоналу. Із форм ЛФК застосовують лікувальну гімнастику, можна призначати масаж (за показаннями).

При напівліжковому режимі хворий може ходити в межах палати та відділення. Перебування в ліжку – 50 % денного часу. Із форм ЛФК призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику.

При вільному режимі дозволяється помірна рухова активність, яка можлива в умовах стаціонару. Із форм ЛФК використовують лікувальну гімнастику, ранкову гігієнічну гімнастику, дозовану ходьбу, піднімання по сходах, заняття на тренажерах.

У разі призначення щадного режиму фізичне навантаження може досягати 30 % аеробних можливостей, щадно-тренуючого – 40 %, тренуючого – 60 %, інтенсивно-тренуючого – 75 % аеробних можливостей. Допустима частота серцевих скорочень залежить від статі, віку, клінічних проявів захворювання, режиму рухової активності і не повинна перевищувати відповідно 104-107, 111-112, 131-148, 145-167 за 1 хвилину.

При проведенні занять з лікувальної фізкультури з хворим медична сестра чи лікар можуть користуватися наступними критеріями оцінки реакції на навантаження (табл. 10).

Оцінки реакції на фізичне навантаження

Критерій	Після навантаження (зміна досліджуваних показників при адекватному навантаженні)
Самопочуття	Задовільне
Частота серцевих скорочень (ЧСС)	Збільшується не більше, ніж на: а) 8 уд./хв при ліжковому режимі б) 16 уд./хв при палатному режимі в) 24 уд./хв при вільному режимі г) 180 мінус вік при тренуючому режимі
Частота дихальних рухів	Збільшується не більше, ніж на 4-8 дихальних рухи (залежно від режиму), синхронно до зміни ЧСС: почастишання дихання на один дихальний рух супроводжується збільшенням ЧСС на 3-4 удари
Артеріальний тиск (АТ)	Систолічний АТ підвищується не більше, ніж на 40 мм рт.ст., діастолічний – залишається незмінним чи підвищується або знижується не більше, ніж на 10 мм рт.ст.
Час відновлення досліджуваних показників	3-5 хв
Електрокардіографічний контроль	Відсутність негативної динаміки на ЕКГ

Основні правила застосування лікувальної фізкультури

1. Фізичні навантаження повинні відповідати індивідуальним особливостям хворого:

- нозологічній формі захворювання, його періоду, тяжкості перебігу;
- наявності супутніх захворювань та ускладнень;
- віку, статі, рівню функціональних можливостей, психоемоційним особливостям хворого.

2. Заняття фізичними вправами повинні бути регулярними, довготривалими.

3. В процесі занять фізичні навантаження повинні поступово наростати як в межах одного заняття, так і під час усього курсу лікування та знижуватися до їх закінчення.

4. В комплекс вправ необхідно включати як загальнозміцнювальні, так і спеціальні вправи.

5. Необхідно постійно вести облік реакції організму на заняття лікувальною фізкультурою як на одну процедуру так і на курс лікування.

Масаж

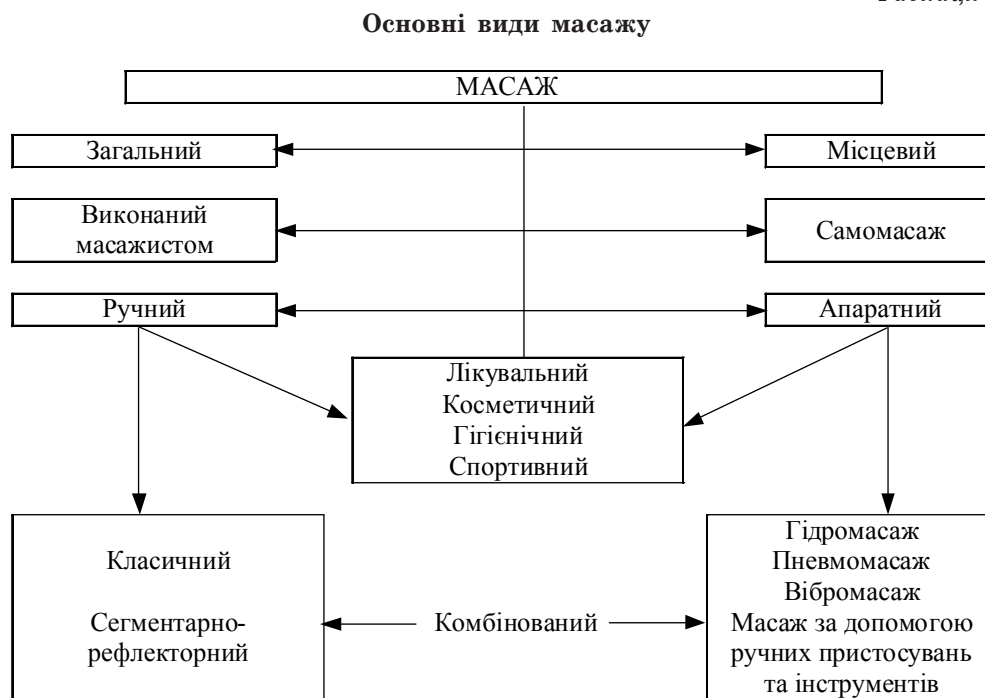
Масаж – метод оздоровлення, підвищення працездатності, лікування та профілактики захворювань, суть якого полягає в нанесенні тканинам

організму дозованих механічних впливів руками масажиста, спеціальними апаратами чи пристосуваннями.

В основі механізму впливу масажу на організм лежить складний процес, зумовлений нервово-рефлекторним, гуморальним та механічним впливом. Всі вони між собою взаємообумовлені так, що відокремити практично один від одного неможливо.

Масаж поділяється на лікувальний, гігієнічний, косметичний, спортивний. Його проводять руками (мануальний масаж), за допомогою апаратів для масажу (апаратний масаж) або ж поєднують апаратний та мануальний масаж (комбінований масаж). Масажу можуть підлягати окремі ділянки тіла (місцевий масаж) або все тіло (загальний масаж). Його може проводити масажист або сам пацієнт (самомасаж) (табл. 11).

Таблиця 11



Лікувальний масаж

Лікувальний масаж використовується у клінічній практиці для лікування захворювань та їх профілактики. Масаж є ефективним засобом відновлення функцій організму. Його використовують у поліклініках, лікарнях, санаторіях та в домашніх умовах. Лікувальний масаж може застосовуватись в комплексному лікуванні і як самостійний метод лікування та профілактики захворювань.

В лікувальній практиці використовують класичний, сегментарно-рефлекторний масаж, а із східних видів масажу найбільш поширеним є точковий масаж та масаж біологічно активних точок (“пальцеве чжень”).

Масажруками

Ручний (мануальний) масаж – традиційний, найбільш поширений метод масажу. Він дає можливість використовувати всі прийоми масажу, а також чергувати і комбінувати їх в процесі процедури та коректувати при необхідності. Недоліком ручного масажу є значне фізичне навантаження, яке отримує масажист в процесі роботи.

Види масажу руками

Залежно від мети та конкретних завдань використовують класичний та різні види сегментарно-рефлекторного масажу.

Класичний масаж включає чітко визначену методику та техніку масажу, яка складається з 4 основних прийомів (погладження, розтирання, розминання та вібрації), через які здійснюються основні терапевтичні завдання. Кожний прийом, його різновидності та комбінації між ними мають свою цілеспрямовану дію. Класичний масаж передбачає локальний (регіональний) вплив на хворий орган, без врахування рефлекторно зв'язаних між собою функціональних утворень, відповідно, без використання позавогнищевих сегментарних впливів.

Сегментарно-рефлекторний масаж. Розроблені спеціальні види масажу, завдяки яким шляхом впливу на рефлекторно змінені патологічним процесом тканини, сегментарно пов'язані з хворим органом (шкіра, підшкірна основа, окістя, м'язи тощо), досягають зворотних реакцій, що прискорює видужання. Сегментарно-рефлекторний масаж має більший регулюючий та нормалізуючий вплив на внутрішні органи, обмінні процеси, секреторну діяльність та інші функції організму, ніж класичний масаж.

Залежно від характеру та місця знаходження патологічного процесу, а також від характеру рефлекторних змін в тканинах було запропоновано багато видів масажу, назва яких нерідко залежала від тканин, які підлягають переважному впливу або від методів впливу на них (сегментарний, сполучнотканинний, періостальний, точковий та інші). Найбільш поширеним є сегментарний масаж.

Сегментарний масаж заснований на використанні особливостей сегментарної будови тіла: подразнення рецепторів покривних тканин у певних зонах викликає зміну у внутрішніх органах та системах організму, які іннервуються тими ж сегментами спинного мозку. Методика сегментарного масажу базується на чіткій послідовності різних прийомів, які виконуються по спеціальних масажних лініях. В ній використовуються прийоми класичного масажу – погладження, розтирання, розминання,

вібрація. Більше уваги приділяється використанню допоміжних прийомів (штрихування, пиляння, валяння, розтягування та ін).

Точковий масаж (акупунктура) є різновидністю сегментарно-рефлекторного масажу, при якому впливу підлягають обмежені ділянки тіла, окремі, біологічно активні точки (БАТ).

“На даний час під акупунктурою розуміють лікувальну систему, яка базується на рефлекторних реакціях, сформованих в процесі філо- та онтогенезу, які реалізуються через нервову та ендокринну системи шляхом локального подразнення рецепторного апарата шкіри, слизових оболонок і підлеглих тканин, направлене на нормалізацію активності як окремих органів, так і цілих функціональних систем організму. БАТ є не шкірними утвореннями, а тільки шкірними проекціями невральних структур, розміщених в підлеглих тканинах (Є.Л. Мачерет, А.О. Коркушко, 1993).

Апаратний масаж

Апаратний масаж проводиться за допомогою різних за будовою та засобами впливу на організм апаратів (вібромасажні, гідромасажні, пневмомасажні та ін.). Вони можуть мати загальний та місцевий вплив.

Апаратний масаж, на відміну від ручного, не дає можливості тонко диференціювати методику масажу, але його можна використовувати як доповнення до ручного масажу. Апаратний масаж полегшує роботу масажиста і дає можливість обслужити більше хворих. Необхідно пам'ятати, що апаратний масаж можна призначити не при всіх захворюваннях. Зокрема, при деяких захворюваннях серцево-судинної системи показаний лише ручний масаж. Апаратний масаж можна рекомендувати при захворюваннях кишечника, порушеннях обміну речовин, остеохондрозі хребта без больового синдрому, сколіозі, плоскостопості, поліомієліті, травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату та периферійної нервової системи, у спортивній практиці, для проведення гігієнічного, косметичного масажу, самомасажу.

Вібраційний масаж полягає у нанесенні вібраційного впливу на окремі ділянки тіла чи весь організм за допомогою рук або спеціальних апаратів (вібраційний апарат ВМП-1, вібромасаж ВП, автомасажери “Тонус”, “Спорт” та ін.). Вібрація може передаватись безпосередньо тілу хворого або через воду.

Масаж водяним струменем. Масаж з допомогою води (гідромасаж) – це комбінація впливу струменем води та масажних маніпуляцій. Вони можуть бути виконані рукою масажиста або спеціальними щітками під водою, у вигляді душ-масажу, вібраційного масажу (у спеціальних вібраційних ваннах). Душ-масаж – масаж струменем під великим тиском, який безпосередньо направляють на хворого або ж подають під водою, створюючи вихрові рухи води (вихровий підводний масаж). При цьому на пацієн-

та впливають теплові, механічні та хімічні (при використанні мінеральної або морської води) фактори.

Гідромасаж сприяє поліпшенню обмінних процесів, активує лімфо- та кровообіг, знімає напруження м'язів, нормалізує функціональний стан нервової системи. Застосовується, в першу чергу, при захворюваннях опорно-рухового апарату та нервової системи, в спортивній практиці.

Пневмомасаж проводиться за рахунок підвищеного або зниженого тиску повітря. Для цього використовують спеціальні пневмомасажні апарати, в які розміщують хворого чи окремі частини його тіла або ж прикладають до тіла хворого спеціальні насадки.

Пневмомасаж покращує лімфо- та кровообіг, збільшує кількість функціонуючих капілярів, покращує трофіку тканин, підвищує м'язовий тонус. Застосовується при лікуванні ендартеріїтів, радикулітів, невралгій, невритів, плекситів, хвороби Рейно, міозитів, остеохондрозу, захворювань шлунково-кишкового тракту та ін.

Гігієнічний масаж

Гігієнічний масаж – активний засіб зміцнення здоров'я та попередження захворювань. На сьогодні його найчастіше використовують у вигляді загального самомасажу в комбінації з ранковою гігієнічною гімнастикою, іншими видами навантаження, водними процедурами або в умовах бані. В першому випадку гігієнічний ранковий самомасаж рекомендується поєднувати з немеханізованими засобами для масажу (наприклад, масажери, масажні доріжки). У другому випадку гігієнічний масаж широко використовується серед спортсменів, проводиться або масажистом, або у вигляді взаємного масажу тривалістю 20-25 хвилин.

Масаж в бані сприятливо впливає на нервову, нервово-м'язову, ендокринну системи, покращує рухомість в суглобах, стимулює обмін речовин в організмі та покращує функцію системи виділення. Внаслідок цього, масаж в бані є ефективним засобом зменшення маси тіла. Масаж в бані може використовуватись для відновлення працездатності після значних фізичних навантажень. При цьому необхідно враховувати об'єм попередніх та наступних фізичних навантажень.

Косметичний масаж

Цей вид масажу використовується для поліпшення стану відкритих частин тіла (обличчя, шиї, кистей), попередження передчасного старіння, зміцнення волосся на голові, лікування різних косметичних дефектів.

Використовується механічне подразнення у вигляді легкого погладження, розтирання, розминання, вібрації. Не всі спеціалісти рекомендують використовувати розтирання при масажі обличчя та шиї. Масажні

рухи повинні бути ритмічними, не зміщувати шкіру. Ефективність масажу залежить від сили, тривалості і кількості процедур.

Спортивний масаж

Спортивний масаж використовується з метою швидкого відновлення працездатності спортсмена. Залежно від мети його розподіляють на наступні види:

1. Гігієнічний масаж, у вигляді самомасажу, проводиться щодня вранці разом з гімнастикою.

2. Тренувальний масаж використовується як засіб підвищення функціональної здатності м'язів та фізичної досконалості спортсмена. Проводиться перед тренуванням. Перед змаганням бажано проводити масаж в години, на які призначені змагання.

3. Попередній (підготовчий) масаж застосовується перед спортивними змаганнями для підготовки спортсмена до досягнення максимальних результатів та профілактики травматизму.

4. Відновний масаж призначається для прискорення відновлення працездатності після виступів або в перервах між змаганнями.

6. Лікувальний спортивний масаж використовується при травмах. Методика такого масажу залежить від виду травми та характеру травми.

Техніка масажу

Техніка масажу – це спосіб виконання окремих прийомів, які дають можливість досягнути якнайкращого результату в якнайкоротший час.

Техніка ручного масажу сформувалась давно і описана багатьма авторами. На сьогодні найбільш поширена техніка класичного масажу, яка описана Вербовим (1966). Масаж виконується спеціальними рухами рук, що називаються прийомами. А.Ф. Вербов виділяє 4 основних прийоми масажу: погладження, розтирання, розминання, вібрацію.

Різниця в техніці виконання прийомів, в першу чергу, зумовлена положенням рук відносно поверхні ділянки, що масажується під час виконання прийому, контактом кисті чи її окремих ділянок з шкірою, глибиною масажних впливів, видом тканин, які підлягають масажу, характером рухів, що здійснює масажист.

Усі прийоми масажу поділяють на основні та допоміжні (табл. 12).

Погладжування

Погладжування – це такий прийом, при якому кисть масажиста ковзає по поверхні шкіри, не зміщуючи її, здійснює різного ступеня натискування.

Основними прийомами погладжування є площинне та обхоплююче погладжування.

Класифікація прийомів масажу

Основний прийом	Вид основного прийому	Допоміжні прийоми
Погладжування	Площинне погладжування: поверхнєве, глибоке, переривчасте, безперервне Обхоплююче погладжування: поверхнєве, глибоке, переривчасте, безперервне	Гребенеподібне Гладження Граблеподібне Хрестоподібне Щипцеподібне
Розтирання	Розтирання: пальцями, опорною частиною кисті, ліктьовим чи променевим краєм кисті	Гребенеподібне Граблеподібне Пиляння Штрихування Пересікання Щипцеподібне Стругання
Розминання	Безперервне Переривчасте Поздовжнє Поперечне	Щипцеподібне Валяння Накочування Зміщення Посмикування (пощипування) Розтягування Стискання Натискування Гребенеподібне
Вібрація	Безперервна Переривчаста	Стрясання Потрушування Струшування Підштовхування Рубання Поплескування Поколочування Пунктування Шмагання

З допоміжних прийомів погладжування найчастіше використовують щипцеподібне, граблеподібне, гребенеподібне, хрестоподібне погладжування та гладження.

Розтирання

Розтирання – це такий прийом, при якому рука масажиста поступальними рухами здійснює натискання на поверхню шкіри, утворюючи шкірну складку у вигляді валика; зміщує її у різних напрямках, роз'єднує, розтягує підлеглі тканини, перетирає в них патологічні затвердіння та ущільнення.

Основні прийоми розтирання: розтирання пальцями, долонною поверхнею кисті, кулаком, опорною частиною кисті, ліктьовим краєм кисті.

Допоміжні прийоми розтирання: штрихування, стругання, гребенеподібне, щипцеподібне, граблеподібне розтирання, пиляння, пересікання.

Розминання

Розминання – найскладніший за технікою виконання прийом, при якому залежно від анатомічних особливостей тканин, що підлягають масажу (в першу чергу, м'язів) проводять: обхоплювання, піднімання, відтягування, відтискання тканин; захоплювання і попереми́нне стискання; стискання та розтягування; стискання та перетирання тканин.

Основними прийомами розминання є поздовжнє та попере́чне розминання.

Допоміжні прийоми розминання: валяння, на́кочування, зміщення, розтягування, натискування, щипцеподібне розминання, посмикування, стискання, гребенеподібне розминання.

Вібрація

Вібрація – це такий прийом масажу за допомогою якого тканинам, що підлягають масажу, надаються коливальні рухи різної швидкості та амплітуди. Розрізняють безперервну та переривчасту вібрацію.

Прийом **безперервної вібрації** полягає в тому, що рука масажиста, не відриваючись від ділянки тіла, що масажується, здійснює разом з підлеглими тканинами ритмічні коливальні рухи.

Безперервна вібрація може виконуватися: долонною поверхнею одного, двох або декількох пальців, всією долонею або її опорною частиною, кулаком, із захватом тканин кистями.

Допоміжні прийоми безперервної вібрації: стрясання, струшування, підштовхування, потрушування.

Переривчаста вібрація. При проведенні переривчастої вібрації рука масажиста, дотикаючись до поверхні тіла, кожен раз відходить від неї, в результаті чого вібраційні рухи стають переривчастими, періодичними, що ідуть поштовхами один за одним.

Основні прийоми переривчастої вібрації: пунктування, поколючування, поплескування, рубання, шмагання.

Організація праці масажиста

У більшості лікувальних закладів кабінет масажу входить до складу фізіотерапевтичного відділення або відділення реабілітації.

Лікар, який обстежує хворого, призначає вид, метод, ділянку, дозування масажу, оформляє карту для проведення масажу. Масажист забезпечує проведення масажу у повній відповідності з призначенням лікаря. Лікар контролює правильність виконання призначення масажистом.

Робота масажиста нормується за умовними масажними одиницями (ділянка тіла людини на масаж якої необхідно затратити 10 хв). За робочий день масажист повинен виконати 30 масажних одиниць.

Показання та протипоказання для призначення масажу

Показання. Масажувати можна всіх здорових людей, враховуючи їх вік та стан нервової системи. Масаж показаний при лікуванні та реабілітації хворих в різні періоди захворювань та травм, його використовують як засіб первинної та вторинної профілактики, підвищення фізичної та розумової працездатності. Масаж призначають в косметичній практиці, з гігієнічною метою, в спортивній медицині.

Масаж повинен бути призначений у випадках, коли необхідно викликати активну гіперемію, покращити лімфо- та кровообіг, обмін в тканинах, досягнути розсмоктування при набряках та випотах, відкоректувати тонус м'язів, відновити функціональний стан м'язів та рухомість в суглобах, прискорити чи сповільнити утворення кісткової мозолі, нормалізувати функціональний стан соматичної (центральної, периферійної) та вегетативної нервової систем.

Протипоказання. Є постійні та тимчасові протипоказання для призначення масажу.

Постійні протипоказання це такі стани, при яких масаж хворому не показаний в даний час і не буде показаний надалі. До постійних протипоказань належать: тяжкий стан хворого, що супроводжується наростанням серцево-судинної, дихальної, печінкової, ниркової та інших видів недостатності; новоутвори, у тому числі доброякісні; тромбофлебіти, тромбози судин, варикозне розширення вен з трофічними порушеннями; септичний стан; захворювання крові, кровоточивість; бронхоектатична хвороба в стадії тканинного розпаду; сифіліс II-III ступенів та інші гострі венеричні хвороби; виражений склероз судин головного мозку з схильністю до тромбоутворення та кровотеч.

Тимчасові протипоказання: загальний тяжкий стан хворого при різних захворюваннях та травмах; температура тіла більше 37,5 °С; гострий запальний процес, гострі респіраторні вірусні захворювання; наявність гнійних процесів в організмі; гострий період захворювання: порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, гіпертонічна криза та ін.; активна фаза туберкульозу; загострення захворювань кишечника, нудота, блювання; стани, що вимагають невідкладного оперативного втручання; захворювання лімфатичних судин та вузлів; гострі алергічні стани, набряк Квінке; виражений больовий синдром; кровотеча та небезпека кровотечі; захворювання шкіри, нігтів, волосистої частини голови інфекційного, грибкового та невизначеного характеру, різні шкірні висипання, пошкодження, подразнення шкіри; захворювання вегетативної нервової системи (ган-

гліоніт, діенцефальний криз); психічні захворювання, що утрудняють контакт з хворим; період місячних та вагітності у жінок; наявність сторонніх тіл біля магістральних судин та нервових сплетень; для спортсменів – стан вираженої перевтоми та збудження.

Мануальна терапія

Мануальна терапія – метод лікування різних захворювань хребта шляхом впливу на його суглоби, а також на м'язи спини за допомогою певних ручних прийомів. Основу мануального лікування вертеброгенних захворювань складає виправлення руками статодинамічних порушень функції хребтового стовпа як єдиної біомеханічної системи, відновлення функції блокованих суглобів та різні прийоми лікувального впливу на рефлекторні зміни в м'язово-зв'язковому апараті порушених сегментів. Таким чином, лікувальна дія повинна бути спрямована, в першу чергу, на нормалізацію біомеханіки всього хребтового стовпа як єдиного органа (К. Lewit, 1981).

Механізм дії мануальної терапії пов'язаний з двома основними моментами – механічним і рефлекторним. При маніпулюванні здійснюється вплив на пропріорецептори м'язів, сухожилків, суглобових капсул, що впливає безпосередньо на патологічний процес.

Основними показаннями до застосування мануальної терапії є вертеброгенний біль, пов'язаний з виникненням функціональних блокад хребтового рухового сегмента, – синдроми люмбаго, люмбалгії, цервікалгії тощо. Мануальна терапія показана також при вегетативно-вісцеральних синдромах, пов'язаних з порушеннями функції хребтового рухового сегмента, – синдром хребтової артерії, синдром Мін'єра, дискінезія жовчних шляхів, вертеброгенні кардіалгії тощо.

Абсолютні протипоказання до мануальної терапії: травми хребта, туберкульозний спондиліт, злоякісні пухлини, тяжкі випадки остеохондрозу, вроджена аномалія хребтового рухового сегмента та його гіпермобільність, виражений остеопороз, тяжкі захворювання внутрішніх органів.

Відносним протипоказанням є грижа диска.

Мануальну терапію повинні проводити лікарі, які пройшли відповідну підготовку. Вона повинна призначатись після ретельного клінічного обстеження хворого. Процедури необхідно проводити за чіткими показаннями з урахуванням як клінічних проявів, так і тривалості захворювання.

Механотерапія

Механотерапія – метод відновлення ослаблених або різко утруднених рухів тіла людини через використання локальних і переважно пасивних

рухів з допомогою спеціально сконструйованих апаратів. Розрізняють наступні види механотерапії:

- механотерапія, при якій рухи здійснюються за допомогою апаратів та приладів (апаратна механотерапія);
- тракційна (екстензійна) механотерапія (витягнення).

Апаратна механотерапія. Для відновлення рухів найчастіше використовують:

- апарати, дія яких заснована на принципі блока (функціональний механотерапевтичний стіл, блоковий пристрій стаціонарного типу, портативний блоковий пристрій та ін.), які призначені для дозованого зміцнення різних м'язових груп верхніх та нижніх кінцівок (рис. 3, А);
- апарати, сконструйовані за принципом маятника, які призначені для відновлення рухомості і збільшення об'єму рухів у різних суглобах верхніх та нижніх кінцівок (рис. 3, Б);
- прості пристосування для вправ: драбинки для пальців та кисті, палиці, гумові трубки, пристосування для блокування чи спрямування рухів, побутові предмети, ігри, технічні конструкції.

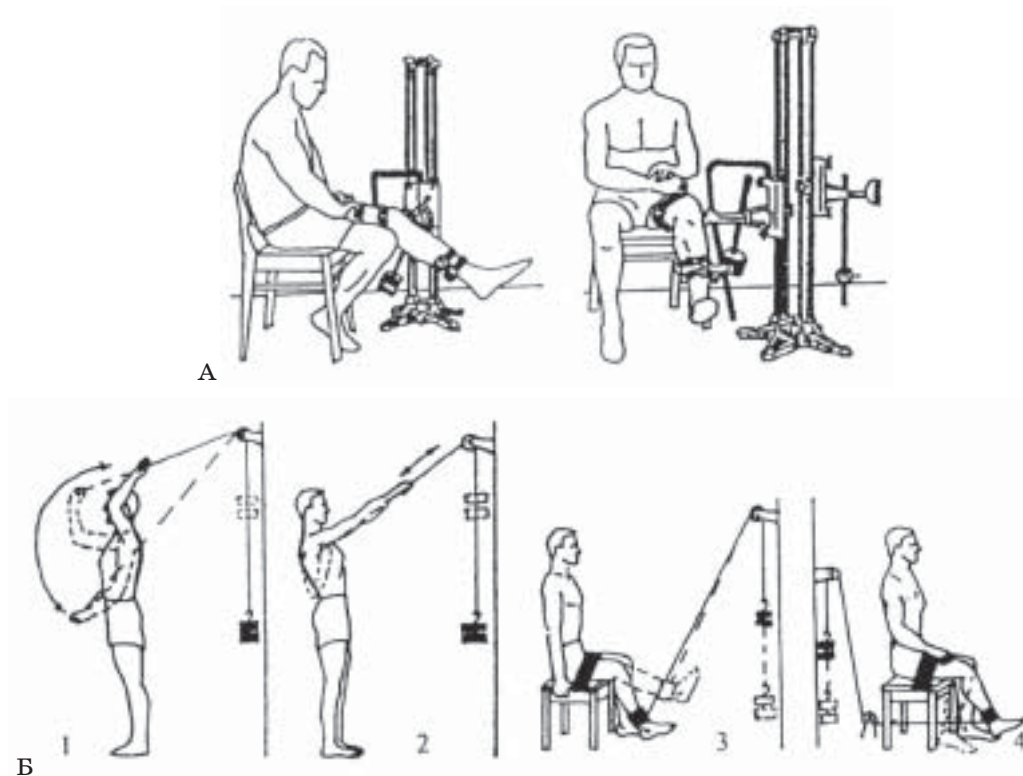


Рис 3. Вправи на механотерапевтичних апаратах:
А – маятнікового типу; Б – блокового типу.

Механотерапевтичні апарати використовуються в тих випадках, коли необхідне наполегливе тривале використання спеціальних “локальних” вправ для розвитку рухів у суглобах. Їх використання має за мету полегшити, направити або збільшити навантаження при виконанні рухів, збільшити амплітуду рухів чи ізолювати рухи.

Показання до використання апаратної механотерапії: захворювання, які вимагають механічного розтягнення м'яких тканин або наполегливого багаторазового стереотипного повторення одних і тих самих рухів з локальною спрямованістю. Використовується переважно в хронічній стадії захворювання або ж при залишкових явищах: ригідність в суглобах, контрактури після іммобілізації, фіброзні анкілози, зморщення суглобових капсул, укорочення сухожилків і м'язів внаслідок наближення їх кінців, патологічно стягуючі рубці, парези, деякі паралічі, м'язові атрофії і гіпотрофії, дефекти постави, порушення загального обміну речовин.

Протипоказання до використання апаратної механотерапії: гострі запальні процеси, підвищена рефлекторна збудливість м'язів, рефлекторні контрактури, значна ригідність і контрактура суглобів (амплітуда рухів менше 15°), значне зменшення м'язової сили усєї кінцівки, деформація суглобів внаслідок порушення співвідношень суглобових поверхонь (неправильне зрощення та ін.), недостатньо зміцніла кісткова мозоля, наявність синергічних та замісних рухів.

Тракційна механотерапія (витягання). Це метод лікування, при якому механічним способом, шляхом розтягнення вздовж поздовжньої осі, намагаються розтягнути, видовжити певні частини тіла людини, особливо, капсульно-зв'язковий апарат, які з тієї чи іншої причини втратили свої нормальні анатомічні співвідношення і наблизились або змістились. Це один із основних ортопедичних методів лікування пошкоджень і захворювань опорно-рухового апарату та їх наслідків.

Терапевтична мета тракційної терапії – зменшити або усунути явища компресії і подразнення нервових елементів, судин та зв'язаний з цим біль, порушення кровопостачання і трофіки, патологічне подразнення рецепторного апарату.

Механічні апарати або пристосування для тракційної терапії побудовані на двох принципах: 1) розтягнення при вертикальному положенні тіла (рис. 4) або, як його окремий випадок, коли тіло витягується в площині, розміщеній під кутом 90°; 2) розтягнення при горизонтальному розміщенні тіла (рис. 5).

Вертикальне розтягнення проводиться обов'язково у воді (температура 37-39 °С). Це робить витягнення м'якою, легкою процедурою, тепла вода має розслаблювальну та знеболювальну дію.

Вертикальне розтягнення в сидячому положенні використовується при ураженнях шийного відділу хребта. Хворий сидить на стільці, голову фіксують за допомогою спеціальної петлі Гліссона.

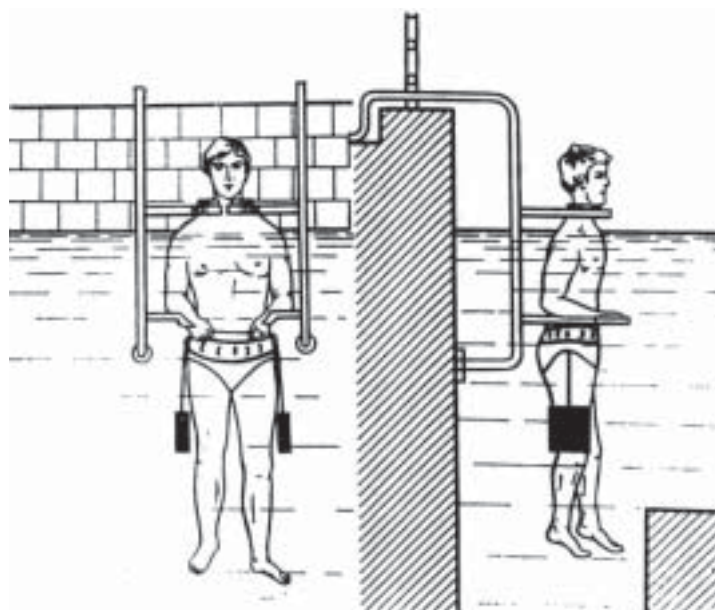
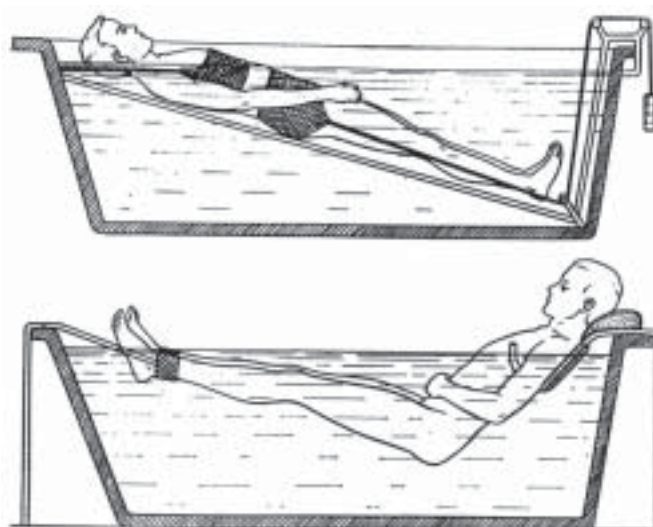


Рис. 4. Вертикальне підводне витягнення в шийному і поперековому відділах хребта.



А

Б

Рис. 5. Горизонтальне витягнення у ванні: А – на щиті з вантажем; Б – провисанням.

Витягання при горизонтальному положенні тіла найчастіше використовується для розтягнення грудного і поперекового відділів хребта, яке проводиться завдяки розходженню площин стола, на якому розміщений хворий. Ступінь розтягнення відповідає відстані, на яку розсуваються його площини, що контролюється шляхом програмування. Цей метод витягнення менш фізіологічний, ніж попередній, але більш доступний.

Дозування тракційної терапії. Для цього використовується декілька величин.

1. Величина сили розтягнення. Для шийного відділу хребта найчастіше використовують вантаж масою від 1 до 15 кг, для поперекового – від 20 до 50 і 90 кг. Протягом всього часу процедури вагу вантажу збільшують поступово. При наявності больового синдрому застосовують меншу вагу.

2. Тривалість процедури. В першу чергу, вона залежить від відділу хребта, який підлягає розтягненню. В шийному відділі: від 1-2 до 10 хвилин, в поперековому – від 5-10 до 30 хвилин. На початку курсу лікування тривалість процедури менша. Чим більша величина сили, тим менша тривалість процедури.

3. Тривалість курсу лікування. Вона включає 10-20 процедур (на початку – щоденно, в кінці – через день).

Вимоги щодо виконання тракційної терапії.

1. Розтягнення призначають тільки після повного обстеження хворого і встановлення діагнозу.

2. Перед процедурою проводять міорелаксуючі та знеболювальні засоби (теплові, медикаментозні).

3. Місце, яке підлягає розтягненню, повинно знаходитись між проксимальними і дистальними, близько розміщеними фіксованими частинами тіла.

4. Розтягнення необхідно проводити обережно, повільно, з поступово зростаючою силою та тривалістю як під час однієї процедури так і протягом всього курсу лікування, під постійним контролем стану хворого.

5. Після закінчення тривалості процедури необхідно, повільно і поступово зменшуючи силу розтягнення, обережно звільнити хворого від розтягнення.

6. Після процедури хворий повинен залишатися в спокої 20-30 хвилин, краще на столі або ліжку в зручному положенні.

7. При появі скарг хворого розтягування необхідно припинити та переглянути методику і техніку процедури.

Показання до проведення тракційної терапії: початкові форми спондилоартритів, вип'ячення та грижі пульпозного ядра, відхилення в різних напрямках від правильної конфігурації хребта (сколіози, кіфози, гіперлордоз), хвороба Бехтерева, симптоматичні невралгії та неврити у зв'язку з деформуючим спондилоартрозом тощо.

Протипоказання до проведення тракційної терапії: неврити простудного та інфекційного походження, туберкульозний спондиліт, метастази в кістках, великі і зрощені екзостози, виражений остеопороз, грижі міжхребцевих дисків, які підлягають оперативному втручанню, гіпертонія, серцева декомпенсація, вагітність.

Працетерапія

Працетерапія – активний лікувальний метод відновлення втрачених функцій у хворих за допомогою розумової та фізичної роботи. Значення працетерапії:

- стимулює процеси життєдіяльності;
- сприяє відновленню порушених функцій;
- створює позитивну нервово-психічну динаміку, яка відволікає хворого від переживань, зумовлених захворюванням;
- вселяє віру хворого в можливість відновлення працездатності;
- привчає хворого до роботи в колективі;
- підвищує фізичну працездатність;
- дає можливість оцінити трудові можливості хворого і надалі правильно вирішити питання працевлаштування;
- прискорює повернення хворого на виробництво.

Хворий прилучається до повного чи часткового самообслуговування (застеляти ліжко, прибирати тумбочку, самостійно проводити ранковий та вечірній туалет), починаючи з розширеного ліжкового режиму. Легкі види працетерапії (в'язання, вишивання, плетіння тощо) включаються вже під час палатного режиму. Все це проводиться під контролем лікаря та постової медичної сестри, які стежать за станом, настроєм хворого, якістю виконаної роботи, при необхідності – надають допомогу.

Протипоказання до призначення працетерапії в стаціонарі:

- загальний тяжкий стан хворого, гарячковий та септичний стани;
- загострення основного та супутніх захворювань;
- захворювання, які вимагають спокою;
- інфекційні захворювання;
- психічні захворювання, які утрудняють контакт з хворим.

У кожному реабілітаційному центрі повинно бути відділення працетерапії, в якому створюються необхідні умови для ефективного використання лікування працею. В склад відділення входять лікувальні майстерні, профіль яких визначається відповідно до контингенту хворих. Крім цього, повинен бути кабінет побутової реабілітації.

В реабілітаційних центрах використовують **3 види працетерапії**: загальнозміцнювальну (тонізуючу), відновну, професійну.

Загальнозміцнювальна працетерапія – засіб підвищення загального життєвого тону. Вона включає пиляння, випилювання, вишивання, плетіння, конструювання, малювання, прибирання палати, догляд за квітами тощо.

Відновна працетерапія – використовується для активації тимчасово знижених рухових функцій. Наприклад, для відновлення функції нижніх кінцівок використовують роботу за ніжною швейною машинкою, для відновлення функції верхніх кінцівок – пиляння, шиття, плетіння, шліфування тощо.

Професійна працетерапія направлена на відновлення втрачених або ослаблених внаслідок травм чи захворювань професійних навичок або ж навчання новій професії при втраті здатності виконувати попередню роботу. Це досягається наполегливими цілеспрямованими тренуваннями, які вимагають значної допомоги медичної сестри кабінету працетерапії.

Основні принципи працетерапії:

1. Включення працетерапії на ранніх етапах захворювання з метою відновлення комплексних предметних дій, рівень побудови яких пов'язаний з вищими відділами центральної нервової системи.

2. Працетерапія повинна бути поетапною і будуватися на принципі послідовного строгого дозованого введення порушеної функції в трудовий процес з поступовим ускладненням трудових операцій та умов праці, мати оптимальну відновну здатність.

3. Для кожного хворого повинна складатись індивідуальна програма працетерапії з врахуванням:

- попереднього професійного досвіду;
- особливостей рухового дефекту; і
- етапу відновного лікування.

4. Працетерапія повинна створювати можливість для свідомої активної участі хворого у виконанні дій.

5. З метою створення у хворих зацікавленості в цій формі лікування, перед призначенням працетерапії лікуючий лікар проводить з хворим бесіду про призначення праці як лікувального фактора і про її значення для подальшого відновлення загальної і професійної працездатності.

6. Для хворих, які не зможуть надалі працювати за своєю спеціальністю одночасно з відновленням трудової діяльності під час працетерапії в реабілітаційних центрах повинно проводитись навчання і перенавчання з метою здобуття нової професії, яка доступна хворому в межах наявних наслідків захворювання, яка надалі зможе полегшити його працевлаштування.

7. Працетерапія повинна поєднуватись з психотерапією.

8. Спостереження за станом хворого під час працетерапії проводить медична сестра. Всі результати обстежень вона реєструє в спеціальному щоденнику.

Рефлексотерапія

Рефлексотерапія – система лікування, яка базується на рефлекторних реакціях, сформованих в процесі філо- та онтогенезу і реалізується через нервову та гуморальну системи. Шляхом подразнення біологічно активних точок (БАТ), розміщених на поверхні тіла, можна досягнути нормалізації активності як окремих органів, так і цілих функціональних систем. Всі точки акупунктури мають чітке анатомічне та топографічне розміщення.

Емпіричний досвід китайської медицини, виходячи з певних функціональних закономірностей, дав можливість об'єднати ряд точок акупунктури в умовні лінії на поверхні тіла, так звані меридіани або канали, що на думку китайських лікарів є шляхами циркуляції “життєвої енергії”. Вони мають зовнішній хід з розміщеними точками акупунктури та внутрішній хід, який зв'язує покриви тіла з певними внутрішніми органами.

Виділяють 14 постійних, класичних меридіанів, із яких 12 парних, зв'язаних між собою циркуляцією енергії, та 2 меридіани непарних, які не входять в загальне коло циркуляції енергії. Класичні меридіани з'єднані в єдину функціонально-енергетичну систему поздовжніми і поперечними колатеральними лініями, які отримали назву вторинних меридіанів.

Акупунктура є високоефективним методом лікування, особливо в терапії больових синдромів та функціональних захворювань нервової системи.

Залежно від анатомічного розміщення точки акупунктури поділяють на: корпоральні, дистальні, аурикулярні, краніальні, лицеві, оральні, ендоназальні. Точки акупунктури скальпа, кисті, стопи, вуха, райдужної оболонки ока, системи назальних та оральних точок відносять до мікроакупунктурних систем.

Види акупунктури.

Залежно від виду фізичного впливу на точки акупунктури (ТА) існують різні види акупунктури (АП):

- механопунктура (механічний вплив без порушення чи з порушенням цілості шкіри в зонах АП, до цього ж методу відноситься масаж – акупресура);
- термопунктура (вплив на терморецептори і вегетативні рецептори судин, неспецифічний опіковий вплив, наприклад, припалювання полинними сигарами);

- кріопунктура (охолодження та заморожування точок в зонах АП);
- електропунктура (вплив електричним струмом на шкіру та підлеглі тканини в зонах АП);

- магнітопунктура (вплив магнітним полем);
- лазеропунктура (вплив лазерним випромінюванням);
- сонопунктура (вплив ультразвуковими коливаннями);
- фармапунктура (введення фармакологічних засобів шляхом ін'єкції, електро- чи фонофореза).

Основні показання до призначення акупунктури:

- больові синдроми різної етіології;
- захворювання периферійної нервової системи;
- алергічні (бронхіальна астма, вазомоторний риніт та ін.), нейроалергічні (нейродерміт, псоріаз та ін.) захворювання;
- захворювання вегетативної нервової системи (з судинними, трофічними та секреторними порушеннями);
- неврози, невротичні стани;
- порушення сексуальної сфери.

Основні протипоказання до призначення акупунктури:

- злоякісні захворювання;
- стан гострого психічного збудження;
- гострі стадії інфекційних захворювань;
- наявність штучного водія ритму (за Е.Л. Мачерет, А.О. Коркушко, 1993).

Фітотерапія

Фітотерапія – використання лікарських рослин з лікувальною та профілактичною метою. Лікарські рослини містять біологічно активні речовини, які можуть бути використані з лікувальною метою.

Одним з найважливіших ресурсів на Землі є рослинний світ, який нараховує біля 500 тисяч видів. В процесі життєдіяльності в рослинах утворюється велика кількість найрізноманітніших речовин, багато з яких використовується людиною з тою чи іншою метою: як основні чи додаткові харчові продукти (білки, жири, вуглеводи, пряні та ароматичні речовини тощо), барвники, дубильні речовини, джерела деревини, волокон, корка, каучуку, смол, пахучих речовин тощо.

З природи людина з давніх-давен бере ще і різноманітні ліки. Цінні властивості лікарських рослин були відомі давно. Тепер у практичній науковій медицині застосовується близько 150 видів офіційно визнаних лікарських рослин з вираженою цілющою дією, а народна медицина знає їх незрівнянно більше.

Лікувальні властивості рослин зумовлені наявністю в них різних за своїм складом і будовою біологічно активних речовин та хімічних сполук. Найважливішими з яких є: алкалоїди, глікозиди серцевої дії, сапоніни, флавоноїди, хромони, терпени, органічні кислоти, дубильні речовини, ефірні масла, мікроелементи, рослинні гормони, жирні масла, смоли, вітаміни, фітонциди тощо.

Залежно від хімічної природи діючого чинника біологічно активні речовини, які введені в організм людини (чи тварини) часто навіть в невеликих кількостях викликають зміни фізіологічних функцій: збуджують, тонізують, вгамовують біль, послаблюють, закріплюють функцію кишечника, загоюють рани, діють кровоспинно, протимікробно, сприяють відходженню харкотиння тощо. Інші речовини (отруйні) можуть викликати тяжкі порушення життєвих функцій і навіть смерть. Окремі отруйні речовини при введенні в організм в суворо дозованих кількостях (дозах), звичайно дуже невеликих, можуть мати лікувальний ефект, що нерідко використовується в гомеопатії.

Речовини, добуті з лікарських речовин, мають певні переваги перед тими, що створені в хімічних лабораторіях. Головною суттєвою перевагою є те, що рослинні речовини утворюються в живій клітині і вони певною

мірою, близькі до життєвих процесів клітин тварини та людини. Крім цього, комплекс сполук рослини має більш різнобічну дію, ніж окремі екстраговані компоненти чи хімічно створені препарати.

Лікарські рослини призначають хворим строго дозовано, залежно від характеру захворювання, віку, індивідуальної чутливості, широти терапевтичної дії лікарських рослин. Підбір рослин для хворого проводять індивідуально. При цьому необхідно пам'ятати про основні положення фітотерапії:

- до складу лікарських препаратів повинні входити препарати симптоматичної, загальнозміцнювальної, дезінтоксикаційної дії;
- суміші трав необхідно міняти через 2-4 тижні, щоб не було звикання;
- лікування травами не завжди дає лікувальний ефект;
- фітотерапія дає кращий терапевтичний ефект при хронічних захворюваннях;
- настій з трав необхідно готувати щоденно;
- фітотерапія може використовуватися як самостійний метод лікування в комплексному лікуванні, застосовуватися в період видужання хворого, як метод профілактики захворювань чи їх рецидивів.

Лікарські рослини застосовують як внутрішньо, так і зовнішньо.

Внутрішньо лікарські рослини вводять у вигляді: вичавленого соку, відварів, витяжок (настоїв) (з коренів, кори, насіння, плодів, квітів – за допомогою води, вина, горілки, спирту), порошку з висушених частин рослини.

Зовнішньо лікарські рослини використовують у вигляді: ванн, клізм, обгортань простирадлом, змоченим у відварі лікарських рослин, примочок, компресів, прикладань частин рослини до хворих місць тощо.

Зелені рослини не тільки годують, одягають, лікують нас, наповнюють легені киснем, вони ще й створюють те екологічне середовище, без якого немислиме наше нормальне повноцінне життя. Етично-духовне значення зеленого світу важко переоцінити.

Гомеопатична терапія

Гомеопатична терапія (гомеопатія) – система лікування, що базується на застосуванні малих доз речовини, яка спричиняє у великих дозах у здорових людей явища, схожі з ознаками тієї хвороби, яка підлягає лікуванню. Головне в цій терапії – принцип подібності. Використання малих доз – обставина, яка диктується сутністю самого принципу. Без цього принципу гомеопатія як метод лікування не існує.

Гомеопатичне лікування призначає лікар. Він повинен якнайточніше виявити подібність між станом пацієнта і лікувальними властивостями гомеопатичних препаратів. Чим більша подібність, тим кращий і надійніший ефект лікування.

Правила гомеопатії:

- використовувати принцип подібності;
- оцінювати стан пацієнта в широкому аспекті з урахуванням його спадковості, типу конституції (постава, харчування, манера поведінки, тургор тканин, колір волосся, очей, шкіри тощо), адаптаційних можливостей щодо довкілля;
- стежити за реакцією організму на призначене лікування і відповідно проводити тактику лікування;
- вміти знайти основну ланку в патогенезі не тільки для лікування основного захворювання, але і для профілактичної корекції здоров'я пацієнта в цілому.

Гомеопатичну терапію можна поєднувати з іншими видами лікування, але в кожному випадку це питання необхідно вирішувати індивідуально, особливо призначаючи медикаментозне негомеопатичне лікування. Поєднання немедикаментозних засобів лікування з гомеопатією – більш перспективний метод, він нерідко супроводжується потенціюючим і пролонгуючим ефектом. Таке поєднання може бути або паралельним з самого початку, або послідовним. Причому, починають з немедикаментозних засобів і посилюють досягнуті результати призначенням гомеопатичних. Це залежить від характеру захворювання, його гостроти, досвіду лікаря.

Ароматерапія

Ароматерапія – використання ефірних і рослинних масел з лікувальною метою. Ефірні масла – група речовин, які містяться в рослинних тканинах і здатні переганятися водяним паром. Ефірні масла – це складні багатокомпонентні суміші пахучих і різноманітних за структурою органічних речовин. Ефірні масла – це ліки, створені самою природою. На сьогодні вивчено більше 3000 ефіромасляних рослин. Ні один з штучно створених лікарських препаратів не може порівнятися з ефірними маслами такою різноманітністю складу, широким спектром дії, відсутністю побічних явищ.

Основних запахів, як і кольорів веселки, музичних нот, днів тижня, також сім: квітковий, мускатний, м'ятний, ефірний, камфорний, гострий, гнильний.

Фітоорганічні сполуки рослин є біологічно активними і з їх допомогою можна досягнути різних лікувальних впливів на організм. Деякі з цих сполук за хімічною структурою, біологічною та фармацевтичною дією мають значну схожість з багатьма важливими регуляторними посередниками організму, наприклад, попередниками стероїдних гормонів – простагландинами тощо.

В класичній ароматерапії ефірні масла вводяться в організм двома шляхами:

- через шкіру (масаж, бальнеотерапія, компрес);
- через легені (інгаляції, вдихання – аерофітотерапія).

Свій вплив на організм людини летучі фітоорганічні сполуки здійснюють нервово-рефлекторним та гуморальним шляхами (рис. 6).

Спектр біологічної активності ароматичних засобів:

- антибактеріальна дія;
- вплив на центральну нервову систему;
- вплив на серцево-судинну систему;
- вплив на обмінні процеси та імунітет;
- вплив на дихальну систему;
- вплив на травну систему.

Ефірні масла мають радіопротекторну дію. В експерименті виявлено радіозахисний ефект ефірних масел монарди, лаванди, евкалипта. Зазначені ефірні масла сприяли також значному зниженню післяпроменевого бактеріального ускладнення.

Ароматерапія може використовуватися як самостійний засіб, в комплексі з іншими немедикаментозними засобами (фізіотерапія, психотерапія, музикотерапія тощо), медикаментозними методами на стаціонарному етапі лікування, а також санаторному і амбулаторному етапах реабілітації різних захворювань, в першу чергу, в період початкових змін. Даний метод доцільно включати також в курс протирецидивного лікування.



Рис. 6. Механізм впливу ароматотерапевтичних засобів на організм людини (В.Ф. Лапшин, 2000).

Важливо пам'ятати, що малі дози ароматичних речовин є стимуляторами, великі – інгібіторами життєво важливих процесів в організмі. Таким чином, ароматерапія має значну терапевтичну дію, її ефективність залежить від правильного призначення.

В окремих випадках може зустрічатись непереносимість тих чи інших ароматичних речовин. Тому перед використанням доцільно провести пробу запаху, піднісши масло до носа пацієнта. Якщо запах приємний, необхідно нанести один мазок масла на шкіру і протягом 10-15 хв контролювати самопочуття хворого.

Психологічна реабілітація

Загальні та спеціальні психотерапевтичні заходи

У час соціально-економічної нестабільності, погіршення стану екології, розширення масштабу техногенних катастроф підвищується кількість нервово-психічних захворювань, збільшується питома вага порушень нервово-психічного стану у розвитку і перебігу соматичних хвороб. Тому на сьогодні важливу роль в лікуванні названих захворювань відводять психотерапії.

Психотерапія – це метод лікувального впливу лікаря на психіку хворого за допомогою слова через другу сигнальну систему для терапії нервово-психічних та соматичних хвороб.

Психотерапія проводиться залежно від характеру захворювання, віку пацієнта, типу вищої нервової діяльності хворого, індивідуальних особливостей характеру, темпераменту, особливостей медичного закладу, де проводиться лікування (стаціонар, поліклініка, санаторій, в домашніх умовах), типу психологічної реакції особистості на хворобу.

Диференційована психотерапія призводить до активації збережених і скорегованих рис особистості, змін установок, відношення до хвороби, переорієнтації та відновлення соціальних контактів.

При оцінці типів психологічної реакції особистості на хворобу виділяють нормальні (адекватні) та патологічні (невротичні) психологічні реакції. Розрізняють три типи адекватної реакції (нормальна, середня і підвищена) і п'ять типів патологічної реакції (кардіофобічний, депресивний, іпохондричний, істеричний, аназогнозичний (заперечення хвороби)).

Психотерапія поділяється на загальну та локальну (спеціальну) психотерапію.

Загальна психотерапія – весь комплекс психічної дії на хворого з будь-якими захворюваннями, який спрямований на підвищення його сил для боротьби з хворобою, на створення охоронного відновного режиму, що виключає психічне травмування і ятрогенію.

Всі спеціальні методи психотерапії можна умовно поділити на 3 види терапії:

1. Раціональну психотерапію.
2. Сугестивну психотерапію.
3. Аналітичну психотерапію.

Використовують і інші методи: психофізичне тренування, колективну психотерапію та ін.

Раціональна психотерапія – логічно обґрунтована або роз’яснювальна психотерапія, яка проводиться лікарем в активному стані кори головного мозку.

Сугестивна психотерапія – спосіб психічного впливу лікаря на хворого з допомогою мовного навіювання. Навіювання – певна схильність до підкорення і зміни поведінки не на основі розуміння, логічних доказів чи мотивів, а по одній лише вимозі, яка виходить від людини, яка наказує. Це цілком нормальна властивість людської особистості, яка у різних людей виявлена по-різному.

Поняття сугестивної психотерапії включає в себе навіювання:

- а) що проводиться в стані бадьорості (неспанья);
- б) навіювання в стані гіпнотичного сну.

Аналітична психотерапія – проведення хворим під контролем лікаря психоаналізу свого стану та дій.

Психотерапія широко використовується для лікування як психічних, так і соматичних захворювань.

Ефективна психотерапевтична реабілітація може бути досягнута при використанні за спеціальними показаннями наступних психотерапевтичних заходів:

- створення психотерапевтичного клімату реабілітаційної спрямованості в реабілітаційному закладі серед хворих, медичного та обслуговуючого персоналу, працівників лікувально-трудова майстерень, в сім’ї тощо;
- розроблення індивідуальної, орієнтованої на особистість “малої” психотерапії, яка являє собою комплекс впливу спеціально навченого медичного персоналу на особистість хворого з метою мобілізації його компенсаторних можливостей для боротьби із захворюванням;
- застосування групової психотерапії, яка може використовуватися у всіх її формах, найчастіше – дискусійній;
- надання психотерапевтичної спрямованості усім заходам медичної реабілітації з метою створення позитивної домінанти на кожний вид лікування (метод психотерапевтичного потенціювання);
- використання раціональних психотерапевтичних заходів (групових, індивідуальних) при проведенні побутової, професійної, соціальної реабілітації;
- проведення психофізичного тренування – методу самовпливу на організм за допомогою: зміни м’язового тонусу, регуляції дихання, образного уявлення нормального функціонування органів, мовного підкріплення дій з метою нормалізації психофізичного потенціалу і адекватної реакції на подразники;

- заняття психогімнастикою з використанням ритміки, пантоміми, танців;
- залучення хворих до бібліотерапії з використанням спеціально підготовленої літератури, альбомів, які відображають конкретні досягнення в реабілітації окремих пацієнтів в даному лікувальному закладі;
- проведення культотерапевтичних заходів у вигляді колективних переглядів кінофільмів, спектаклів, літературних диспутів за спеціально підбраною тематикою з наступним обговоренням і за активної участі хворих в їх підготовці;
- організації клубів “колишніх пацієнтів” з проведенням різних форм групової психотерапії і психокорекції (раціональна психотерапія, культотерапія, музико-, вокалотерапія, автогенне тренування, корекція міжособистісних стосунків, взаємодопомога і взаємовплив тощо) з використанням гурткової системи роботи, застосуванням самоуправління для формування реабілітаційної перспективи, відновлення і збереження особистого та соціального статусу;
- залучення хворих до спортивних заходів (тренувань в реабілітаційному закладі, спортивному клубі, участі в змаганнях місцевого, обласного, державного та міжнародного рівнів) з адаптованих видів спорту.

Біоетика

На психологічний стан хворого значний вплив має навколишнє середовище. Біоетика – наука, яка вивчає принципи, засоби, методи, результати спілкування людей між собою, з навколишньою природою, рослинним, тваринним світом. Людина повинна жити в гармонії з оточуючим середовищем.

Особливий вплив на хворого мають люди, які його оточують. Їх поділяють на чотири основні групи:

- медичний персонал та інші співробітники лікувального закладу;
- близькі родичі;
- співробітники з виробничої діяльності хворого;
- інші хворі.

Медичний персонал відіграє особливо важливу роль в процесі психологічної реабілітації хворого. Це щоденна робота з хворим, яка вимагає багато часу для зміцнення впевненості хворого у власних силах і створення установки на подальшу фізичну активацію та повернення до трудової діяльності, вироблення та зміцнення нової лінії поведінки відповідно до рівня функціональних можливостей хворого. Завдання медичних працівників – вироблення разом з хворим оптимального вирішення всіх проблем, які виникли в результаті захворювання та психологічного настрою пацієнта.

Лікар та медична сестра повинні дбати про психоемоційний стан хворого з моменту першої зустрічі з ним, пам’ятаючи про медичну етику та медичну деонтологію. При проявах злості та агресивності, які зазвичай

направлені на обслуговуючий персонал, необхідно зберігати спокій, бути терпеливим і намагатися не реагувати на подібну поведінку хворих. Важливий психологічний вплив на хворого має манера поведінки лікаря та медичної сестри, їх комунікабельність, зовнішній вигляд, володіння практичними навичками.

Співробітники, весь персонал лікувального закладу (реєстратори, санітарки, працівники харчоблоку, медичні сестри фізіотерапевтичного кабінету, кабінету лікувальної фізкультури, працетерапії, механотерапії, функціональної діагностики, масажисти, лаборанти) відіграють важливу роль в підтриманні відповідного психоемоційного стану реабілітованого. Вони повинні працювати як єдиний механізм, основна мета якого – якнайшвидша і якнайефективніша реабілітація хворого і повернення його до повноцінної праці.

Необхідно пам'ятати, що інформація про стан здоров'я, прогноз здоров'я хворого належать до конфіденційної інформації (не для широкого кола). Існує правова відповідальність за розголошення лікарської таємниці не тільки лікарів, медичних сестер, але і санітарок, бухгалтерів та всіх інших співробітників лікувального закладу. Якщо повна інформація може зашкодити здоров'ю хворого, його обмежують від неї та інформують членів сім'ї.

Близькі родичі за оцінкою стану хворого поділяються на тих, що:

- мають почуття страху за стан хворого, що призводить до надмірної опіки над ним;
- адекватно оцінюють стан хворого, що зумовлює розумне відношення до хворого;
- повністю заперечують захворювання або його тяжкість, наполягаючи на неправомірно швидкому розширенню фізичної та професійної активності.

Завдання медичного персоналу, причетного до реабілітації хворого – проводити з родичами сімейну психотерапію, навчаючи їх розумінню стану здоров'я родича та адекватному ставленню до нього, створенню сприятливого психоемоційного стану в сім'ї та родині.

Співробітники з виробничої діяльності хворого також мають великий вплив на психоемоційний стан хворого. Часті відвідування хворого, інформація про позитивні явища в діяльності колективу, де працює хворий, моральна та матеріальна підтримка сприятимуть підвищенню активності хворого, виникненню бажання якнайшвидшого повернення в колектив.

Вплив інших хворих на психоемоційний стан може бути двояким: і позитивним, і негативним. Лікуючий лікар разом з медичною сестрою повинні постійно контролювати стосунки між хворими, їх взаємний вплив і при необхідності корегувати психоемоційний стан. Позитивний психоемоційний вплив має розміщення нового хворого в палату, де є видужуючі хворі з аналогічною патологією.

Важливе значення в психоемоційному стані хворого можуть відіграти групи взаємодопомоги.

Групи взаємодопомоги. Природною і найбільш поширеною формою взаємодопомоги, підтримки для людини є подружжя, родина. Можуть бути і інші групи взаємодопомоги: релігійні групи, групи, які об'єднують хворих за нозологічними формами (на цукровий діабет, дитячий церебральний параліч, з пониженим зором, пониженим слухом, алкоголіків тощо), групи людей, які допомагають старшим, немічним, самотнім та ін.

Реабілітаційна підтримка груп взаємодопомоги хворих людей дає величезну користь, бо роблять можливим:

- емоційну і суспільну підтримку та розуміння;
- доброзичливе прийняття проблеми;
- опанування неприємностями, пов'язаними з хворобою;
- розширення знань про спільну проблему і отримання допомоги в кращому її розумінні;
- поява можливостей самостійно розв'язувати проблему;
- спілкування та взаємодія з особами з тією ж самою проблемою, психосоціальною заміною того, що було втрачено;
- створення нової системи стосунків і нового способу життя.

Обов'язковим правилом в групі взаємодопомоги є рівність і тому всі її члени мають однакові права. Участь у групі цілковито добровільна, кожен з учасників вирішує тільки за себе, натомість група відповідає виключно за власні рішення. Кожний, хто бере участь у групі, робить це з огляду на свої власні проблеми і одночасно відчуває себе в ній безпечно.

Такі групи можуть бути створені:

- при амбулаторних пунктах відновного лікування;
- при стаціонарах відновного лікування;
- при різних навчальних закладах, за місцем роботи, проживання;
- як самодіяльні групи, які мають юридичне право, зареєстрований статут, управління, клубні секції.

Клубні секції створюють можливість своїм членам проявити різні форми активності, взяти участь в навчально-інформаційних заняттях, груповій терапії, терапії в родинних групах, музикотерапії, секціях образотворчого мистецтва, заняттях в спортивних секціях, отримати допомогу в пошуках праці, отриманні юридичної консультації. Клубні секції дають можливість підготуватися до участі у різних конкурсах (наприклад, дуже поширений у нашій державі – “Повір у себе”), спортивних змаганнях, навіть – Параолімпійських іграх.

В клубних секціях родичі хворих навчаються основам догляду за хворим.

Навколишнє природне середовище (довкілля) відіграє важливе значення в первинній, вторинній профілактиці захворювань та їх лікуванні.

Якщо на стаціонарному етапі лікування для хворого важливе значення має оснащення та естетичний вигляд приміщення, в якому він перебуває, то під час курортного лікування це є рослинний світ (краса, різно-

манітність, запахи), спів птахів, шум дерев, моря, дзюрчання річок, яскраві пляжі, пейзажі. Все це створює сприятливий психічний фон, що значно підвищує ефективність лікувальних процедур.

Ще Гіппократ звернув увагу на цілющу силу окремих дерев та камення. Вже здавна люди помітили, якщо постояти під кроною дуба, а ще краще – притиснутися до його стовбура тілом, то швидко відновлюється працездатність, покращується емоційний стан.

Вплив контактів людини з тваринним світом на здоров'я вивчений ще зовсім недостатньо. В наш час є наукові дослідження про позитивний вплив на стан здоров'я катання верхи на конях – іпотерапія. Особливо вчені рекомендують її дітям з розладами функції опорно-рухового апарату і в першу чергу, при дитячому церебральному паралічі.

Широко використовується лікування з допомогою дельфінів. Вчені Кримського дельфінарію вказують на те, що у них лікуються хворі більше, ніж з 100 захворюваннями. Особливо успішно лікуються пацієнти із захворюваннями нервової системи.

Музикотерапія, танцювально-рухова терапія

Музикотерапія. Все у світі підпорядковане законам гармонії, пропорції, рівноваги. Музика підлягає всім цим законам. З усіх видів мистецтва музика найбільше впливає на настрій людини, функціональну активність і працездатність, весь її духовний світ. Тому музика здавна застосовується в медицині.

Використання музики з лікувальною метою (музикотерапія) має і тисячолітню історію, але до цього часу вона ще не виділилась в окрему науку (хоча має і свій предмет, і свої методи).

Дія музики на людину використовувалась з давніх-давен у багатьох народів для боротьби з недугою. Вони інтуїтивно вгадували в ній велику оздоровчу силу, не вмючи обґрунтувати. Існують дані, що в стародавній Індії співи включались в лікування хворих. Існували так звані медичні пісні, які, на думку деяких авторів, співали для того, щоб показати впевненість лікаря в силі свого мистецтва і таким чином виробити у хворого повну довіру до лікаря.

Яким же чином визначають конкретну дію, яку може справити на почуття і настрої людини той чи інший музичний твір? Найбільш загальну інформацію в цьому відношенні дають збережені віками музичні терміни: мажор – радісно, мінор – сумно, апасіонато – пристрасно, дольче – ніжно, стаккато – уривчасто, форте – голосно, піано – тихо та ін. Виділяють групову та індивідуальну музикотерапію.

В.М. Бехтерев в своїх працях достатньо чітко аналізував вплив музики на фізичний стан організму. Він активно пропагував музику, як засіб боротьби з перевтомою, спираючись на ряд факторів, коли люди знімали перевтому виключно завдяки музиці.

Якщо в період пробудження від сну чути ніжні звуки музики, це за спостереженнями В.М. Бехтерева, забезпечувало надовго хороший настрій. Звичайно, цю обставину враховують робітники санаторіїв та будинків відпочинку, встановлюючи так звані музичні побудки. Великому невропатологу, психіатру, психологу належить багато цінних методичних порад щодо використання музики з лікувально-профілактичною метою. Для виведення людини з того чи іншого настрою він рекомендував дати спочатку послухати мелодії, що відповідають цьому настрою, потім поступово змінювати характер музики відповідно до бажаної зміни в настрої. На основі власних досліджень вчений стверджував, що найбільш сильний і яскраво виражений ефект дає одноманітна за своїм характером музика. З лікувальною метою недоцільно використовувати великі твори.

Фізіологічні дослідження виявили вплив музики на різні системи людини. Була досліджена дія музичних подразників на пульс, дихання залежно від висоти, сили звука, тембру. Великий фізіологічний вплив на кардіоваскулярну систему мали мажорні тональності, дисонанси, низькі тони.

Загальні результати досліджень впливу музики на серцево-судинну систему: музика, яка приносить радість, створює чудовий настрій, викликає сповільнення та посилення скорочень серця, зниження артеріального тиску, розширення кровоносних судин, а при подразнювальному характері музики – серцебиття частішають і стають слабкішими.

Впливаючи на психоемоційний стан людини, музика приводить до певних гормональних і біохімічних змін в організмі, змінює інтенсивність обмінних процесів. Позитивні емоції, які виникають при звучанні приємних мелодій, стимулюють інтелектуальну діяльність.

Музика має вплив на холестериновий обмін. Спокійна музика сприяє переключенню діяльності вегетативної нервової системи в напрямку підвищення тонусу її парасимпатичної ланки, збуджуюча – симпатичної.

На сьогодні накопичений великий практичний досвід та проводяться наукові дослідження щодо позитивного впливу музики на енергоутворювальну здатність організму і як підтримуючого життєдіяльності фактора у хворих в коматозному стані.

При прослуховуванні музики виникає уява ритмічних скорочень м'язів рук, ніг, тулуба. Темпоритмічна організація музики дозволяє їй підкорити собі ритм внутрішніх фізіологічних процесів – частоту дихання, рухів при ходьбі, трудових операціях.

В комплексній терапії хворих на невротичні і психічні хвороби музикотерапія може бути використана в різних формах: комунікативній, реактивній, регулюючій. Мета комунікативної – поліпшення контакту з лікарем. Реактивна форма направлена на оздоровчий ефект, інтенсифікацію мовної терапії. Регулювальна форма допомагає зняти нервово-психічну напругу.

Оздоровча дія музики використовується при хірургічних втручаннях. В операційних музика почала звучати на початку ХХ століття. Хворі напередодні замовляли за списком музику, яка б могла їх приємно відволікти по ходу оперативного втручання. Якщо операція проводиться під загальним наркозом, то музика забезпечує більш спокійний перебіг першої стадії наркозу – стадії збудження. Якщо операція проводиться під місцевим наркозом, музика звучить і під час самого хірургічного втручання.

Останнім часом розроблені типові музично-терапевтичні програми для лікування певних захворювань. З успіхом використовуються програми для хворих на гіпертонічну хворобу, стенокардію, бронхіальну астму, під час пологів, для вагітних, у психоневрологічних клініках.

Для тонізуючого впливу музики на організм краще використовувати радісні, пристрасні, уривчасті, голосні твори. Для заспокійливого: ніжні, тихі, більш довготривалі твори. Для тонізуючого впливу на людей старшого покоління ефективним є використання музичних творів, особливо пісень, які вони слухали чи співали в молодості. Це сприяє поверненню їх спогадів у молодість, яка завжди щаслива і красива.

В китайській оздоровчій системі Джун Юань цигун існують спеціальні музичні композиції, які спрямовані на регуляцію діяльності окремих систем та органів.

Вокалотерапія. Існує групова та індивідуальна вокалотерапія (співання) – ефективний метод активної музикотерапії. Перевагою останнього є поєднання музики з тілесною сферою: функціями гортані, шийної мускулатури легень, діафрагми. Під час співу вібрація певної частоти і тривалості поширюється і по всьому тілу. Для кожної народності характерні свої мелодії національних пісень, свій спів під час молитви.

Танцетерапія – ефективний метод лікування, який поєднує в собі позитивний вплив музикотерапії і м'язової активності в певному ритмі, характерними для почуття музики рухами.

Музика має здатність захоплювати своїм ритмічним строем. Як тільки озвалися перші звуки танцювальної музики, напевно, не знайдеться жодної людини, яка б залишилася байдужою до танцю. Всі усміхнулися, один стоїть хитає в такт головою, інший поводить плечима, тупає ногою, переступає з ноги на ногу в такт музики. В цьому магічна сила музики: стимулювати активну м'язову діяльність.

Властивість музики активно стимулювати і регулювати рухи нашого тіла робить її незамінним помічником в танцетерапії, лікувальній ритміці, в лікувальній фізичній культурі.

Танці – організована форма ігор. Молодь, як правило, вважає танець за найкращу, найрадіснішу забаву, любить його. Молоді імпонують як народні, так і сучасні танці в повільному, швидкому, надзвичайно швидкому ритмі. Людина старшого віку під час танцю поринає в спогади про свою щасливу і радісну молодість. Цій категорії людей більше підходять кла-

сичні повільні танці, однак вони не проти приєднатися до швидких народних танців разом з більш молодими. Це супроводжується вираженими позитивними емоціями.

Танцетерапія застосовується в реабілітаційних центрах, санаторіях, поліклінічних умовах, у спеціальних медичних групах навчальних закладів для вдосконалення координації рухів, фізичних якостей, професійних навичок, тренування організму, підвищення загальної працездатності на фоні виражених позитивних емоцій. Лише необхідно пам'ятати, що під час виражених позитивних емоцій дещо втрачається самоконтроль за рівнем фізичного навантаження. Тому медичний персонал повинен постійно контролювати рівень фізичного навантаження під час занять танцетерапією та вимагати від хворого чітко дотримуватися підбраного для нього дозування танцетерапії під час самостійних занять.

Використання музики при проведенні масажу, фізіотерапевтичних процедур підсилює їх лікувальний, профілактичний, загальнозміцнювальний, психотерапевтичний вплив.

2.2.Профілактиказахворювань

В програмі “Здоров’я нації на 2002-2011 роки”, яку затвердив Кабінет Міністрів України, профілактику захворювань визначено як магістральний напрямок у формуванні здоров’я населення.

Профілактика – система комплексних державних і суспільних національно-економічних та медико-санітарних заходів, спрямованих на попередження виникнення захворювань і на всебічне зміцнення здоров’я населення. Це суспільна профілактика.

Індивідуальна профілактика – раціональний режим і гігієнічна поведінка особистості в побуті і на виробництві.

До профілактичних засобів відносяться як суто профілактичні (первинні), так і потенційно-профілактичні (вторинні) заходи. Виходячи з цього, профілактику поділяють на первинну і вторинну.

Заходи первинної профілактики спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, довкілля з метою попередження виникнення захворювань та травм. До них належать:

- медико-гігієнічне навчання та виховання населення;
- диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику;
- санітарно-протиепідемічні та санітарно-технічні заходи, спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, стану довкілля тощо.

Заходи вторинної профілактики спрямовані на попередження у хворих ускладнень, поліпшення здоров’я у разі його погіршення, підтримання максимально можливого рівня працездатності, попередження інвалід-

ності, попередження поширення інфекційних захворювань. До них належать:

- медико-гігієнічне навчання хворих та їх родичів;
- диспансерне спостереження за хворими, використання засобів медико-соціальної реабілітації для попередження ускладнень захворювання, виникнення його рецидивів, максимально можливого відновлення і підтримання працездатності;
- санітарно-технічні заходи, які спрямовані на забезпечення необхідних умов праці, побуту, стану довкілля;
- санітарно-протиепідемічні заходи, які спрямовані на своєчасне виявлення інфекційних захворювань, повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію, організація ізоляції хворих, спостереження за контактними та одужуючими.

Медико-гігієнічне навчання та виховання населення. Формування здорового способу життя

“У нашому розпорядженні дев’ять лікарів, які завжди готові допомогти у створенні прекрасного здоров’я. Вони гарантують стовідсотковий успіх. Вони ніколи не приносять шкоди пацієнту, хоч пацієнт, не розуміючи користі, часто ігнорує їх. Вони завжди готові допомогти нам. Це сонячне світло, свіже повітря, чиста вода, природне харчування, голодування, фізичні вправи, відпочинок, хороша постава, розум”.

(Поль Брегг, 1991)

Важливим засобом медико-соціальної реабілітації є **медико-гігієнічне навчання та виховання населення**. Його завдання:

- формування свідомого ставлення громадян до здоров’я як найвищої людської цінності;
- формування здорового способу життя: збереження та зміцнення здоров’я;
- первинна та вторинна профілактика захворювань;
- збереження працездатності, досягнення активного довголіття.

Дослідження ВООЗ показали, що здоров’я людини залежить:

- на 10 % від рівня охорони здоров’я: лікувально-профілактичних та санітарно-протиепідемічних заходів (профілактика виникнення та поширення інфекційних захворювань, регулярні обстеження жінок, флюорографічні та інші профілактичні обстеження для ранньої діагностики захворювань, якість надання медичної допомоги тощо);
- на 20 % – від біологічних факторів (віку, статі, спадковості, конституції тощо);

– на 20 % – від стану довкілля, в якому живе людина (стану повітря, води, продуктів харчування, рівня радіації та інших факторів, які забезпечують здорове та комфортне існування);

– на 50 % – від способу, умов життя та праці.

Таким чином, рівень здоров'я населення визначається не стільки кількістю лікарів та лікарняних ліжок, скільки способом його життя. За результатами досліджень, проведених в Каліфорнії (в 90-х роках ХХ століття) прийшли до висновку, що значно покращити рівень здоров'я можна за умови виконання основних, досить простих рекомендацій: щоденний 7-8-годинний сон, збалансоване (відносно здоров'я, статі, віку, способу життя) регулярне, без переїдання харчування, підтримання нормальної маси тіла, щоденні фізичні вправи, утримання від надмірного вживання алкогольних напоїв, повне утримання від куріння.

Здоровий спосіб життя – раціональний режим і гігієнічна поведінка людини в побуті, під час навчання, на виробництві.

Формування здорового способу життя – важливе завдання держави, суспільства, різних відомств і служб, громадських організацій. В реалізації програм здорового способу життя беруть участь заклади охорони здоров'я, а також – виховні та освітні заклади, спортивно-оздоровчі організації, засоби масової інформації. Проводяться вони і за місцем роботи та проживання громадян. Основні напрямки їх діяльності спрямовані на формування свідомого ставлення громадян до здоров'я, поліпшення якості життя, профілактику та подолання тютюнокуріння, наркоманії, токсикоманії, алкоголізму; розвиток фізичної культури; організацію дозвілля, статеве виховання; поліпшення стану психічного здоров'я населення.

Особливо важливу роль в цій діяльності повинні відігравати дільничні та сімейні лікарі і медичні сестри, які постійно контактують з хворим. Вони аналізують інформацію про рівень здоров'я пацієнта і надають інформацію щодо корекції способу життя.

Основний засіб формування здорового способу життя – медико-гігієнічне навчання та виховання населення. Вони, в першу чергу, повинні бути спрямовані на формування позитивної мотивації щодо дотримання здорового способу життя.

Медико-гігієнічне навчання повинно проводитись серед:

– здорових людей з метою профілактики захворювань та поліпшення якості життя;

– хворих людей, які вперше захворіли з метою прискорення видужання, відновлення попереднього стану здоров'я, попередження переходу захворювання в хронічну форму, підтримання працездатності;

– хворих на хронічні захворювання без постійної втрати працездатності з метою навчання способу життя при наявних захворюваннях, збереження здоров'я та працездатності, попередження рецидивів захворю-

вання, зменшення їх кількості та тяжкості перебігу, попередження виникнення інвалідності;

– хворих з постійною втратою працездатності – з метою сповільнення прогресування захворювання та досягнення його зворотного розвитку, адаптації інваліда до соціально-побутових умов життя, а у випадку часткового збереження працездатності – і до виробничих умов.

Форми медико-гігієнічного навчання: індивідуальна, малогрупова, групова, масова.

Методи медико-гігієнічного навчання: усний, друкований, наочний. Вони можуть використовуватися кожен зокрема, але краще – коли поєднуються між собою.

Засоби медико-гігієнічного навчання та виховання: спеціальні пам'ятки-рекомендації хворим; індивідуальні бесіди лікарів та медичних сестер; лекції та бесіди; кутки здоров'я, санітарні листівки, агітаційні плакати, схеми, діаграми, статті в періодичній пресі, випуск популярної літератури; освітні програми по радіо та на телебаченні, документальні кінофільми; школи здоров'я, цикл яких складається з 5-7 лекцій, які бажано супроводжувати спеціально підібраними кінофільмами, на яких може бути присутня велика кількість хворих і які створюють при лікувальних, навчальних закладах, на підприємствах.

Важливе значення мають об'єднання родичів та хворих з однаковими захворюваннями: з цукровим діабетом; ті, які перенесли оперативне втручання з приводу раку молочної залози; дітей, хворих на дитячий церебральний параліч та їх родичів; анонімних алкоголіків тощо. Об'єднання функціонують під контролем лікувально-профілактичних закладів. Особливо великий вплив мають: хворі з позитивними результатами медико-соціальної реабілітації та ті, що займають активну життєву позицію в цьому процесі; обмін досвідом між хворими; зустрічі з медичними працівниками; колективний відпочинок хворих.

Значного поширення набули просвітні програми, семінари, безкоштовні консультації, в тому числі анонімні, спрямовані на зменшення шкоди від наявного захворювання та вживання наркотиків (у останніх – в першу чергу для попередження зараження ВІЛ-інфекцією); університети здоров'я, які найчастіше використовують на післястаціонарному етапі реабілітації хворих.

Медико-гігієнічне навчання повинно проводитись на всіх етапах реабілітації і відповідати характеру захворювання та індивідуальним особливостям хворих. Особлива роль належить дільничним та сімейним лікарям, медичним сестрам.

Християнська етика. Важливе значення у вихованні населення, формуванні здорового способу життя та збереженні здоров'я має виховання в душі християнської моралі.

Основою моральної доктрини християнства є біблійні моральні установи, сформульовані ще у Старому Завіті у вигляді Закону або Заповідей

Божих, дотримання яких є для християн необхідною, елементарною вимогою моральної поведінки.

Згідно із Заповідями, центром людської моральності має стати побожність – праведне Богошанування та Богопоклоніння, що породжує цілу низку позитивних моральних якостей: віру в Бога, надію на нього, смирення, відсутність користолюбства та щедрість, шанобливість до оточуючих. В шести останніх Заповідях викладені моральні обов'язки людини щодо свого ближнього і себе самого: вшановувати батьків, вважати священним здоров'я та життя кожної людини, поважати святість шлюбного союзу, не зазіхати на власність свого ближнього, бути щирим та правдивим щодо нього. Відродження і прищеплення християнських чеснот у наших умовах має велике значення в підтриманні і збереженні здоров'я. Релігія вчить не порушувати закони, від яких залежить здоров'я і працездатність.

Порушуючи правила християнської моралі, людина, в першу чергу, руйнує саму себе, але, на жаль, розуміння цього приходить занадто пізно.

Медичні працівники повинні більш глибоко вивчати набуток та закони християнської моралі. Виховання в душі християнської моралі вчить медичного працівника виконувати Божу настанову – бути милосердним самарянином. Бути добрим, чуйним до інших – повинно стати елементарною вимогою моральної поведінки. Необхідно завжди пам'ятати головне правило практичної моралі: “Тож усе, чого тільки бажаєте, щоб чинили вам люди, те саме чиніть їм” (Мт 7-12).

2.3. Соціальна та професійна реабілітація

В Україні понад 2,6 мільйона інвалідів. Більшість з них потребує реабілітаційних заходів. Якщо врахувати зростання захворюваності на СНІД, туберкульоз, то стане зрозумілою важливість цієї проблеми для держави.

Вважають, що турбота про інвалідів належить до витратних статей. Однак, в країнах з розвинутою економікою ситуація кардинально інша. Наприклад, в США на один вкладений у справу реабілітації долар отримують тридцять п'ять доларів доходу. Одночасно відмітимо, що Україна втрачає шість мільярдів гривень через ігнорування реабілітаційних процесів лише однієї групи інвалідів – онкологічних.

Завдяки реабілітації людина адаптується до нових, пов'язаних з тією чи іншою патологією реалій, вчиться жити в цих умовах, заробляти гроші, змінюючи у разі необхідності професію і в кінцевому результаті сплачуючи державі податки, отже, збагачуючи її. Таким чином, вкладені в реабілітацію гроші повертаються значним прибутком. Реалізація цієї проблеми вимагає подальшого вдосконалення в державі системи соціальної та професійної реабілітації людей з особливими потребами.

Державні організації, причетні до медико-соціальної реабілітації

Відповідно до концепції ВООЗ в Україні розроблена програма “Здоров’я нації на 2002-2011 роки”. Загалом до виконання програми залучено понад 160 органів, організацій та установ, які репрезентують 28 міністерств та відомств, раду Міністрів АР Крим, обласні та міські держадміністрації, Національну та галузеві академії, наукові установи академічного та галузевого підпорядкування, вищі навчальні заклади, інші зацікавлені установи.

Головною метою програми визначено збереження здоров’я населення України, підвищення народжуваності, зменшення смертності, продовження активного довголіття і тривалості життя, поліпшення медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на охорону здоров’я. Програмою передбачено низку заходів, спрямованих на удосконалення лікування, диспансеризацію, оздоровлення та реабілітацію населення, постраждалого внаслідок чорнобильської катастрофи, розвиток медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

Соціальне страхування

Державне соціальне страхування громадян України здійснюється на підставі статті 46 Конституції України, основ законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування та базових законів по видах страхування.

В ст. 46 Конституції, прийнятої Верховною Радою України в 1996 році вказується, що “громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом”. Це право гарантується загальнообов’язковим соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створення мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними.

Основні види соціальної допомоги, які надаються із засобів соціального страхування і соціального забезпечення: допомога по тимчасовій непрацездатності, по вагітності і пологах, з приводу народження дитини, на поховання, на перекваліфікацію; пенсійне забезпечення з приводу старості, інвалідності, у випадку втрати годувальника, трудове влаштування інвалідів, професійно-технічне навчання інвалідів, утримання за рахунок держави в будинках-інтернатах одиноких престарілих та інвалідів, оснащення інвалідів мото- і велоколясками, автомобілями з ручним управлінням, призначення інвалідам путівок на курорти, в санаторії, будинки відпочинку, допомога багатодітним і одиноким матерям, соціальне обслуговування інвалідів війни та праці тощо.

Медичне страхування

Медичне страхування – це система організаційних та фінансових заходів, спрямованих на забезпечення діяльності страхової медицини.

Страхова медицина – це складна і надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, спрямована на поліпшення медичного забезпечення всіх застрахованих. Товаром є оплачувана конкурентноспроможна, гарантована, якісна і достатня за обсягом медична послуга, провокована ризиком для здоров'я. “Покупцем” її може бути держава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності), фізичні особи, які перебувають в умовах такого ризику.

Метою страхової медицини та медичного страхування є забезпечення громадянам соціальних гарантій і прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку, а також фінансування профілактичних заходів (Ю.В. Вороненко, О.П. Гульчій, В.В. Рудень, 2000).

Медичне страхування за формою поділяється на *обов'язкове та добровільне*.

Обов'язкове медичне страхування, як частина системи соціального страхування, є його основною формою в країнах з розвинутою ринковою економікою. Населенню, яке підлягає обов'язковому медичному страхуванню держава надає рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги незалежно від розмірів фактично внесених сум страхового внеску.

Добровільне медичне страхування розглядається як додаткове при наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійне. На відміну від обов'язкового, що фінансується за рахунок цільових податків, добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності, що регулюється законом. При добровільному медичному страхуванні в ролі застрахованої сторони можуть виступити юридичні і фізичні особи. Воно здійснюється на основі договору між страховальником і страховиком.

Обов'язки відділень Фонду соціального захисту інвалідів України

Фонд соціального захисту інвалідів України:

- здійснює виїзди на підприємства, бере участь у визначенні підприємством нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів;
- надсилає державній службі зайнятості та місцевим органам соціального захисту населення списки підприємств, яким установлено цей норматив;
- розглядає пропозиції підприємств щодо створення додаткових робочих місць (понад установлені нормативи) призначених для працевлаштування інвалідів; надає їм фінансову допомогу;

- здійснює контроль за створенням підприємствами робочих місць для працевлаштування інвалідів;
- веде облік призначених для працевлаштування інвалідів робочих місць;
- веде облік та сприяє працевлаштуванню інвалідів, які звернулися до Фонду з таким проханням;
- фінансує навчання інвалідів I-II груп в навчальних центрах служби зайнятості населення;
- фінансує створення малих підприємств для працевлаштування інвалідів;
- бере участь у створенні Центрів соціально-трудової реабілітації інвалідів;
- сприяє збереженню робочих місць на підприємствах, де інваліди виробляють різні види продукції, а також здійснюється професійна реабілітація їх (підприємства УТОС, УТОГ, підприємства організацій інвалідів).

Функції державної служби зайнятості щодо працевлаштування інвалідів

Державна служба зайнятості виконує наступні функції:

- створює банк даних з професіограм професій та видів робіт на підприємствах, веде облік робочих місць, на які можуть бути працевлаштовані інваліди;
- веде облік інвалідів, які самостійно звернулися за допомогою у працевлаштуванні, або направлені МСЕК та відділами соціального захисту населення;
- надає консультації з питань працевлаштування, умов та оплати праці, професійної підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки, можливостей навчання інвалідів;
- профорієнтаційні підрозділи служби зайнятості проводять профінформацію, поглиблену профконсультацію, профдобір або профвідбір, визначають професійну придатність особи з обмеженою працездатністю з урахуванням професійних інтересів, нахилів, здібностей, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи;
- за висновком профорієнтаційних підрозділів сприяє працевлаштуванню осіб з обмеженою працездатністю, направляє на професійне навчання непрацюючих інвалідів III групи за рахунок коштів державного Фонду сприяння зайнятості населення, а інвалідів I-II груп – за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів;
- розглядає та узгоджує з службою медико-соціальної експертизи перелік професій, з яких проводиться навчання інвалідів державною службою зайнятості;

- у разі відмови інваліду у працевлаштуванні направляє до Фонду соціального захисту інвалідів пропозиції про відрахування коштів за незайняте робоче місце інваліда;
- створює координаційну раду з питань професійної орієнтації населення, розробляє пропозиції щодо поліпшення її роботи;
- щоквартально подає місцевим органам соціального захисту інформацію про працевлаштування інвалідів.

Охорона праці

Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних засобів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини у процесі трудової діяльності. Закон України “Про охорону праці” від 21.XI.2002 року визначає основні положення реалізації конституційного права громадянина на охорону життя і здоров'я в процесі діяльності, регулює за допомогою відповідних державних органів стосунки між власником підприємства і працівником з питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища.

Державна політика в галузі охорони праці базується на *принципах*:

- пріоритету життя і здоров'я працівників, повної відповідальності роботодавця за створення належних безпечних і здорових умов праці;
- підвищення рівня промислової безпеки;
- комплексного розв'язання завдань охорони праці на основі загальнодержавної, галузевих, регіональних програм та з урахуванням інших напрямів економічної і соціальної політики, досягнень в галузі науки і техніки та охорони праці;
- соціального захисту працівників, повного відшкодування збитків особам, які потерпіли від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;
- встановлення єдиних вимог з охорони праці для всіх підприємств та суб'єктів підприємницької діяльності незалежно від форм власності та видів діяльності;
- адаптація трудових процесів до можливостей працівника з урахуванням його здоров'я та психологічного стану;
- використання економічних методів управління охороною праці, участі держави у фінансуванні заходів щодо охорони праці, залучення добровільних внесків та інших надходжень на такі цілі, отримання яких не суперечить законодавству;
- інформація населення, проведення навчання, професійної підготовки і підвищення кваліфікації працівників з охорони праці,
- забезпечення координованої діяльності органів державної влади, установ, організацій, об'єднань громадян, що розв'язують проблеми охорони здоров'я, гігієни та безпеки праці;

– використання світового досвіду організації роботи щодо поліпшення умов і підвищення безпеки праці на основі міжнародного співробітництва.

Громадські організації та програми, причетні до медико-соціальної реабілітації

Однією з найбільш гуманітарних громадських організацій в Україні є Товариство Червоного Хреста, члена Міжнародної Федерації Товариства Червоного Хреста та Червоного Півмісяця. Діяльність Товариства здійснюється на добровільних засадах. Мета – мобілізувати сили добра та гуманізму заради поліпшення становища найбільш незахищених груп населення, заради попередження та полегшення людських страждань під час стихійного лиха, аварій, катастроф.

Основне завдання Червоного Хреста – організація з надання медичної та соціально-побутової допомоги самотнім непрацездатним громадянам, подружнім парам похилого віку та інвалідам, що за станом здоров'я (згідно з медичним висновком) потребують сторонньої допомоги і не мають працездатних родичів, які за законом повинні їх утримувати.

Основна роль в наданні такої допомоги належить патронажним медичним сестрам, які отримують спеціальну підготовку в Товаристві Червоного Хреста. Вони надають медичну, соціально-психологічну, соціально-правову допомогу, спрямовану на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я.

Важливим напрямком в діяльності Товариства є готовність до надання допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях. З 1991 року діє “Комплексна Міжнародна Чорнобильська програма”. З 1999 року Товариство розпочало міжнародну програму “Червоний Хрест – проти туберкульозу та СНІДу”. Акція “Діти вулиці” спрямована на організацію та надання медико-соціальної та психологічної допомоги безпритульним дітям. Важливою є програма “Зменшення шкоди” для роботи серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Міжнародна діяльність Червоного Хреста України спрямована на залучення можливостей міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця на підтримку надзвичайних гуманітарних потреб України, які виходять за межі можливостей Національного товариства та надання посильної допомоги іншим країнам у випадку виникнення у них надзвичайних ситуацій.

Крім цього, в Україні створено багато інших громадських організацій: Український інститут екології людини, Тернопільський інститут інформаційних технологій для осіб з фізичними вадами, київська організація жінок, хворих на рак молочної залози “Амазонки”, київська громадська організація інвалідів “Доброчинність”, Діабетична асоціація, Асоціація батьків дітей, хворих на дитячий церебральний параліч та інші. Діяльність

благодійних програм “Милосердя”, “Біла квітка”, “Допоможемо дітям разом”, “Діти Чорнобиля за виживання”, “Спорт проти алкоголізму та наркоманії” та багато інших спрямована на поліпшення якості медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів.

Створені в Україні Центри соціальної реабілітації отримують матеріальну допомогу з різних благодійних фондів. Вони надають соціальну допомогу, створюють магазини для ветеранів, пенсіонерів, інвалідів за цінами виробника, майстерні з надання побутових послуг, ремонту та пошиття одягу і взуття. Активісти соціального руху, волонтери роблять благодійні внески, проводять благодійні концерти, виставки, зустрічні кошти від яких залучаються для матеріальної допомоги людям з обмеженими можливостями: адресні компенсаційні виплати, придбання ліків, слухових апаратів, колясок, створення звукових комп’ютерних програм для інвалідів по зору тощо.

3. Медична та соціальна реабілітація при окремих захворюваннях, її періоди, завдання, засоби, методи

3.1. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях та травмах нервової системи

Реабілітація хворих з травмами і захворюваннями центральної та периферійної нервової системи має надзвичайно важливе соціальне значення. Захворювання нерідко переходять у хронічну стадію, призводять до інвалідизації або піддаються вилікуванню тільки при ліквідації залишкових явищ, послаблення і компенсація яких відбувається внаслідок цілеспрямованої і тривалої реабілітаційної програми.

Клінічна картина травм та захворювань нервової системи досить різноманітна. Вона складається з рухових, рефлексорних, чутливих, судинних, трофічних, мовних, психічних розладів, які залежать від характеру, локалізації та об'єму ураження, що значно ускладнює реабілітацію.

Показання для проведення медико-соціальної реабілітації. В першу чергу реабілітації підлягають особи із захворюваннями, які призводять до формування хронічних неврологічних розладів, інвалідизації хворих та порушення їх соціально-побутової активності: судинні, травматичні, інфекційні захворювання центральної і периферійної нервової системи, дегенеративно-дистрофічні ураження хребта, епілепсія тощо. Особи з розладами рухів складають основну частину хворих неврологічного реабілітаційного відділення. Вони найменшою мірою пристосовані до активної діяльності, самообслуговування, а нерідко потребують сторонньої допомоги та тривалої медико-соціальної реабілітації.

Серед захворювань центральної нервової системи найбільш поширеним є порушення мозкового кровообігу, серед захворювань периферійної нервової системи – остеохондроз хребта з його неврологічними синдромами, серед травматичних пошкоджень – травми спинного мозку. Саме ці захворювання найчастіше призводять до тривалої втрати працездатності та інвалідності осіб найбільш працездатного віку.

Принципи реабілітації. Основні принципи реабілітації неврологічних хворих: ранній початок, індивідуальний підхід, тривалість і безперервність, поетапна побудова відновного лікування, комплексність, активна участь хворого у відновному процесі.

Періоди реабілітації. Для неврологічних хворих застосовують загальноприйняті періоди реабілітації: лікарняний і післялікарняний (поліклінічний або реабілітаційний, санаторний та диспансерний).

3.1.1. Медична та соціальна реабілітація хворих після порушення мозкового кровообігу

Мозковий інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, що супроводжується структурними та морфологічними змінами у тканині мозку і стійкими органічними неврологічними симптомами, які утримуються понад добу. За характером патологічного процесу розрізняють два види інсульту: геморагічний та ішемічний.

За матеріалами ВООЗ, частота інсультів коливається в межах 1,5-7,4 на 1000 населення, а смертність від інсультів складає 12-15 % загальної смертності, тобто посідає 2-3 місце після серцевих захворювань та злоякісних пухлин. Через рік від інсульту вмирає 38-40 % хворих. Протягом 5 років – 69 %. Високий і ступінь інвалідизації хворих. Лише 20 % хворих з церебральними інсультами повертаються до праці, 60 – залишаються інвалідами, 20 – потребують стороннього догляду. Тому питання профілактики і реабілітації хворих з судинними захворюваннями центральної нервової системи мають не тільки медичне, але й важливе соціальне значення.

Клінічні умови і фактори, що визначають можливість відновлення порушених функцій у хворих, що перенесли інсульт.

При геморагічному інсульті мають значення тяжкість пошкодження судини (розрив її чи підвищена проникність судинної стінки, що призводить до діapedезу), величина артеріального тиску в момент мозкової катастрофи (чим вищий тиск, тим з більшою силою і швидкістю розвивається гематома і тим більша її величина). Темп розвитку крововиливу, в свою чергу, впливає на мозкові явища – набряк мозку, нейродинамічні порушення, зміну свідомості тощо.

При ішемічному інсульті основне значення має стан кровопостачання ішемічної ділянки, яке визначається ефективністю колатерального кровообігу при закупоренні судини і ступенем звуження його просвіту при стенозі. Важливе значення має також швидкість відновлення кровообігу в ділянці вогнища і прилеглих до нього ділянок.

Швидкість відновлення неврологічних порушень у хворих з ішемічним інсультом буває різною: за умови малого ішемічного інсульту відновлення втрачених функцій настає з перших днів, можливий повний регрес їх на 7 або 14 день лікування або в період до 21 доби. Хворі з завершеним ішемічним інсультом перебувають у перші 7-8 днів у стані середньої тяжкості або у тяжкому стані. Помірне клінічне поліпшення настає з 10-14 дня лікування. Деяке наростання обсягу активних рухів і сили в паретичних кінцівках настає у період від 14 до 30 доби. У хворих з тяжким перебігом інфаркту мозку поліпшень може не статися. У такому разі спостерігається стійка стабілізація неврологічних симптомів (Віничук С.Г. та співавт., 2001).

Результати реабілітації. Вейн Е.С. і співавт. (1975) виділяють **три рівні** реабілітації, досягнення яких вимагає диференційованих методів і засобів реабілітації.

Перший рівень (відновлення) – найвищий рівень, коли порушена функція повертається до вихідного рівня або наближається до нього.

Другий рівень (компенсації) – на основі компенсаторної перебудови не удається досягнути повного відновлення функцій. Основним механізмом, який дає можливість досягти рівня компенсації функцій, є компенсаційна перебудова, включення у виконання функції тих утворень в системі мозку, які раніше не брали в цьому участі.

Третій рівень (реадаптації) – пристосування до дефекту. У цих випадках прийоми медичної реабілітації не дають бажаного ефекту і завдання тільки одне – пристосувати хворого до самообслуговування (якщо це можливо) чи будь-якої праці, знаючи, що дефект ліквідувати неможливо. Має місце тоді, коли розлади особливо виражені, коли патологічне вогнище, що призвело до дефекту велике і складається в основному із уражених елементів.

Етапи реабілітації. Виділяють три етапи реабілітації хворих після гострого порушення мозкового кровообігу: 1-й – ранній відновний (до 3 місяців); 2-й – пізній відновний – до 1 року; 3-й – залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік). 1-й етап хворі проходять в стаціонарі, під час лікарняного періоду реабілітації; 2-й та 3-й – у післялікарняний період. Тривалість етапів залежить від клінічного перебігу захворювання і ступеня порушення рухових функцій.

Лікарняний період реабілітації

Особливо важливе і найбільш відповідальне раннє призначення реабілітації. Рання терапія важлива не тільки з точки зору морфології, тобто як профілактика дегенеративних змін в периферійних тканинах, але і в рівній мірі тому, що центральна нервова система реагує на змінені умови функціональної перебудови, що швидко фіксується в патологічно зміненій моторній системі і потім тяжко піддається ліквідації (В.Я. Неретін, М.К. Ніколаєв, 1986).

Завдання реабілітації:

- застосування невідкладних заходів для підтримання життєдіяльності хворого;
- застосування засобів спрямованих на усунення причин, що викликали інсульт;
- протидія виникненню ускладнень та лікування їх при виникненні;
- сприяння одужанню хворого: поліпшення загального стану хворого, діяльності нервової, серцево-судинної, дихальної, травної систем; нормалізація нервово-психічного стану; зниження м'язового тону в паралізованих кінцівках, стимуляція відновлення активних рухів в них; протидія

патологічним синкінезіям, атрофії м'язів, трофічним порушенням, вторинним деформаціям; переведення хворого в положення сидячи, підготовка нижніх кінцівок до вставання, навчання ходьбі;

– поступовий розвиток у хворого навичок самообслуговування, відновлення прикладно-побутових рухів.

Засоби реабілітації: терапевтичне чи нейрохірургічне лікування; охоронний режим; дієтичне харчування; фізичні засоби: лікувальна фізкультура, масаж, бальнеофізіотерапевтичні процедури, апаратолікування, ортопедичне лікування; працетерапія; голкорексфлексотерапія, психотерапія, заняття з логопедом.

Медична реабілітація

Терапевтичне чи нейрохірургічне лікування

Більшість хворих на геморагічний та ішемічний інсульт підлягають госпіталізації у спеціалізоване нейросудинне відділення міської (районної) лікарні. У разі порушення життєво важливих функцій їх госпіталізують у реанімаційне відділення; за наявності суб-, епідуральних, а також внутрішньомозкових гематом – у нейрохірургічне. Існуючі методи терапевтичного лікування мозкового інсульту передбачають комплекс лікувальних заходів невідкладної допомоги, базисну (недиференційовану) терапію і диференційоване лікування, яке зумовлене клінічним перебігом захворювання та індивідуальними особливостями хворого. При цьому залежно від особливостей їх впливу на те чи інше захворювання взагалі і нервову систему в тому числі та індивідуально на конкретного хворого останні поділяють на: етіотропні, патогенетичні, саногенетичні.

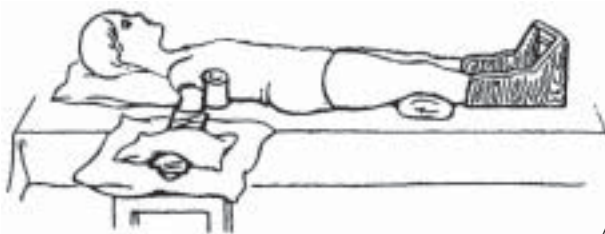
Охоронний режим

Охоронний режим передбачає створення максимально сприятливих умов для перебування в стаціонарі і проведення відновних заходів. Це відноситься до всіх сторін життя хворого і включає правильний розпорядок дня, хороший санітарний стан і затишок у відділенні, палатах, провітрені, без протягів приміщення, регулярне якісне харчування, лікувально-активізуючий режим.

Особливе значення має гігієнічний догляд за лежачими хворими (в першу чергу, за тими, що страждають розладами руху та порушенням функції тазових органів) і дотримання самим хворим особистої гігієни, створення сприятливого психологічного клімату у відділенні, доброзичливих взаємостосунків між медичним персоналом і хворим, хворих між собою. Створення найбільш сприятливих умов у відділенні входить в обов'язки всього персоналу, який повинен бути добре навчений роботі з неврологічними хворими. Лікарі проводять заняття з медичними сестрами по догляду за хворими, а ці, в свою чергу – з молодшим медичним персоналом.

З перших днів після розвитку інсульту проводять лікування положенням, застосовують дихальні вправи, а також методи розгальмівної терапії – пасивні рухи кінцівок, якщо є розлади мови – заняття з логопедом.

Лікування положенням. Лікування положенням: спеціальне укладання кінцівок в положенні хворого на спині і на здоровому боці, що зменшує спастичність, запобігає розвитку м'язових контрактур. Для цього уражену руку відводять до 90° з повною ротацією назовні, передпліччя розгинають і супінують, пальці повертають долонею догори, випрямляють і розводять, а при необхідності фіксують лонгетою чи мішечком з піском. Паралізовану ногу згинають у колінному суглобі під кутом $15-20^\circ$, підклавши під нього валик. Стопу встановлюють під кутом 90° і спирають в спинку ліжка, щит або опірний ящик. У положенні хворого на здоровому боці –



А



Б



В

Рис. 7. Лікування положенням хворих після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу: А – у положенні лежачи на спині; Б – у положенні на здоровому боці; В – у положенні сидячи.

руку дещо згинають у плечовому і ліктьовому суглобах, укладають на подушку, а ногу згинають в кульшовому, колінному та гомілковостопному суглобах і укладають на іншу (нижчу) подушку (рис. 7).

Тривалість фіксації залежить від стану хворого. Якщо не виникає ускладнень, то припиняють лікування положенням лише під час гігієнічних заходів, приймання їжі, сну, масажу, ЛФК. В.Н. Мошков (1983) при вираженій контрактурі рекомендує фіксувати кінцівки цілодобово. При посиленні напруження м'язів чи болю час фіксації зменшують, а скорочені м'язи не доводять до максимального розтягнення. Залежно від тону м'язів паралізованої кінцівки час однієї фіксації може зменшуватися до 30-40 хвилин і повторюватися 3-4 рази на добу.

Медична сестра повинна постійно стежити за пра-

вильністю корегуючих положень паралізованих кінцівок і поправляти їх. Особливо важливе значення має положення дистальних сегментів кінцівок для попередження контрактури стопи і кисті. Для зменшення рефлекторної збудливості м'язів і, відповідно, їх спастичності необхідно тримати паралізовані кінцівки в теплі (панчохи, носки).

В той час, коли хворий перебуває в положенні на здоровому боці рекомендується проводити йому гігієнічний масаж спини, який включає ніжне погладжування і розтирання. Особливо необхідно звернути увагу на місця найбільш ймовірної небезпеки виникнення пролежнів: крижі, лопатки, п'ятки, лікті. Після масажу проводять обтирання спини сумішшю води з камфорним спиртом, оцтом чи одеколоном (1-2 столові ложки на 0,5 літри води).

Навчання щоденним видам діяльності починається, коли хворий перебуває в ліжку. Використовують рухи здорових кінцівок та збережені рухи кінцівок ураженого боку. Відновлення рухових якостей вимагає від хворого короткотривалих, але багаторазових повторень протягом дня одних і тих же рухів. Тому в процесі розширення режиму рухової активності медична сестра повинна постійно контролювати самостійні заняття хворих, допомагати їм виконувати вправи, оволодівати сидінням, стоянням, ходьбою, соціально-побутовими діями, закріплюючи навички, отримані під час занять з відповідними спеціалістами. Медична сестра несе відповідальність за проведення з хворими ранкової гігієнічної гімнастики.

Для стимуляції, полегшення виконання різних видів діяльності та компенсації функціонального дефекту використовують допоміжні пристосування.

Допоміжні пристосування. Хоча у хворих з тривало існуючими парезами не завжди можна очікувати суттєвого поліпшення, використання допоміжних пристосувань є засобом попередження контрактури і деформацій, які з часом можуть фіксуватися. Допоміжні пристосування дають можливість також виконувати дії при значних парезах пальців, кисті і передпліччя. Важливу допомогу в оволодінні навичками самообслуговування мають відносно прості пристосування для приймання їжі, користування ручкою, бритвою, телефоном. Щоб хворий міг самостійно одягатися і роздягатися, одяг повинен бути з широкими рукавами, великими гудзиками.

Для зручності користування туалетом, унітаз повинен бути з високим сидінням. Коротка підпірка для ніг ефективна для підтримання функції обвислої стопи, фіксуюча плечовий суглоб пов'язка попереджує витягнення руки в плечовому суглобі. За допомогою перил, прикріплених до стіни, хворий може опиратися рукою при переміщенні по кімнаті.

Терміни активізації хворих. Це є найбільш важливим і надзвичайно дискусійним питанням. Терміни активізації хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу залежать, в першу чергу, від величини вогнища ураження в головному мозку, його локалізації, стану серцево-судин-

ної системи, супутніх захворювань, загального фізичного стану, віку та прийнятих в даному лікувальному закладі методик.

Сучасні підходи до лікування ішемічного інсульту передбачають ранню активацію хворих. Зокрема, у разі локалізації вогнища ураження в півкулях великого мозку хворих активують на 2-4 добу, а в разі стовбурної локалізації – на 8-10 добу після розвитку інсульту. Звичайно, треба враховувати стан серцево-судинної системи (Віничук С.М. та співавт., 2001). Садити в ліжку при нетяжкому ішемічному інсульті рекомендується на 10-14 день, а після крововиливу, емболії чи тромбозу крупних судин – через 3-4 тижні (Столярова Л.Г., Ткачова Г.Р., 1978). Деякі автори (Rusk H.A. et al, 1977) рекомендують активізувати хворих, що перенесли мозковий інсульт через 24-48 годин, якщо відсутні будь-які ускладнення.

Дієта та режим харчування

Дієта та режим харчування залежать від причини виникнення мозкової катастрофи, її клінічних проявів, періоду захворювання. Лікар чи медична сестра-дієтолог призначає необхідну дієту залежно від терапевтичних потреб кожного хворого, враховуючи смаки та норми харчування, визначає кількість та харчову консистенцію для кожного хворого, особливо при порушеннях ковтання; проводить бесіди та дає консультації хворим щодо харчування. Лікар та медична сестра реабілітаційного відділення повинні добре знати набір продуктів, показаних для вживання хворому, щоб надавати консультацію родичам і контролювати вживані хворим домашні продукти.

Режим харчування: приймання їжі 5-6 разів на день. Вечеря має бути за 3 години до сну. На вечерю рекомендується випивати склянку кефіру з метою зменшення бродильних та гнильних процесів у кишках. Залежно від стану хворого страви можуть призначатися для вживання у протертому вигляді, варені, парені, тушковані.

Харчування при ішемічному інсульті, який виник на фоні атеросклерозу. Призначають дієту № 10а. Мета призначення: запобігання подальшому розвитку атеросклеротичного процесу. Рекомендовано: продукти, що мають ліпотропну дію, овочі, фрукти, ягоди, соки з них, продукти моря, що мають багатий вміст йоду, рослинну олію, вівсяну, гречану каші. Обмежують кухонну сіль, рідину (не більше 800-1000 мл на добу), щавель, шпинат, гриби. Особливо обмежують продукти, багаті на холестерин: печінку, нирки, жирні сорти риби, сало, шпроти. *Виключають:* варення, солодкий чай, компоти, макарони та різні кондитерські вироби, жирні м'ясні і рибні страви.

Харчування при ішемічному інсульті, який виник на фоні різних захворювань серця. Призначають дієту № 10а. Мета призначення: за допомогою різкого обмеження вживання кухонної солі та збагачення дієти солями калію сприяти поліпшенню діяльності серцевого м'яза, зменшен-

ню набряків. Забороняються або обмежуються продукти, багаті на холестерин і вітамін D (яєчний жовток, мозок, риб'ячий жир, м'ясо внутрішніх органів, маргарин, креми). *Виключаються* повністю кухонна сіль, жирне, смажене м'ясо, печінка, нирки, сало, прянощі, тістечка, торти, какао, шоколад, кава. Рекомендується чергувати діету з розвантажувальними днями (молочними, фруктовими-ягідними).

Харчування при геморагічному інсульті. Якщо геморагічний інсульт виник на фоні гіпертонічної хвороби, то використовують гіпонатрієву діету. Мета призначення дієти: створення найбільш сприятливих умов для зменшення підвищеної збудливості центральної нервової системи, поліпшення функціонального стану нирок і зменшення функції кори надниркових залоз, підвищення трансмембранного натрієвого градієнта і таким чином сприяти зниженню артеріального тиску. Основні вимоги до гіпонатрієвої дієти: зменшення калорійності раціону; значне зниження в продуктах кількості кухонної солі (до 3-5 г/добу); обмеження введення в організм тваринних жирів; підвищення вмісту в дієті аскорбінової кислоти, тіаміну, рибофлавіну, нікотинової кислоти, піридоксину, вітаміну Р; збагачення раціону солями магнію і калію; включення в дієту продуктів, багатих на мінеральні речовини, клітковину та продукти моря. З їжі *виключають* тваринні і молочні жири, продукти, що підвищують збудливість нервової системи, посилюють процеси бродіння, викликають метеоризм і запори.

Харчування хворого на інсульт залежно від періоду захворювання. Дієта повинна бути спрямована на поступове збільшення калорійності, обмеження солі і води, додаткове введення водорозчинних вітамінів групи В і С.

В гострий період не слід переїдати хворому, але і голодування недопустиме. Об'єм їжі повинен бути невеликий, з відповідною калорійністю. Їжа готується без солі. В перші 1-3 дні, коли хворий перебуває у тяжкому стані, йому дозволяється лише рідка їжа, у теплому вигляді, невеликими порціями. В раціон включають розчин глюкози, відвар чорної смородини, чай з молоком і цукром, морквяний сік, фруктові соки, настій шипшини не більше склянки на день. Не показане молоко і виноградний сік, які підсилюють процеси бродіння в кишечнику.

На третій день у хворих з'являється апетит. Дозволяється овочевий бульйон, фруктові супи, відварене м'ясо, протертий сир з цукром, манна каша на молоці, желе, киселі, фруктові соки, терте яблуко. Страви готують в протертому вигляді, без солі.

З 2 тижня захворювання призначається більш калорійна дієта. Їжа готується без солі. Дозволено молочний, овочевий протертий супи, м'ясне суфле, парова котлета, сир, відварена цвітна капуста, пюре із моркви.

На 4 тиждень дозволено супи овочеві, молочні, фруктові, круп'яні, нежирне м'ясо в протертому вигляді, відварена нежирна риба, ягідні киселі, компоти, желе, молочнокислі продукти.

З 6-7 тижня хворі вже можуть їсти суп з фрикадельками, нежирну яловичину, телятину, відварену рибу, омлет з яєчного білка, свіжі і відварені овочі, компот, желе, ягоди, фрукти. Подальше харчування залежить від причини виникнення мозкової катастрофи.

Приблизний набір страв для хворого, що переніс мозкову катастрофу. На перший сніданок можна призначити рисову, гречану, манну, вівсяну каші, сир з молоком чи сметаною, яблука, німецький чай. На другий сніданок – салат овочевий з м'ясом, білковий омлет, салат з капусти і моркви, склянку відвару шипшини. На обід: перші страви – суп перловий, суп з овочів, суп молочний, не частіше одного разу на тиждень м'ясні чи рибні відвари; другі страви – страви із нежирних сортів м'яса і риби, виварене м'ясо, голубці з рисом і м'ясом, картопляне чи морквяне пюре, каша гречана, сир з молоком; треті страви – компоти, киселі із ягід, яблука, пюре із кураги, тертої моркви, салат із овочів і одна склянка відвару шипшини. На вечерю: рагу із вивареного м'яса, відварене м'ясо, котлета, сирний пудинг, салат, плов з фруктами, салат із квашеної капусти.

Фізична реабілітація

На стаціонарному етапі фізична реабілітація включає лікувальну фізкультуру, масаж, фізіобальнеологічні процедури, працетерапію.

Завдання фізичної реабілітації: досягнення загальнозміцнювального, позитивного психоемоційного впливу; нормалізація функціонального стану центральної нервової системи; поліпшення кровопостачання і живлення мозку та загального крово- та лімфообігу, попередження трофічних розладів та ускладнень, зумовлених тривалим перебуванням хворого на ліжковому режимі; відновлення тону, функціональної здатності м'язів, компенсація або заміщення утрачених функцій; усунення шкідливих сумісних рухів; відновлення або підвищення точності рухів; відтворення і формування найважливіших рухових навичок, спрямованих на освоєння побутових, трудових дій, самообслуговування, пересування; соціальна реабілітація (підготовка до попередньої чи іншої професійної діяльності).

Використання засобів фізичної реабілітації залежить від клінічної симптоматики; характеристики, ступеня вираженості, обширності порушення функцій; етапу реабілітації; наявності чи відсутності вторинних змін (контрактур, тугорухомості, больового синдрому тощо); причини виникнення мозкової катастрофи; ускладнень і супутніх захворювань.

Протипоказання до призначення фізичних засобів реабілітації: тяжкий загальний стан хворого; наростання неврологічної симптоматики; суворий ліжковий режим; декомпенсація в діяльності серцево-судинної, дихальної систем; порушення психіки, що утрудняють контакт з хворим.

Лікувальна фізична культура

Лікувальна фізкультура є одним з найбільш важливих і дійових засобів медичної реабілітації неврологічних хворих. Ніякі інші лікувальні засоби на сьогодні не можуть замінити її. Позитивний ефект досягається з одного боку широтою впливу лікувальних фізичних вправ на різні функціональні системи організму, а з другого боку – тренуючим і відновним ефектом цих вправ при відсутності чи недостатності різних функцій організму та активною участю хворого в процесі реабілітації.

Особливості лікувальної фізкультури при захворюваннях нервової системи: раннє призначення, тривале використання; направлене (вибіркове) застосування засобів ЛФК (зумовлене конкретним функціональним дефіцитом в руховій, чутливій, вегетативно-трофічній сферах, в діяльності серцево-судинної, дихальної систем) для відновлення порушених функцій; неухильне дотримання принципу адекватності навантаження при постійній змінюваності фізичних вправ; активне і неухильне розширення рухового режиму; використання лікування положенням, застосування спеціальних вправ; комбіноване використання різних засобів ЛФК; використання ЛФК в комплексі з іншими засобами реабілітації; необхідність багаторазового повторення фізичних вправ протягом дня; активна участь хворого в процесі реабілітації.

Всім, хто працює з хворим, необхідно пам'ятати, що для компенсації функціонального дефекту головного мозку надзвичайно велике значення має потік додаткових аферентних імпульсів. Тому одночасно з рухами необхідно використовувати ряд аферентних стимулів з шкірних покривів (за допомогою масажних прийомів та інших подразнень) і більш глибоко розміщених тканин (м'язи, сухожилки, суглоби), звукового та зорового аналізаторів. Для цього хворому треба зрозуміло пояснити, показати і виконати разом з ним вправу. В цей час хворий повинен уважно вислухати пояснення і спостерігати за рухами медичного працівника, а далі – самому собі голосно наказувати і зором контролювати власне виконання вправ. А.А. Крогіус (1926) підкреслював, що зір відіграє роль контролера, керівника і вихователя рухів та пов'язаних з ним рухових відчуттів.

Спеціальні вправи. Найчастіше використовують вправи: 1) для переважного впливу на певні функції: рухові, чутливі, в тому числі вестибулярні, вісцеральні (серцево-судинної, дихальної, сечостатевої, травної, обмінно-ендокринної систем); 2) вправи для впливу на певні складові рухових функцій: активні та пасивні; для зміцнення окремих м'язових груп, збільшення м'язової сили, антиспастичні та протиригідні, для отримання диференційованих точно дозованих напружень та розслаблень окремих м'язових груп, на відтворення рухового акту в цілому; для нормалізації рефлексорної збудливості (зменшення синкінезій, синергій), ліквідації мимовільних, позбавлених фізіологічного значення рухів (тремтіння, судом тощо); на координацію рухів, для тренування функції рівноваги; реф-

литорні, ідеооторні (уявні) та ізометричні; для відновлення або формування прикладних рухових навичок (стояння, ходіння, маніпуляції з простими предметами, засобами зв'язку, самообслуговування тощо).

Засоби лікувальної фізкультури: фізичні вправи (пасивні і активні), режими рухової активності, лікування положенням, прийоми масажу, природні фактори (сонце, повітря, вода).

Метод проведення занять лікувальною гімнастикою: індивідуальний та малогруповий.

Тривалість процедури лікувальної гімнастики залежить від призначеного хворому режиму і триває від 10 до 20 хвилин, самостійних занять – 5-10 хвилин, по 4-5 разів протягом дня.

Методика проведення занять з лікувальної фізкультури залежить від призначеного хворому режиму рухової активності.

Суворий ліжковий режим найчастіше триває 1-3 дні. Із засобів лікувальної фізкультури в цей час використовують лікування положенням. Воно передбачає зміну положення хворого на спині в положення на здоровому боці і навпаки через кожні 1,5-2 години, надаючи кінцівкам коригуючого положення (див. вище). Протягом перших 2-3 місяців хвороби необхідно надавати кінцівці то згинального, то розгинального положення, щоб зменшити можливість утворення патологічної домінанти в центральній нервовій системі. При відносно задовільному стані хворого призначають дихальні вправи: 3-5 децю поглиблених вдихів та подовжених видихів через кожні 0,5-1 годину.

Розширений ліжковий режим призначають на 3-4 день.

Форми проведення занять: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття. Ранкову гігієнічну гімнастику організовує і проводить постова медична сестра. Лікувальна гімнастика проводиться під керівництвом інструктора з лікувальної фізкультури.

Самостійні заняття. Для відновлення рухових функцій хворим рекомендується займатися багато разів на день, повторюючи ті чи інші вправи під контролем палатної медичної сестри, рідних чи самостійно. Заняття проходять спочатку під постійним, потім – під періодичним контролем медичної сестри, яка повинна знати комплекси вправ і вміти проконтролювати, а при необхідності – відкоректувати правильність виконання вправ та їх дозування. Надалі під час самостійних занять хворі самі виконують вправи, які вони засвоїли під час занять лікувальною гімнастикою. Самостійно займатися дозволяють лише у тому випадку, коли лікар буде впевнений, що хворий зможе правильно виконати і продозувати показані йому вправи. В заняття включають 5-6 дихальних вправ з черевним типом дихання, пізніше – активні рухи здоровою кінцівкою і пасивні рухи ураженою кистю, що виконують за допомогою здорової кінцівки.

Вправи для лікувальної гімнастики: дихальні, активні, пасивні, активно-пасивні, для здорових і уражених кінцівок, на розслаблення та дифе-

ренційоване напруження окремих м'язових груп спочатку на здоровій, потім – на ураженій кінцівці. Активні рухи проводять спочатку для дрібних, середніх, а потім – для великих суглобів здорової кінцівки.

Пасивні рухи в суглобах паретичної кінцівки (як метод розгальмівної терапії) призначають з 3-6 дня. Починають з проксимальних, потім включають дистальні відділи кінцівок. Кількість повторень кожної вправи спочатку 3-4 рази, потім – 8-10 разів. Обов'язково після кожної вправи хворий повинен виконувати дихальні вправи. Пасивні вправи виконуються обережно, повільно, теплими руками і в такому об'ємі, щоб не викликати болю і підсилення ригідності. Рухи в плечовому суглобі в положенні на боці виконують обережно, фіксуючи суглоб рукою.

Хворих необхідно навчити вольовому посиленню імпульсів до активних рухів та довільному розслабленню м'язів паретичних кінцівок одночасно з ізольованим пасивним розгинанням передпліччя, згинанням гомілки. Для цього спочатку вчать розслабляти та напружувати м'язи на здоровій симетричній кінцівці.

На стан м'язового тонузу впливає процес дихання. Під час вдиху тонус посмугованої мускулатури підвищується, під час видиху – навпаки, знижується. Тому під час виконання вправ на зменшення спастичності необхідно рекомендувати хворому подовжений видих.

Кількість вправ у комплексі від 4-6 поступово доводять до 8-10. Тривалість процедури лікувальної гімнастики – 10-15 хвилин, моторна щільність (відношення часу виконання вправ до тривалості заняття, виражене у %) – 30-40 %. Тривалість самостійних занять – 5-10 хвилин, по 4-5 разів протягом дня.

Перехід у положення сидячи проводять спочатку з підтримуванням спини (ноги на ліжку), після освоєння цього – з опущеними ногами, рука підтримується на косинці, уражену ногу хворий переміщує з допомогою, під ноги підставляють стільчик, стопу фіксують у спеціальній лангеті.

П а л а т н и й р е ж и м розпочинається наприкінці першого і початку другого місяця.

Форми проведення занять попередні.

Вправи для лікувальної гімнастики. Продовжують застосовувати вправи ліжкового режиму. Включають ще вправи в положенні сидячи. Кількість повторень кожної з них – 6-8 разів. Більше уваги приділяють виконанню активних вправ ураженою кінцівкою з прикладенням вольових зусиль та одночасним словесним наказом до виконання рухів і зоровим контролем якості рухів. Активні вправи в ураженій кінцівці виконуються спочатку в одній площині та напрямку, після оволодіння ними – в різних. До спеціальних вправ включають підготовку ніг до вставання і ходьби, навчання ходьбі. Підготовку до вставання розпочинають ще на ліжковому режимі: пасивні і активні вправи на згинання і розгинання в суглобах паретичної ноги, імітація ходьби в ліжку. При цьому необхідно

протидіяти синкінезіям, які з'являються у паретичній руці. Зокрема, при виконанні активних рухів ногою в положенні лежачи кисті з переплеченими пальцями підкладають під голову або руки розміщують вздовж тулуба, кисті кладуть під сідниці. Коли здорова рука хворого згинається, методист може в цей час розгинати паретичну руку. Пізніше призначають вправи для здорової і паретичної ноги в положенні сидячи.

Кількість вправ збільшується від 10-12 до 14-16. Тривалість процедури лікувальної гімнастики – 20-25 хвилин, (моторна щільність – 40-45 %), самостійних занять – 10-12 хвилин, по 4-5 разів протягом дня.

Правила вставання: в положенні сидячи з опущеними з ліжка ногами відчутти опору на дві ноги, опертися на них, нахиливши дещо тулуб уперед, з допомогою встати, поступово випрямити ноги, лише потім підвести голову, випрямити тулуб. Спочатку більше спиратись на здорову ногу. В подальших заняттях – спробувати спертись рівномірно на дві ноги, якщо успішно – то поступово перенести вагу тіла на хвору ногу. Спочатку краще спиратися здоровою рукою на спинку стільчика, поставленого перед хворим.

Навчання ходьбі. Правильний рисунок ходьби – потрібне згинання: в кульшовому, колінному, гомілковостопному (тильне згинання стопи) суглобах. Всі ці рухи здійснюються за допомогою реабілітолога, щоб попередити ходу типу “косаря”. Під час ходьби уражена рука зігнута, на косинці, стопа підтягнута еластичною тягою, що фіксується під коліном або одягають ортопедичний черевик. Спочатку реабілітолог підтримує хворого спереду і ззаду. Потім хворий переміщується у спеціальній колясці, далі – з милицею – чотирьох або трьохопорним ціпком, пізніше – одноопорним (рис. 8).

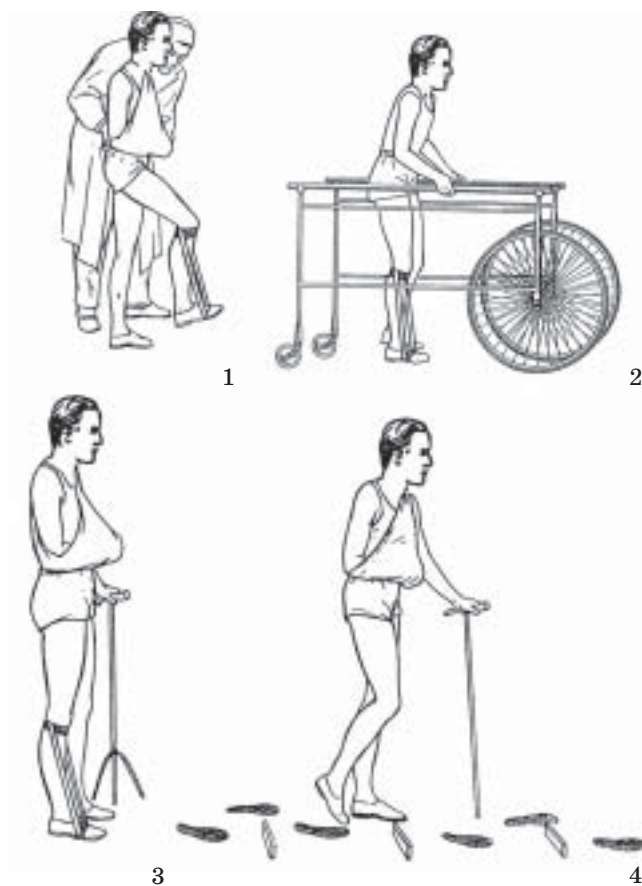


Рис. 8. Послідовність навчання ходьбі хворих після порушення мозкового кровообігу.

Вільний режим. Його тривалість 2-5 тижнів.

Форми проведення занять: лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття, ходьба, настільні ігри.

Вправи лікувальної гімнастики. Використовуються загальнозміцнювальні і спеціальні вправи. Якщо у хворого об'єм активних рухів достатній, то виконуються вправи з опором (невеликими гантелями масою до 1 кг), предметами, гумовою тягою для збільшення м'язової сили. Навантаження підбирається індивідуально, щоб не викликати рефлекторного підвищення тону м'язів та синкінезій. Важливе значення має відновлення функції кисті та пальців і вдосконалення ходьби. Хворого навчають виконувати пасивні рухи за допомогою здорової руки, а потім тренувати активні рухи, захоплюючи, утримуючи і потім переміщуючи спочатку великі, потім більш дрібні предмети (кубики, горіхи, квасоллю, сірники тощо), розбирати і складати різні дитячі пірамідки, ліпити з пластиліну. Проводять розгинання пальців на твердому м'ячі, качалці. На навчальних стендах навчають виконувати побутові дії. Кількість вправ 20-24. Тривалість заняття 30-40 хвилин, моторна щільність 50-60 %.

При ходьбі необхідно звертати увагу на положення стопи, підтримання хворим правильного рисунку ходьби, рівномірність рухів. Хворий повинен рухатися невеликими кроками. Бажано, щоб вздовж стін були прикріплені перила та розміщувались бруси, на які може спиратись хворий під час ходьби.

Підніматися по сходах починають на спеціальних східцях з поручнями: перший крок виконується здоровою ногою, потім приставляється до неї хвора (приставними кроками). Починають з однієї сходинки. Кількість їх збільшують поступово, в міру оволодіння технікою сходження і залежно від функціональних можливостей серцево-судинної системи (рис. 9).

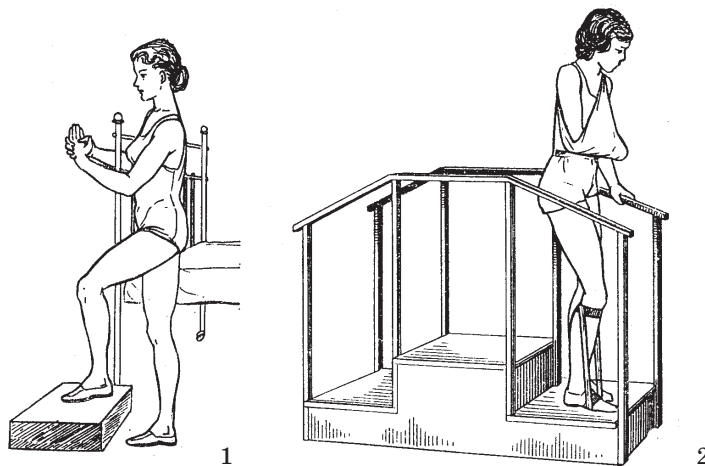


Рис. 9. Послідовність навчання хворих підніманню на сходи після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу.

Необхідно постійно нагадувати хворому, щоб він спочатку уявив, а під час виконання рухів словесно, голосно наказував собі як виконувати окремі елементи з яких складаються задумані рухи, контролював зором якість їх виконання.

У вільний від занять час протягом дня хворий займається різноманітними настільними іграми, вибір яких залежить від індивідуальних можливостей хворого.

Лікувальний масаж

Лікувальний масаж призначають наприкінці першого тижня. На початку, коли тонус м'язів не дуже високий – використовують лише поверхневе погладження і неінтенсивне розтирання. Спочатку масажують здорову однойменну кінцівку, потім – хвору. Масаж починають з ноги, де рефлекторна м'язова збудливість менша, ніж на верхній кінцівці.

З появою гіпертонуса масаж проводять диференційовано: на руці масажують – розгиначі, на нозі – згиначі ніжними прийомами погладження, легкого розтирання. В процедуру поступово включають ніжні прийоми розминання спочатку без зміщення м'язів (валяння, натискування). При адекватній реакції поступово включають масаж м'язів з підвищеним тонусом (на руці – згиначі, на нозі – розгиначі), який проводять м'якими ніжними ритмічними прийомами погладження, легкого розтирання, потрушування, пізніше – ніжного розминання без зміщення м'язів з їх ложа. На ослаблених м'язах та на кисті і стопі – використовують ті ж прийоми, лише дещо інтенсивніше. Коли хворого можна повертати на здоровий бік, призначають масаж паравертебральних та рефлексогенних зон: T_6-T_1 , C_7-C_3 спинномозкових сегментів для впливу на верхні кінцівки і S_5-S_1 , L_5-L_1 , $T_{12}-T_{10}$ – для впливу на нижні кінцівки. Під час масажу та після нього виконують точковий масаж та пасивні вправи для паретичних кінцівок. Добиватися за допомогою масажу та фізичних вправ значного зниження тонусу в проксимальних відділах нижньої кінцівки не бажано, бо це не вигідно для ходьби: наявність спастичності в розгиначах дає можливість зберегти опорну функцію ноги.

Тривалість процедури масажу на початку курсу лікування 5-10, пізніше – 15-20 хвилин. **Курс лікування** 20-30 процедур, повторювати курс масажу через 10-12 днів.

Фізіотерапевтичні процедури

На стаціонарному етапі лікування при ішемічному інсульті наприкінці першого тижня, при геморагічному – через 2-3 тижні від початку захворювання.

Найчастіше використовують: медикаментозний електрофорез (прозерин, дибазол тощо) на уражену кінцівку та комірцеву зону; діадинамотермію на ділянку суглобів паретичної кінцівки; оксигенотерапію. Пізніше

призначають дарсонвалізацію, УВЧ, електростимуляцію уражених м'язів, магнітотерапію. Одним із методів релаксації є теплотікування. З цією метою використовують парафін за серветково-аплікаційною методикою. Призначають під кінець 2 тижня.

Працетерапія

Починається працетерапія для хворих з порушенням елементарних рухових функцій кінцівок з навчання самообслуговуванню. Спочатку призначають діяльність, яка вимагає менш складних щодо координації дій: розчісувати волосся, користуватися електробритвою, мити і витирати руки, тримати ложку, хліб, приймати їжу, потім більш складні – чистити зуби, користуватися судном. Виконують ці дії спочатку здоровою рукою, потім поступово включають уражену руку.

На палатному режимі хворим пропонується робота з перекладання предметів (спочатку великих, потім менших і зовсім малих), заняття на різних стендах-тренажерах з побутовим приладдям, де вони вчаться користуватися дзвінком, зашнуровувати взуття, набирати номер телефону, заціпати “блискавку”, а потім гудзики (спочатку великі, потім менші), одягати ляльку тощо. Для прискорення оволодіння самообслуговуванням хворим виготовляють спеціальні пристосування (див. вище). Потім їм пропонують більш складні види діяльності, які вимагають активного скорочення уражених м'язових груп (робота кліщами, плоскогубцями, ножицями, різні види складання, плетіння, ліплення з пластиліну, картонажні роботи тощо).

На заключному етапі стаціонарного лікування хворі працюють в кабінеті працетерапії. Для вдосконалення функції верхніх кінцівок використовують плетіння, шиття, шліфування, столярні, слюсарні роботи. Для розвитку рухів у нижніх кінцівках призначають роботу на ніжній швейній машинці, роботи з лопатою. При тяжких ураженнях нижніх кінцівок хворі пристосовуються до ручної праці в положенні сидячи.

Рефлексотерапія

Найбільшого поширення набула акупунктура (голковколювання), електропунктура, лазеропунктура.

Голковколювання у хворих після мозкової катастрофи призначають при больовому синдромі, рухових розладах, підвищенні м'язового тону тощо. Курс лікування 10 процедур. Застосовується гальмівний метод. Тривалість сеансу 20 хв. Перші сеанси проводять з метою впливу на патологічно змінений фон організму в цілому, нормалізацію процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі. В подальшому в процедуру включають вплив на локальні точки в ділянці ураженої кінцівки. Голковколювання проводиться і на здоровому боці. Співвідношення вибраних точок вирішує лікар-рефлексотерапевт.

Психотерапія

Тривале, прогресуюче захворювання призводить до виражених змін характеру і особистості хворого. Спостерігається зниження пам'яті, розлади мислення, порушення в емоційній сфері. Останні найчастіше проявляються у вигляді ейфорії (стан невинного об'єктивними умовами піднесеного настрою хворого), депресії (постійне зниження настрою), слабоумства (стійке зниження та спрощення психічної діяльності, яке характеризується послабленням пізнавальних процесів, збідненням емоцій та порушенням поведінки). Хворі можуть стати егоїстичними, злісними, жорстокими, брехливими.

У хворих можуть виникати вегето-депресивні невротоподібні прояви. Вони супроводжуються пониженим настроєм, зневірою в можливість видужання, фіксацією уваги на своїх хворобливих відчуттях, а інколи – суїцидальними думками і спробами самогубства, про що необхідно пам'ятати медичним працівникам і родичам.

Психотерапевтичні режими. Використовують лікувально-охоронний і лікувально-тренуючий режими. Останній призначається якнайшвидше, що дає можливість залучати хворого до різних видів діяльності, хворий стає не пасивним об'єктом лікування, а активним учасником лікування і життя колективу хворих. Медичні працівники повинні підтримувати ініціативи хворого, спрямовані на поліпшення лікування. З метою підвищення зацікавленості в отриманні процедур хворому в доступній формі пояснюють механізм дії того чи іншого лікувального фактора і вказують на окремі перспективи, які можна очікувати після закінчення лікування. Будь-який вплив – медикаментозний, фізичний, трудовий підкріплюється словами з метою створення позитивної домінанти реагування на даний вид лікування – метод психотерапевтичного потенціювання.

Психотерапію необхідно починати в ранні терміни, щоб якнайшвидше ліквідувати реактивні і невротичні стани, які заважають реабілітації. На першому етапі основною формою психотерапевтичного впливу є раціональна психотерапія за допомогою якої можна позбутися неспання, дратівливості, плаксивості, головного болю, нестійкості настрою, націлити хворого на активну відновну роботу. Коли уже сформувався дефект, головне місце займає диференційована психотерапія, хворий включається в активний режим і залучається до групових занять.

Післялікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: відновлення складних рухових актів, навичок самообслуговування, мови, тренування трудових навичок, підготовка хворого до життя та трудової діяльності в позалікарняних умовах; компенсація функцій і пристосування хворого з наявним дефектом до самообслуговування і праці. Етап найбільш трудомісткий і тривалий. В цей період значно розширюється коло психосоціальних впливів, які потенціюють вплив всіх лікувально-відновних засобів.

Після закінчення лікарняного періоду реабілітації хворих зазвичай направляють в реабілітаційний центр та спеціалізовані відділення санаторію.

Реабілітаційний центр може розміщуватися в самій лікарні, для чого виділяють окремі ліжка або існувати як самостійний заклад і знаходитись недалеко від лікарні. В реабілітаційному центрі проводиться первинна оцінка готовності до трудової діяльності, визначається об'єм і характер реабілітаційних засобів, необхідних для якнайкращого відновлення втрачених функцій.

Протипоказання для направлення в реабілітаційний центр: відсутність можливості до самостійного переміщення та самообслуговування; порушення функції тазових органів, деменція, недостатність кровообігу, декомпенсація серцевої діяльності, часті гіпертонічні кризи, декомпенсований цукровий діабет та інші тяжкі захворювання.

Після лікування в реабілітаційному центрі (стаціонарі) більш легкий контингент хворих може закінчити відновне лікування, але переважна частина хворих продовжує реабілітацію в умовах поліклініки, де реалізується третій етап реабілітації.

Реабілітаційна поліклініка з її фізіотерапевтичним комплексом, з електро-, водо-, грязелікуванням, лікувальною фізкультурою, басейном, підводним масажем, механотерапією, працетерапією, кабінетами побутової реабілітації та лікувально-виробничими майстернями, кабінетами психотерапії та логопедії є тією базою, де наявні всі умови для впровадження гармонійного поєднання психосоціальних та біологічних методів впливу в усій різноманітності їх форм.

Догляд в домашніх умовах. Повернення хворої людини в сім'ю повинно проводитися під контролем лікаря та за участю соціолога і психолога. Догляд за хворими повинен бути ретельно продуманим, щоб досягнути під час реабілітації результати не втратились після виписки з лікарні.

Після виписки із стаціонару сім'я може надати важливу допомогу в реабілітації хворих. Тому завдання медичних працівників реабілітаційного відділення – встановлення тісного контакту з рідними хворих, проведення з ними відповідної роз'яснювальної і виховної роботи. Під час перебування хворого в стаціонарі родичам потрібно пояснювати, що хворі ще тривалий час вимагатимуть відновного лікування, а нерідко постійного контролю за їх станом і самопочуттям, про перспективи, на які можна розраховувати в процесі відновного лікування. Звертається увага на режим, який необхідно створити для хворого, міру догляду за ним (щоб опіка була адекватною: не надмірною і не недостатньою). Необхідно навчити рідних бути терпеливими, допомагати хворому в тренуванні дефектних функцій, в пристосуванні до побуту та праці в домашніх умовах. Занадто повільне виконання тих чи інших побутових дій, рухів не повинно бути приводом для виконання їх рідними. В сім'ях з несприят-

ливим психоемоційним кліматом потрібно проводити необхідну психокорекцію.

Для хворих з руховими порушеннями, які вимагають тривалого продовження відновного лікування, але не зможуть відвідувати лікувальний заклад, допомогу повинні надавати родичі. З цією метою з родичами повинні проводитися заняття з основ догляду за хворим, психотерапії, методики лікувальної фізкультури та техніки проведення масажу. Патронаж за такими хворими здійснюється спеціальними патронажними сестрами або медичними сестрами, виділеними із штату персоналу реабілітаційного відділення. Їх обов'язки описані в попередньому розділі.

Особи похилого віку краще почуваються в домашній обстановці. Розміщення таких хворих в будинках перестарілих значно погіршує перебіг захворювання та відновних процесів. Повернення їх в сім'ю повинно відбуватися під контролем лікаря, при участі соціолога та психолога. Благополучна сім'я вітає повернення хворого додому, в неблагополучній – це проблема.

Засоби реабілітації

Медична реабілітація: медикаментозна терапія, лікувальна фізкультура, масаж, бальнеофізіотерапія, рефлексотерапія, оксигенотерапія, працетерапія; психологічна – психотерапія, корекційне виховання; *професійна* – навчання і професійне перенавчання, профорієнтація, виробнича працетерапія; *соціальна* – побутове і трудове влаштування, соціотерапія, соціально-економічні і юридичні консультації тощо. За наявності розладів мови проводяться цілеспрямовані логопедичні заходи.

Медична реабілітація

Медикаментозна терапія

В цей період медикаментозна терапія переходить на другий план. Хворим призначають терапію, яка зумовлена клінічним перебігом захворювання та індивідуальними особливостями хворого.

Постійно здійснюється контроль за артеріальним тиском та іншими чинниками ризику і виникнення повторних гострих порушень мозкового кровообігу. Курс лікування триває 2-3 місяці. За показаннями медикаментозне лікування проводять і пізніше, у віддалений період, тобто через 6-12 і більше місяців після інсульту.

Лікувальна фізкультура

Лікувальну фізкультуру призначають як на пізньому відновному етапі (до 1 року), так і на етапі залишкових порушень (понад 1 рік).

Завдання лікувальної фізкультури: покращення загального стану, зміцнення м'язів, зменшення їх рефлексорної збудливості, збільшення обсягу рухів у суглобах ураженої кінцівки, протидія контрактурам і син-

кінезіям, компенсація рухових функцій, перевиховання, перенавчання рухів, що заміщують утрачені, поліпшення діяльності серцево-судинної, дихальної, травної систем, стимуляція крово-, лімфообігу, трофічних процесів в уражених кінцівках, закріплення навиків повертання у ліжку, переходу у положення сидячи та стоячи, розвиток і підкріплення самостійного пересування і самообслуговування, підготовка до професійної діяльності (за показаннями).

Вибір засобів і методів проведення процедури лікувальної фізкультури на цьому етапі залежить: від ступеня порушень рухових функцій, перебігу і тяжкості захворювання, що спричинили інсульт, функціонального стану серцево-судинної, дихальної та інших систем, індивідуальних особливостей хворого (віку, статі, психічного статусу тощо). Основним, визначальним критерієм є ступінь порушення рухових функцій.

При паралічах і парезах виділяють такі **ступені** порушення рухових функцій: 1-й ступінь – легкий парез, 2-й – помірний парез; 3-й – парез, 4-й – глибокий парез, 5-й – плегія або параліч.

При 1-му та 2-му ступенях порушень рухових функцій кінцева мета реабілітації – відновлення професійних навичок, фізичної працездатності та побутової активності. Для цього використовують ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, заняття на тренажерах, прогулянки, гідрокінезітерапію, рухливі ігри, теренкур, ходьбу на лижах, плавання, веслування, їзду на велосипеді, ближній туризм. Заняття проводяться груповим методом. Хворим показані і самостійні заняття.

При 3-му ступені порушення рухових функцій перед хворим ставиться мета оволодіти побутовими навичками. При 4-му та 5-му ступенях – навчити хворого обслуговувати себе. Призначають лікувальну гімнастику, ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття, ходьбу (або самостійні переміщення за допомогою підручних засобів) по декілька разів на день.

Комплекси вправ лікувальної гімнастики. Призначають лікування положенням, дихальні вправи, загальнозміцнювальні вправи, активні і пасивні вправи для уражених кінцівок. Для зміцнення паретичних м'язів використовують полегшені активні вправи зі зменшенням маси і тертя кінцівки (використання рами з системою гамаків і блоків, вправ на ковзкій поверхні, у воді) при зниженні м'язової сили і вправ з опором при її відновленні. Показані вправи на точність і координацію рухів, витривалість, увагу, в рівновазі, на урівноваження сили м'язів – антагоністів, для відновлення побутових навичок, вправи для поліпшення ходьби і самообслуговування, навчання елементарним трудовим навичкам.

Особливе значення мають заняття у воді. Температура води може бути різною і залежить від завдань. Тепла вода (36-37 °C) знижує тонус мускулатури при контрактурах. Вона сприяє поліпшенню периферійного кровообігу, трофіки тканин, зменшенню застійних явищ. Опір води попереджує різкі рухи, робить їх плавними, регулярними і поступовими. Втрата

відчуття маси тіла у воді створює сприятливі умови для поступових і дозованих тренувань як рухів в суглобах, так і опорної функції всієї нижньої кінцівки.

Лікувальний масаж

Використовують класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий, вібраційний, підводний масаж, самомасаж. Ослаблені м'язи масажують дещо інтенсивніше. Використовують погладження, розтирання, розминання, безперервну вібрацію. Різкі, інтенсивно виконані прийоми масажу проти-показані. При міогенних згинальних контрактурах використовують ніжне глибоке розминання з особливо ретельним впливом на місця початку і прикріплення м'язів. У випадку необхідності масажувати і верхні, і нижні кінцівки – їх масажують по чергово: один день паравертебральні і рефлексогенні зони, сегментарно пов'язані з верхніми кінцівками та верхні кінцівки, другий – те ж саме стосовно нижніх кінцівок.

Тривалість процедури 20-25 хв. Призначається періодично з курсами по 25-30 процедур.

Фізіотерапевтичне лікування

Призначають 2-3 рази на рік. Використовують електрофорез, діадинамотерапію, УВЧ та НВЧ-терапію, двокамерні гідрогальванічні ванни, парафіно-озокеритові аплікації у вигляді рукавичок, шкарпеток або манжетів на уражені суглоби, пелоїдотерапію, електростимуляцію ослаблених м'язів, ванни кисневі, сульфідні, хвойні, обтирання, кліматолікування.

Для лікування хворих з нетромботичним розм'якшенням мозку використовуються кисневі палатки, кисневі ванни, аероіонізацію, хвойні ванни, кальцій- електрофорез на ділянку каротидного синусу. Зниженню спастичності сприяє лікування теплом та холодом, відновленню рухових функцій – електростимуляція, зменшенню больового синдрому та контрактур – лікування теплом, медикаментозний електрофорез, діадинамотерапія тощо.

Механотерапія

Використовують для ліквідації контрактур і відновлення рухливості в суглобах, зміцнення м'язів паретичних кінцівок, розвитку компенсацій.

Застосовують апарати маятникового та блочного типів, добре виконувати рухи на подібних апаратах у воді. Основні правила: рухи не повинні викликати болю, підвищення напруження м'язів; амплітуда рухів не повинна перевищувати фізіологічні об'єми рухомості в суглобі.

Апаратолікування

Апаратолікування займає важливе місце серед лікувально-реабілітаційних засобів. Значного поширення набули функціональні лонгети із тер-

мопластичних матеріалів. Для поліпшення ходи при ряді неврологічних захворювань (судинні порушення головного мозку, травми головного і спинного мозку, дитячий церебральний параліч) використовуються апарати функціональної електростимуляції м'язів. Л.С. Алеєв і співавтори (1980) запропонували метод багатоканального програмованого біоелектричного управління, при якому в певному ритмі викликаються комплексні рухи кінцівки з тією ж послідовністю скорочення і розслаблення різних груп м'язів, як і при довільному руховому акті. Використання таких апаратів сприяє поліпшенню маніпуляційної діяльності хворих і підвищенню рівня реабілітації.

Психотерапевтичне лікування

Психічні порушення у постінсультних хворих є результатом як прогресуючого судинного захворювання, так і психогенної реакції особистості на захворювання. Ступінь вираженості основних синдромів та їх розвиток зумовлені давністю перенесеного інсульту і динамікою психотравмуючих вогнищевих неврологічних порушень. Вибір методів психічної реабілітації залежить від: стану здоров'я, взаємовпливу між соматичною і психічною хворобою; варіантами особистісного реагування на хворобу; змінами соціального статусу. Значною мірою характер психопатологічного синдрому залежить від преморбідної особистісної структури та типу реакції особистості (табл. 13).

Таблиця 13

Основні типи психологічних реакцій у хворих з церебральними судинними порушеннями

Тип реакції	До хвороби	Після хвороби
Неврастенічний	Висока працездатність, активність, цілеспрямованість	Запальність, дратівливість, слабкість, втомлюваність, розлади сну
Астено-депресивний синдром	Здатність легко сприймати навіювання, пасивна позиція в життєдіяльності	Переоцінюють тяжкість захворювання, знижений фон настрою
Психопатоподібний	Конфліктність	Злість, агресивність, неспокій, конфліктність
Депресивно-іпохондричний	Підвищена увага до свого здоров'я	Переоцінюють тяжкість захворювання, знижений фон настрою

Психологічна реабілітація, яка почалася з моменту поступлення хворого в стаціонар, продовжується доти, поки не буде досягнуто максимально можливих фізичних, психічних, професійних здатностей особи. Диференційована, суворо індивідуалізована психотерапія призводить до активації збережених і скорегованих рис особистості, змін установок, відношення до хвороби, переорієнтації та відновлення соціальних контактів.

Призначають загальну і спеціальну психотерапію. Із засобів спеціальної психотерапії використовують навіювання, самонавіювання, автогенне тренування, раціональну психотерапію. Велике значення має непряма “мала” психотерапія. Всю систему “малої психотерапії” проводить середній медичний персонал під керівництвом лікаря. Спеціальні психотерапевтичні методи проводить лікар.

Психосоціальний вплив передбачає включення поруч з різними видами психотерапії заходів, спрямованих на стимуляцію активності збережених видів діяльності. Це сприяє переключенню уваги хворого, зосередженого на своєму стані, розширенню кола інтересів і формуванню нових навичок, які потім стають основною формою занять після виписки. Призначають різні форми занять із врахуванням попередніх інтересів, індивідуальних особливостей до та після виникнення захворювання, клінічних проявів хвороби і дефекту функцій.

Організація дозвілля хворих. В умовах реабілітаційного відділення можуть бути організовані заняття: з музики, образотворчого мистецтва, крою, шиття, в’язання, виготовлення художніх виробів тощо. Сюди також включають: бесіди, лекції, кінофільми з розважальною і навчальною програмами. У вільний від занять час хворому пропонують ігри: спокійні, сидячі, спрямовані на тренування уваги, пам’яті, координації рухів.

Організація дозвілля хворих вимагає активної участі середнього медичного персоналу, який діє в тісному контакті з пацієнтами, узгоджує їх інтереси з вимогами режиму відділення, здійснює ретельне спостереження за ними.

Важливе значення має поєднання психотерапії з іншими відновними методами. Для хворих з стійкими порушеннями окремих функцій, особливо при наявності рухових порушень центрального походження досить ефективним є поєднання автогенного тренування з лікувальною фізкультурою.

Працетерапія

Працетерапія має психологічний, загальнозміцнювальний, спеціалізований, професійно-орієнтаційний, діагностичний, економічний, організаційно-тактичний аспекти. Для хворих з геміпарезом внаслідок порушення мозкового кровообігу використовується відновна та професійна працетерапія.

У відновній працетерапії Демиденко Т.Д. та інші (1983) виділяють 3 етапи навчання в кімнаті побутової реадаптації. I етап – навчання на стенді, на якому розміщені предмети побутового призначення (ручки, кнопки, вентиля, вимикачі, розетки тощо). II етап – навчання користуванню побутовими приладами (електроплита, газова плита, праска, водопровідні крани (але без подачі електричного струму, води). III етап – робота в реальних умовах вдома під контролем спеціально проінструктованого родича

чи іншої близької пацієнту людини. Використовується вона на кінцевому етапі реабілітації для відновлення професійних і побутових навичок.

Відновленню функції верхніх кінцівок сприяють: ручне шиття, в'язання, вишивання, картонні і палітурні роботи, збирання конструктора, сортування дрібних деталей, найпростіші столярні та слюсарні роботи; для нижніх кінцівок – робота на ніжній швейній машинці, гончарному верстаті, накачування нижнім насосом.

В професійній працетерапії для планомірного, поступового дозованого включення порушених функцій в трудовий процес, Демиденко Т.Д. та інші (1983) виділяють 3 етапи відновлення порушених функцій, які мають наступні завдання: на 1-му етапі – відновлення трудових операцій за рахунок збережених можливостей хворого, на 2-му етапі – поступове втягування найбільш уражених відділів кінцівок на другорядних ролях, на 3-му етапі – розширення отриманих результатів до максимально можливих і перехід на нормальні способи функціонування.

Принципове значення в працетерапії має диференційований підбір трудових процесів і спеціальне пристосування засобів праці (спеціально сконструйованих верстатів, підбір спеціальних ручок, утримувачів, насадок, спеціальних фіксуючих пристосувань для кінцівок, підставок тощо).

Для хворих із захворюваннями нервової системи найбільш доцільніші наступні кабінети працетерапії: швейний, машинопису, діловодства, фотосправи, в'язання і вишивання, трикотажних виробів, чеканки по металу, різби по дереву, столярний, слюсарно-механічний, ткацький, переплітно-брошурувальний, підсобно-господарських робіт тощо. Робота в таких кабінетах поліпшує загальний стан хворого, його настрої. Цьому сприяє колективна трудова діяльність, спілкування між хворими, що підвищує установку на видужання, відновлення рухових та мовних функцій.

О.Г. Коган, В.Л. Найдін (1988) рекомендують наступні види працетерапії. Хворі зі спастичними парезами можуть займатися роботою з пластиліном, глиною, гіпсом, що дає можливість в певній мірі диференціювати ступінь напруження спастичних м'язів. Хворим з атактичними розладами призначається працетерапія, пов'язана з точними, швидкими, спритними, багатоплановими діями: робота з картотеками, шиття, робота на телефонній станції, окремі побутові маніпуляції. Хворим без порушення рухових функцій показані всі види праці, які відповідають функціональним можливостям і бажанню: прибирання території, посадка квітів, земляні роботи з лопатою, граблями.

Ефективним є поєднання працетерапії з психотерапією: раціональна психотерапія, навіювання, самонавіювання, групова психотерапія (Т.Д. Демиденко, В.А. Кісельова, Р.І. Львова (1973)).

Під час занять рекомендується також включати ідеомоторне (уявне) тренування трудових операцій, коли хворому рекомендують закрити очі і подумки уявити собі послідовність виконання певної трудової операції. Це в подальшому допоможе оволодінню наступними руховими навиками.

Соціальна реабілітація

Суспільне життя і соціальна роль інвалідів значною мірою визначається фізичним дефектом, викликаним захворюванням, бажанням хворого працювати, відношенням суспільства до непрацездатного.

Соціально-побутова реабілітація. Вироблення навиків до самообслуговування дає можливість хворому звільнитися від сторонньої допомоги, активно пристосовуватися до різних життєвих ситуацій, підвищити свою роль як члена малої соціальної групи (сім'ї).

В більшості випадків вирішальну роль в порушенні соціально-побутової активності у хворих, що перенесли інсульт, відіграють рухові порушення, причому, у верхній кінцівці, оскільки вона є органом праці і самообслуговування. Для їх соціально-побутової реабілітації мають значення: здатність до самостійного переміщення, до маніпуляційної діяльності, до само- та взаємообслуговування, виконання гігієнічних заходів, робіт по дому, збереження у відповідному гігієнічному стані місць загального користування.

Для програмування соціально-побутової реабілітації необхідна функціональна діагностика рівня здатності до побутового пристосування і на цій основі – розробка конкретної програми вироблення навичок в динаміці, з деталізацією і розробленням етапності їх в освоєнні самостійного переміщення, маніпуляційної діяльності, само- та взаємообслуговування. З цією метою в реабілітаційних центрах повинні бути спеціальні кімнати для побутової реабілітації. В них створюються умови для відновлення утрачених побутових функцій чи набуття нових у зв'язку зі змінами маніпуляційної діяльності (верхні парапарези, моно-, геміпарези, гіперкінези, порушення координації) чи способу перебування у вертикальному положенні (стоячи у фіксуємих апаратах з милицями, сидячи в кріслі-каталці тощо).

Важливого значення в цьому процесі набуває відновлення чи вироблення нових навичок приготування їжі, обробки продуктів, користування кухонними побутовими приладами (холодильник, плита, чайник, каструля тощо), прасування білизни, шиття тощо.

Для більш повної реадаптації в побуті пацієнтів з порушеною маніпуляційною діяльністю і здатністю самостійно переміщуватися в кухні, ванній кімнаті, туалеті необхідно розмістити вертикальні і горизонтальні поручні; електророзетки і вимикачі – прикріпити нижче. В квартирі повинні бути обладнані спеціальні тренажери загальнозміцнювального і спеціального впливу.

Залежно від тяжкості парезу і збереження соціально-побутової активності Т.Д. Демиденко і Ю.В. Гольдблат (1977) виділяють **5 основних завдань**, які рекомендується реалізувати в процесі реабілітації неврологічних хворих (в порядку поступового наростання рівня їх соціально-побутової активації):

– досягнення часткового самообслуговування;

- повне самообслуговування зі звільненням членів сім'ї від догляду за хворим;
- участь хворого в сімейній домашній роботі;
- повернення після відповідного перенавчання до суспільно корисної трудової діяльності при полегшенні її характеру;
- повернення до повноцінної праці за своєю спеціальністю.

Працездатність та професійна реабілітація. Головна мета працевлаштування – продовження активної трудової діяльності хворого. Повернення до попередньої, нехай полегшеної праці з її міцними практичними навичками має велике стимулююче значення.

Критерієм визначення ступеня втрати працездатності є, в першу чергу, ступінь втрати функцій, головним чином, рухових і мовних. Працездатність значною мірою залежить також від бажання хворого працювати, суспільних умов, в яких він повинен працювати, відношенням суспільства до непрацездатних. Основною умовою збереження працездатності є відповідність функціональних можливостей людини вимогам, які ставлять до неї фізичне і соціальне середовище, професійна діяльність.

Прогноз відновлення професійної працездатності:

З 1-им та 2-им ступенями порушення рухових функцій, при доброму прогнозі – через 4-6-12 місяців хворі можуть стати до роботи при створенні полегшених умов.

З 3-ім ступенем без мовних порушень – можливе призначення і виконання нескладної роботи на виробництві або виконання надомної роботи.

З 4-им та 5-им ступенями порушення рухових функцій – повернення до роботи практично неможливе. Хворі повинні розвивати навички самообслуговування, навчатися використовувати прості пристосування для їжі виделкою, ложкою, користуватися чашкою, ручкою, олівцем, електробритвою, телефоном тощо.

Групи інвалідності

Інвалідами III групи вважаються хворі з нерізко вираженими порушеннями рухових функцій – незначним обмеженням об'єму рухів в руці та нозі чи в одній з кінцівок і незначним порушенням мовних функцій.

Виховання у хворих бажання до трудової діяльності надзвичайно важливе для подолання складностей, пов'язаних з освоєнням нової роботи чи пристосування до попередньої, але вже в нових умовах. Важливим принципом працевлаштування інвалідів є повна відсутність негативного впливу праці на його здоров'я. Трудове навантаження інвалідів визначається з врахуванням характеру, ступеня функціональних порушень та компенсації порушених функцій.

Протипоказаними до працевлаштування хворих, що перенесли інсульт, є: значне фізичне та нервово-психічне напруження; сильний шум, висока температура при високій вологості; тривале статичне напруження, контакт з токсичними речовинами тощо.

II група інвалідності призначається при збереженій здатності до самообслуговування, але втраті працездатності через парез кінцівок, порушення мови чи психіки.

I група інвалідності призначається у випадку необхідності стороннього догляду за хворим через наявність паралічу кінцівок чи афазії.

Профілактика мозкових катастроф

Профілактика мозкових катастроф – це проблема не тільки медична, але і соціальна. Вона включає заходи первинної профілактики (боротьба з чинниками ризику), а також вторинної профілактики (раннє виявлення, облік, диспансеризація і лікування хворих з початковими проявами недостатності кровопостачання мозку). Важливе значення в ній належить превентивній терапії.

Превентивна терапія – перший ступінь медичної реабілітації. Вона передбачає не тільки раннє розпізнавання захворювання, але і здійснення профілактичних заходів, які попереджують розвиток захворювання:

1. Ранню діагностику чинників ризику і виявлення потенційних “кандидатів” на захворювання. До чинників ризику відносять фізіологічні, поведінкові чинники, а також чинники середовища, що збільшують ризик розвитку судинних захворювань нервової системи.

Найбільшої уваги в профілактиці цереброваскулярних захворювань заслуговують наступні чинники ризику: виражене фізичне та психоемоційне напруження в побуті та на виробництві, гіподинамія, судинні дистонії та артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія та дисліпопротеїнемія, надмірна маса тіла, куріння, зловживання алкоголем.

2. Активне диспансерне спостереження за виявленими потенційними “кандидатами” на захворювання з періодичним викликом на огляд не рідше 2 разів на рік.

3. Розроблення індивідуальної диференційованої програми лікувально-профілактичних заходів, які залежать від виявлених чинників ризику.

4. Визначення психічного статусу особи та проведення його корекції. При оцінці психічного статусу особи необхідно оцінювати не лише соматичні зміни (які визначаються основним захворюванням та його ускладненнями), але і особливості особистості, розумову здатність, емоційну врівноваженість, темперамент, соціально-економічне положення хворого.

Медико-соціальна реабілітація в групах ризику включає нормалізацію сну, режиму праці і відпочинку, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичне лікування, дієтотерапію, психотерапію, при необхідності – відповідне медикаментозне лікування. Важливим є проведення активної санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики інсульту.

Найреальнішим і найефективнішим засобом профілактики є лікування артеріальної гіпертензії. Відомо, що мозковий інсульт виникає у хворих з артеріальною гіпертензією у 7 разів частіше, ніж у хворих з

нормальним артеріальним тиском. Профілактика гострих порушень мозкового кровообігу повинна бути складовою частиною боротьби з серцево-судинними захворюваннями, що зумовлює взаємодію заходів різних спеціалістів: невропатологів, кардіологів, нейрохірургів.

Застосовують заходи з профілактики чинників, які можуть призвести до зриву вищої нервової діяльності. Важливе значення має правильність вибору професії, відповідно до схильностей людини; встановлення доброзичливих взаємостосунків в сім'ї і на роботі: ліквідація поспішності, неритмічності в житті та роботі; усунення особистих конфліктних ситуацій, негативних емоцій, встановлення необхідного ритму роботи. В післяробочий час – регулярний і повноцінний відпочинок, систематичні заняття фізичними вправами, достатнє перебування на свіжому повітрі, сон не менше, ніж 8-9 годин. Велике значення для повноцінного відпочинку має використання санаторіїв, профілакторіїв, будинків відпочинку, в тому числі – без відриву від виробництва.

Факторами, які поліпшують відпочинок є прогулянки, слухання приємної музики, відвідування музеїв, виставок, театрів. Необхідно заборонити перегляд “тяжких фільмів”, якими можуть стати не тільки трагедії, а і сцени, пов’язані з особистими переживаннями хворого в минулому чи в теперішній час. Книжки повинні підбиратися також індивідуально.

Харчування. Особам старше 40 років необхідно обмежити жирні сорти м’яса, вживання яєць, вершкового масла, сала, ковбаси. Необхідно вживати більше сиру, кефіру, рослинного масла, фруктів, овочів, в тому числі сирих у вигляді салатів з рослинним маслом. Рекомендується робити один раз на 10 днів розвантажувальні яблучні дні.

У всіх цих заходах поруч з лікарем активну роль відіграє медична сестра. Виконання програми реабілітації значно розширює коло діяльності лікарів та медичних сестер порівняно зі звичайними стаціонарними чи поліклінічними відділеннями. Це вимагає від лікаря та медичної сестри реабілітаційного відділення постійного розширення свого кругозору, теоретичної і практичної підготовки.

Важливе значення має вміння проведення профілактичних та реабілітаційних заходів і для працівників сімейної медицини.

3.1.2. Медична та соціальна реабілітація хворих після травм спинного мозку

За даними ООН всього на Землі протягом року реєструють близько 6-8 мільйонів травм з ураженням нервової системи, які у 12-15 % випадків призводять до смерті. Розрізняють такі основні форми травматичних уражень спинного мозку: струс, забій, крововилив, стиснення. Спинний мозок страждає переважно у разі переломів хребців (компресійних, осколкових),

що призводять до його стиснення, внаслідок чого нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні, тазові розлади. Тяжкість і стійкість їх залежить від рівня травми, ступеня порушення цілісності і поширення патологічного процесу у поперечнику та по довжині спинного мозку. Найчастіше ушкодження локалізуються на рівні C_1-C_6 і $T_{12}-L_1$ хребців. Чим вищий рівень пошкодження хребта, тим частіше пошкоджується спинний мозок.

Мета реабілітації – досягнення максимально можливої медичної, психологічної, професійної і соціальної реабілітації.

Завдання реабілітації – створення максимально сприятливих умов для перебігу реституційно-регенеративних процесів у спинному мозку; нормалізація порушеного обміну речовин; попередження і лікування пролежнів і деформацій кістково-суглобового апарату; встановлення контрольованих актів сечовипускання, дефекації; відновлення статевої здатності; профілактика і лікування ускладнень з боку сечовидільної, дихальної, серцево-судинної систем; попередження і лікування атрофії м'язів; вироблення здатності самостійно переміщуватися, користуватися протезами; набуття навичок самообслуговування; професійне перенавчання; раціональне працевлаштування.

Прогноз залежить від форми і травми спінальної травми. Він звичайно сприятливий у разі струсів спинного мозку, незначних крововиливів. У хворих, які перенесли забій спинного мозку, значний епідуральний чи паренхіматозний крововилив, особливо на тлі переломів і вивихів, ушкоджень міжхребцевих дисків, розриву зв'язок тощо, наслідок менш сприятливий, смертність досягає 25 % (її причини: уросепсис, дихальні розлади, пневмонії). Повне відновлення спінальних функцій у віддалений період відбувається не завжди. Воно залежить від ступеня пошкодження спинного мозку і переважання незворотних чи зворотних змін спинного мозку і кінського хвоста. В.М. Угрюмов (1961) наслідки травм спинного мозку поділяє на 3 групи: до першої віднесені хворі, яким операція забезпечила декомпресію спинного мозку і тим самим були створені умови для відновлення функцій; до другої – хворі, у яких після операції рухова функція відновила частково і залишились парези та паралічі; до третьої – хворі з тяжкими ушкодженнями спинного мозку, в тому числі, з повним перериванням його. У такому випадку розлади функції спинного мозку незворотні, відновлення втрачених функцій нижче місця травми не відбувається.

Засоби реабілітації

Комплексна відновна терапія травм спинного мозку забезпечується поєднанням різних засобів консервативного і оперативного лікування та диференціюється залежно від механізму травми, характеру пошкодження, рівня пошкодження, тяжкості і періоду захворювання спинного мозку, а також ступеня компенсації порушених функцій організму. Використову-

ють медикаментозну терапію, лікування положенням, дієто-і психотерапію, ортопедичні засоби, засоби фізичної реабілітації.

Починається вона з правильного транспортування хворого: на щиті, у суворо горизонтальному положенні з фіксацією, що виключає будь-які зміщення хребтового стовпа. У разі травми шийного відділу хребта – в положенні на спині, грудного і поперекового – на животі (якщо хворий втратив свідомість – на спині).

Хворим з травмами хребта і спинного мозку найбільш доцільно проводити реабілітацію в умовах спеціалізованого лікувального закладу – спінального реабілітаційного центру для хворих з пошкодженнями спинного мозку, де може проводитися комплексне лікування за участю всіх необхідних спеціалістів (невропатолог, нейрохірург, ортопед, уролог, фізіотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури тощо).

Лікарняний період

Медична реабілітація

Консервативне та хірургічне лікування. В перебігу ускладнених пошкоджень хребта розрізняють гострий (2-3 доби), ранній (2-3 тижні), відновний (близько 2-3 місяців) і резидуальний (2-3 роки і більше) періоди. Головне завдання – правильно організувати і чітко провести лікування в гострий післятравматичний період. Залежно від наслідків травми лікування може бути консервативне та хірургічне. На цьому етапі особливе велике значення має догляд за хворими, профілактика та лікування ускладнень.

При струсі і забої спинного мозку лікування консервативне: іммобілізація хребта, спокій, симптоматичні і дегідратаційні засоби, масаж, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, рефлексотерапія, лазеротерапія.

При наявності крововиливів. Якщо компресійних синдромів немає, то можна обмежитись іммобілізацією, спокоєм, призначенням коагулянтів, локальної гіпотермії.

При переломах хребта зі зміщенням відламків з метою вправлення їх і усунення деформації хребтового каналу використовують: одномоментне закриті, відкрите вправлення, витягання, оперативне вправлення. При переломах шийного чи верхньогрудного відділів хребта користуються петлею Гліссона, останнім часом надають перевагу скелетному витягненню за череп металевими скобами. При переломах попереково-грудного відділу рекомендується для вправлення користуватись скелетним витягненням за кістки таза. Головний кінець ліжка піднімають. Використовують вантаж 10-15 кг.

При синдромі стиснення спинного мозку. Якщо внаслідок перелому хребта зі зміщенням або гематоми розвивається синдром стиснення спин-

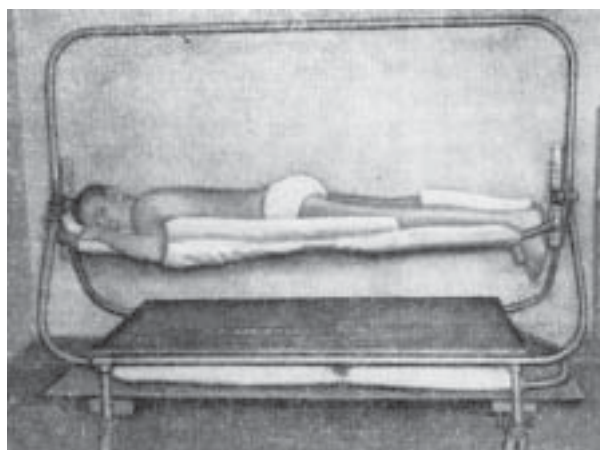
ного мозку, то це є показанням до невідкладного хірургічного втручання, оскільки без усунення компресії спинного мозку його функціональний стан, як правило, не поліпшиться. Найтяжчими ускладненнями травми спинного мозку є травматичний шок і колапс, що виникають у разі поєднання ушкоджень хребта і спинного мозку.

В гострий період патогенетична терапія включає призначення дегідратуючих засобів, препаратів, що зменшують проникність судинної стінки, гемостатичних препаратів, засобів, що покращують мікроциркуляцію, протибольові препарати. З перших днів захворювання повинна проводитись антибіотикотерапія для профілактики ранніх інфекційних захворювань.

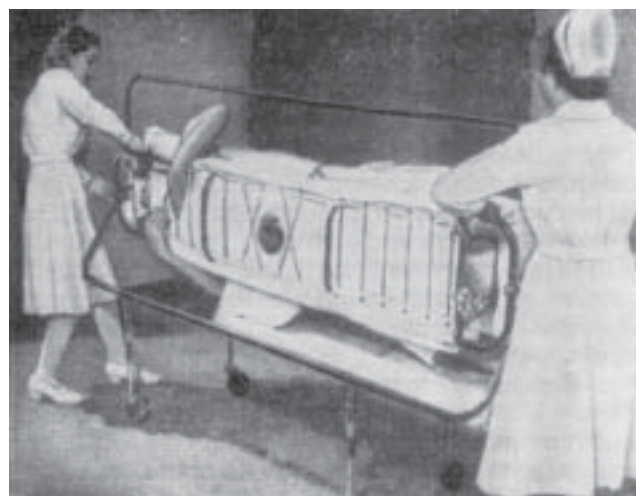
У відновний період для активації компенсаторно-регенеративного процесу і запобігання рубцево-спайковим змінам призначають розсмоктувальні і загальнозміцнювальні засоби (лідазу, пірогенал, алое, склоподібне тіло, вітаміни групи В), для покращення метаболізму в мозковій тканині – вітаміни групи В, церебралізін, АТФ, кокарбоксілазу, ноотропіл. Для лікування рухових розладів призначають антихолінестеразні препарати, дибазол, при високому м'язовому тонусі – мідокалм та ін. Для відновлення м'язової активності застосовують комплекс лікувальних засобів, які включають: медикаментозні засоби (прозерин, фізостигмін, оксазил, галантамін, вітамін С і групи В, АТФ, кофеїн), а також електростимуляцію в'ялопаретичних м'язів, вібростимуляцію.

Догляд за хворим. У гострий період дуже важливо забезпечити правильне положення хворого в ліжку, що залежить від форми рухових розладів. При в'ялих паралічах рука укладається у середньо-фізіологічне положення. При спастичних паралічах кінцівки укладають в таке положення, при якому спастичні м'язи були б максимально розтягнуті, а її антагоністи – скорочені. Надане хворому положення слід змінювати через 2-3 год. Нерухомість є неприпустимою: утворюються пролежні. З цією ж метою застосовують дволядові рами Стрікера (рис. 10).

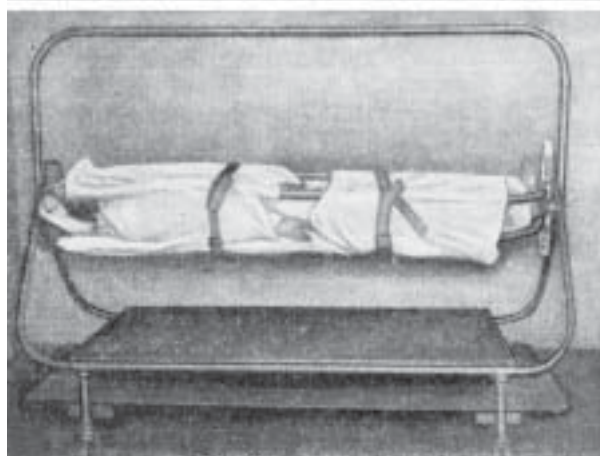
Для профілактики уросепсису необхідне суворе дотримання асептики під час катетеризації. Догляд за шкірою: шкіру декілька разів на день протирають камфорним спиртом. Для профілактики пролежнів необхідні часті зміни положення тіла, використання губчастих або пневматичних матраців, гумового круга. Під лопатки, крижі, п'ятки підкладають спеціальні мішечки, заповнені насінням льону, проса або ватні валики. Змінювати точки опори і положення хворого в ліжку: на спині, на животі, на боці (при відсутності протипоказань) протягом перших тижнів необхідно через кожні 2 години. У цей час проводять масаж шкіри спини, обробляють її дубильними засобами (одеколон, водний розчин таніну та ін.). Ділянку мацерації обробляють концентрованим розчином калію перманганату. Обов'язково слід запобігати забрудненню ділянки крижів каловими масами, сечею.



а



в



б



г

*Рис. 10. Поворот хворого, фіксованого до дволядової рами Стрікера:
а – положення хворого на животі; б – фіксація хворого перед поворотом (ремені зав'язані);
в – поворот хворого; г – положення хворого на спині (І.М. Іргер, 1971).*

Лікування ускладнень

Зразу ж необхідно проводити заходи, спрямовані на профілактику трофічних розладів, бо нижче від рівня ушкодження спинного мозку значно порушується трофіка тканин і внутрішніх органів. Виникають пролежні і мацерації. Травми шийного і верхньогрудного відділів спинного мозку часто супроводжуються гострими трофічними розладами в легенях. У разі травм нижньогрудного і поперекового відділів спинного мозку виникають нейротрофічні порушення в органах черевної порожнини. Травми спинного мозку завжди призводять до розладу функції органів таза: порушується сечовиділення, дефекація, статеві функції.

Лікування пролежнів. Пролежні, які виникають у 20-53 % хворих, є вхідними воротами інфекції, стають джерелом септичних ускладнень і у 20-30 % – летальних випадків.

Медикаментозні засоби: ефективним є застосування стимуляторів відновних процесів (метилурацил, вітаміни, підшкірна оксигенація), накладають пов'язки з антисептиками і антибіотиками, гіпертонічним розчином, мазеві пов'язки.

Фізіотерапевтичні засоби. В стадії первинної реакції – ультрафіолетове опромінення, в некротичній і некротично-запальній стадії – ультрафіолетове опромінювання, (після некректомії) – локальне використання протеолітичних ферментів, найефективніше – введення їх за допомогою гальванічного струму. В запально-регенеративній стадії – УВЧ, ультразвук, ультрафіолетове опромінювання тощо. При глибоких пролежнях – франклінізація з соком каланхое. В регенеративній стадії – електрофорез алое, склоподібного тіла. При процесах, які в'яло перебігають – дарсанвалізація і електромагнітне поле НВЧ. При пролежнях рубця, запальних інфільтратах, які тривалий час не розсмоктуються і глибоких колагенових рубцях показане застосування ферментотерапії – ронідаза чи лідаза-електрофорез.

У випадку тривалого незагоювання пролежня застосовують оперативне лікування (некректомія, вільна шкірна автопластика, місцевопластичні операції).

Лікування порушення функції сечового міхура. *При гіпотонічному синдромі* – періодична катетеризація з метою виведення сечі і промивання сечового міхура; зовнішня або трансректальна стимуляція діадинамічними або синусоїдальними модульованими струмами за збуджуючою методикою; електрофорез прозерину або пілокарпіну; голкорексфлексотерапія (збуджуючий метод), грязеві аплікації відповідного вогнища ураження спинного мозку; лікувальна гімнастика для м'язів таза; функціональне моделювання акту сечовипускання: електростимуляція сечового міхура, коли внутрішньоміхуровий тиск досягає заданої величини, радіочастотна стимуляція сечового міхура.

При синдромі гіпертонії детрузора і сфінктера: діадинамічні чи синусоїдальні модульовані струми за гальмівною методикою; парафінові і грязеві аплікації чи гальваногрязь на сечовий міхур; електрофорез лідази; голкорексфлексотерапія (гальмівний метод); сегментарний масаж; кінезогідротерапія в басейні; пресакральні і ендосакральні новокаїнові блокади.

При міхурових порушеннях водночас із катетеризацією рекомендується тренувати сечовий міхур, витискуючи сечу через рівні проміжки часу. Якщо тазові порушення носять затяжний характер, то рекомендується накладати надлобкову сечо-міхурову норицю. У разі симптомів циститу призначають регулярні промивання антисептичними (борна кислота, срібла нітрат, фурадонін, сульфаніламід, антибіотики) засобами.

Лікування порушення функції кишечника. *При парезі кишок* показані послаблювальні засоби, сифонні клізми, холіноміметичні препарати (прозерин, галантамін), електрофорез прозерину на ділянку кишечника: електроімпульсну стимуляцію ректальним електродом; зовнішню електростимуляцію кишечника синусоїдальними модульованими струмами; голкорексфлексотерапію за збуджуючою методикою; сегментарний масаж; грязеві ректальні тампони; комплекс вправ лікувальної гімнастики для м'язів живота і тазового дна.

При спастичних запорах показано: електрофорез атропіну на ділянку кишечника; зовнішня електростимуляція кишечника синусоїдальними модульованими струмами; електроімпульсна стимуляція ректальними електродами; масаж живота і сегментарний масаж; грязеві ректальні тампони; голкотерапія за гальмівним методом.

При нетриманні калу лікування включає комбінацію різних лікувальних засобів: ін'єкцій прозерину, стрихніну, вітаміну В₁, АТФ; голкорексфлексотерапія за збудливим методом; ендосакральне введення суміші прозерину і стрихніну; електроімпульсну стимуляцію ректальним електродом; електрофорезу прозерину; грязеві аплікації на ділянку крижів; сегментарний масаж; комплекс вправ лікувальної гімнастики для зміцнення м'язів тазового дна.

Профілактика пневмонії полягає у проведенні антибіотикотерапії, ЛФК (дихальної гімнастики, загальнозміцнювальних вправ, регулярних змін положення тіла), масажу, фізіотерапевтичних процедур (медикаментозний електрофорез, інгаляції тощо)

Лікувальне харчування

Для корекції водно-електролітного і вітамінного балансу необхідний контрольований питний режим і багата на електроліти, мікроелементи і вітаміни їжа. Їжа повинна легко засвоюватися, мати високу енергетичну цінність, містити велику кількість вуглеводів. Щоб поліпшити травлення, призначають хлористоводневу (соляну) кислоту, шлунковий сік. Для стимулювання перистальтики кишок найефективнішим є внутрішньовенне

введення гіпертонічного розчину натрію хлориду, ін'єкції прозерину, фізостигміну, високі клізми з олією терапевтичною очищеною (скипидаром очищеним), гліцерином. При потребі переливають кров, плазму, альбумін, білкові гідролізати, амінокислоти.

Лікувальна фізична культура

Призначають на 2-3 день після травми або операції. Засоби ЛФК – фізичні вправи та лікування положенням. Фізичні вправи застосовують у вигляді лікувальної гімнастики, ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять. Заняття проводить реабілітолог 2-3 рази на день. Починають з дихальних вправ (спочатку статичних, пізніше – динамічних). При травмах шийного відділу хребта – на початку лікування останні не показані. Через кожну 1-1,5 години хворий самостійно чи під контролем виконує дихальні вправи з використанням черевного типу дихання. Призначають вправи для напруження сідниць з одночасним втягуванням м'язів промежини і заднього проходу. Проводять пасивні вправи для уражених кінцівок, активні та активно-пасивні – для здорових. Рухи виконуються повільно, кожну вправу повторюють спочатку 2-3, пізніше – 6-8 разів. Хворий повинен докладати зусилля до виконання вправ на уражених кінцівках (намагатись зосередитись на виконуваному русі, контролювати рухи зором, подавати словесний наказ до дії, посылати імпульси до руху, намагатись виконати ізометричне напруження уражених м'язів). При появі активного імпульсу до рухів всю увагу спрямовують на підтримку, закріплення і подальший його розвиток.

До ліжка таких хворих повинні бути прикріплені балканські рами (у вигляді паралельних брусів) з навішеними на них різними блочними системами для виконання за їх допомогою пасивних рухів ураженими кінцівками.

В подальшому комплекс загальнорозвиваючих вправ розширюють, звертають увагу на зміцнення здорових м'язів (особливо – на компенсаторний розвиток верхніх кінцівок і плечового пояса), розвиток рівноваги, координації рухів. Вибір спеціальних вправ залежить від форми порушення рухових функцій: при спастичних паралічах і парезах вправи спрямовані на розслаблення та розтягнення м'язів, при в'ялих – на зміцнення м'язів і удосконалення управління ними (рис. 11).

Через місяць (при ураженні спинного мозку на рівні грудного і поперекового відділів хребта та відсутності протипоказань) хворого повертають на бік, потім він повертається самостійно. Звертають увагу на зміцнення м'язів тулуба, здорових кінцівок, виконують вправи на координацію, на увагу. До кінця другого місяця (при відсутності протипоказань) хворому дозволяють самостійно пересуватись у межах ліжка, спираючись на руки, а потім – переходити в упор, стоячи на колінах і поступово приступити до переміщення по ліжку в цьому положенні за рахунок м'язів тулуба.

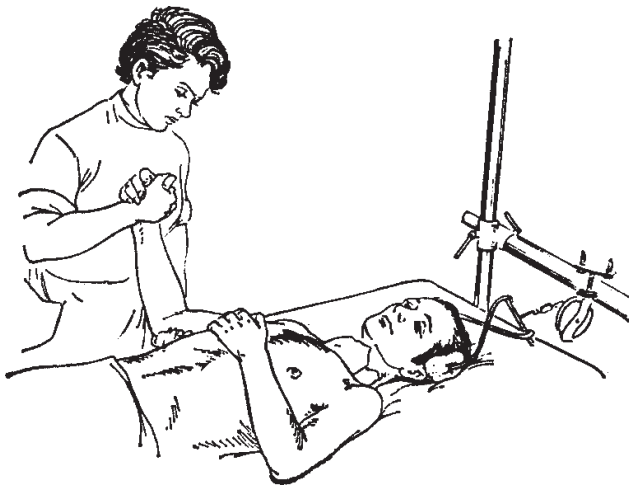


Рис. 11. Вправи для м'язів-згиначів та розгиначів ліктьового суглоба з протидією рукою методиста (хворий з пошкодженням шийного відділу хребта).

Після того, коли хворий зможе сидіти, рекомендується включати кінезогідротерапію (вправи у воді): для цього використовують ванни, а окремо для кінцівок застосовують камерні ванни. Температура води – 36-40 °С. У камерних ваннах (залежно від завдань) температура води може змінюватися: при спастичних паралічах може бути дещо вища (38-40 °С), при в'ялих – дещо нижча (28-30-35 °С).

Масаж

Масаж призначають після зняття гострих проявів спінального шоку – через 3-4 дні після травми чи операції для попередження пролежнів, пневмонії, дисфункції кишечника. Використовують ніжне погладження і розтирання з камфорним спиртом шкіри ділянок сідниць, крижів, лопаток, ліктів, п'яток. Пізніше призначають масаж грудної клітки для профілактики гіпостатичної пневмонії. При стабілізації стану хворого – залежно від особливостей рухових і вісцеротрофічних розладів – диференційовано використовуються різні види масажу: класичного, сегментарного, точкового, їх поєднання, вібро-, гідро-, самомасаж. При спастичних паралічах: для зняття високого тону м'язів використовують ніжні прийоми погладження, розтирання, розминання, безперервної вібрації; а для підвищення тону розтягнутих м'язів-антагоністів – ці ж прийоми виконуються дещо інтенсивніше, включають посмикування, ніжне пунктування, поколювання.

Рефлекторно-сегментарний масаж передбачає масаж паравертебральних і рефлексогенних зон іннервації спинномозкових сегментів ураженого відділу хребта. Використовують ніжні прийоми погладження, розтирання, розминання, вібрації поза вогнищем ураження. Методика місцевого масажу при цьому залежить від завдань. При спастичному кишечному синдромі використовують площинне погладження живота за годинниковою стрілкою, ніжне розтирання, пересікання передньої черевної стінки, ніжне розтирання кишечника пальцями за годинниковою стрілкою. При атонії кишок вказані прийоми проводять дещо інтенсивніше. Крім цього, використовують розминання м'язів передньої черевної стінки, ніжні по-

стукування по ній, стрясування живота і таза. При порушеннях функції сечового міхура місцевий масаж проводиться як і при дисфункції кишечника, лише доповнюється масажем надлобкової ділянки та лобкової кістки.

Фізіотерапевтичне лікування

Призначають з перших днів після травми: аерозольтерапію з антибіотиками, бронхолітичними засобами, фітонцидами, медикаментозний електрофорез, УВЧ, кварц, діадинамотермію, УФО. Для зменшення болювого синдрому поруч з медикаментозними засобами застосовують наступні фізіотерапевтичні засоби: діадинамічні струми, синусоїдальні модульовані струми, електрофорез, діадинамоелектрофорез аналгезуючих засобів, електросон, електричне поле УВЧ, ультрафонофорез аналгетиків, преднізолону, трилону В, папаїну, черезшкірну електронейростимуляцію, голкорексотерапію за гальмівним методом.

Пізніше використовують магнітотерапію, дарсонвалізацію електростимуляцію паретичних та ослаблених м'язів, біоелектростимуляцію, електростимуляцію сечового міхура і кишок, ультразвук, індуктотермію. В подальшому приєднують парафін, грязеві аплікації, електрофорез кальцію йодиду, лідази, трипсину, постійні електромагнітні поля, фонофорез гідрокортизону, гіпербаричну оксигенацію тощо. Ефективною є гальванізація вздовж хребтового стовпа, іонофорез препаратів йоду, прозерину, у разі болю – новокаїну. Фізіотерапевтичне лікування пролежнів, порушень функції сечового міхура і кишечника описані вище.

Психотерапія

Завдання психічної реабілітації: корекція уявлень хворого про внутрішню картину захворювання, її прогнозу, працездатності і положення в соціальній сфері, а також переживань, що виникли у зв'язку з цим; корекція деонтологічної ситуації, корекція мотивацій до здоров'я, реабілітації, трудової діяльності, соціальної активності; корекція системи відношень особистості (медперсонал, сім'я, колектив, друзі, адміністрація, суспільні організації); психологічна активація і нормалізація поведінки пацієнта відповідно до адекватної реабілітаційної перспективи міжособистісних стосунків. Правильно проведена психологічна реабілітація має надзвичайно велике значення, бо хворий може багато досягнути завдяки мотиваційній діяльності, силі волі, психологічним формам компенсації. Навпаки, нерідко помилкове уявлення про хворобу, неадекватна і патологічна реакція на неї, можуть стати причиною неефективності лікувальних і реабілітаційних заходів.

Післялікарняний період реабілітації

Післялікарняний період реабілітації проводиться у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці.

Медична реабілітація

Засоби реабілітації

Застосовують симптоматичну медикаментозну терапію, ретельний догляд за хворим, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію, проводять психічну та соціально-трудова реабілітацію.

У відділення реабілітації хворих переводять через 3-4 місяці після травми. Перший підготовчий період медичної реабілітації триває 3-6 місяців і вважається закінченим, коли хворий з травмою спинного мозку самостійно обслуговує себе в ліжку. Надалі хворого навчають ходити в лікувальних гіпсожелезних таторах, а через 2-3 місяці – користуватися фіксуєчими гігієногільзовими апаратами.

Підготовка хворого до переходу у вертикальне положення, вставання, користування протезами. Для попередження ортостатичної реакції з перших днів занять ЛФК (за винятком травм шийного та верхньогрудного відділів хребта) хворому призначають вправи для шийного відділу хребта, повороти тулуба, піднімають головний кінець ліжка, поступово збільшуючи його висоту і час перебування пацієнта в цьому положенні. Готувати ноги до вставання починають з перших днів призначення ЛФК. Виконують активні, пасивні, активно-пасивні вправи та масаж нижніх кінцівок, під ноги підкладають дощечку для упору. Для зміцнення м'язів поясу верхніх кінцівок призначають загальнорозвиваючі вправи зі спортивними снарядами та без них (рис. 12).

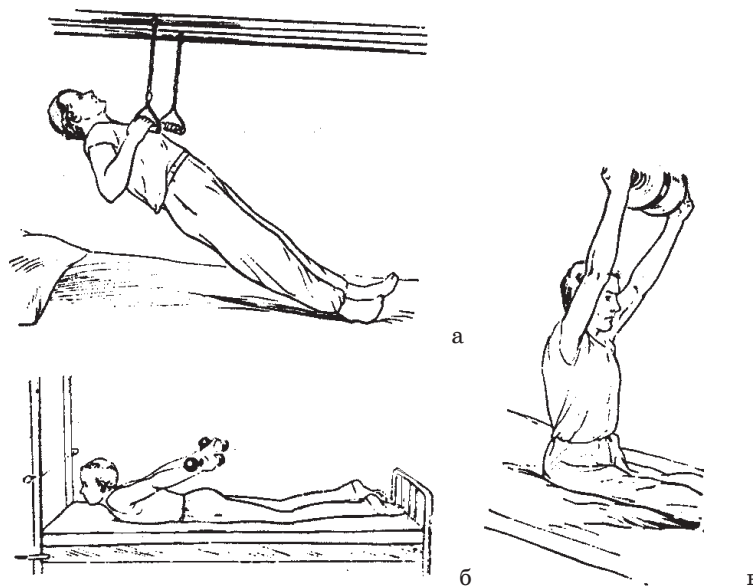


Рис. 12. Загальнорозвиваючі вправи в ліжку зі спортивними снарядами: кільцями (а), гантелями (б), легкою штангою (г).

Починаючи з 2-4 місяця призначають тренування на поворотному столі Гракха та на ортостенді. При цьому зафіксованого до стола хворого, поступово змінюючи кут нахилу стола, доводять до вертикального положення. В цей час йому рекомендують намагатися опиратися на ноги, переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу (рис. 13, 14).

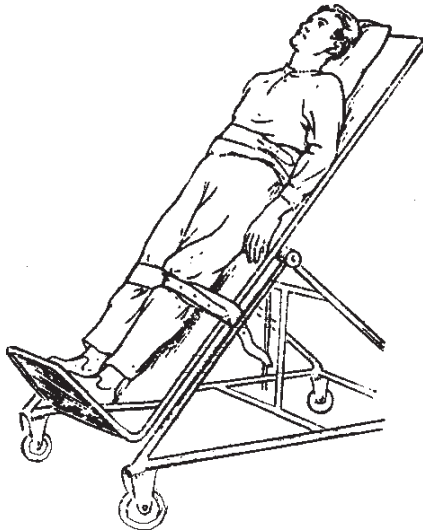


Рис. 13. Пасивне надання хворому вертикального положення за допомогою поворотного стола.

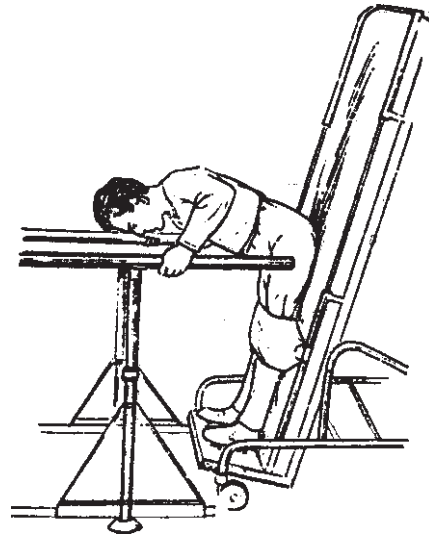


Рис. 14. Активне надання хворому вертикального положення.

Ортопедична апаратура. Наступний етап реабілітації – навчити користуватися ортопедичною апаратурою хворих, які самостійно не можуть ходити: ортопедичним взуттям, беззамковими фіксуючими апаратами, фіксуючими апаратами із замками на колінних, кульшових суглобах з корсетом і без нього тощо (рис. 15).

Хворого спочатку вчать стояти у фіксуючому апараті та корсеті, потім викидати ногу вперед, назад, вбік, далі – переміщуватись, спираючись на нерухому опору, а згодом – навчають ходьбі у манежі, спираючись на милиці-триніжки, милиці з підлокітниками, “ходилки”, чотирьох-, трьохопорні ціпки тощо (рис. 16, 17, 18).

Апарати функціональної електростимуляції м’язів. Останнім часом широко використовуються апарати функціональної електростимуляції м’язів. Так Л.С. Алеєв (1980) запропонував метод багатоканального програмованого біоелектричного управління, при якому в певному ритмі викликаються комплексні рухи кінцівками з тією ж послідовністю скорочення і розслаблення різних груп м’язів, як і при правильному руховому акті. Розроблені відповідні апарати і для застосування при парезах верхніх кінцівок.

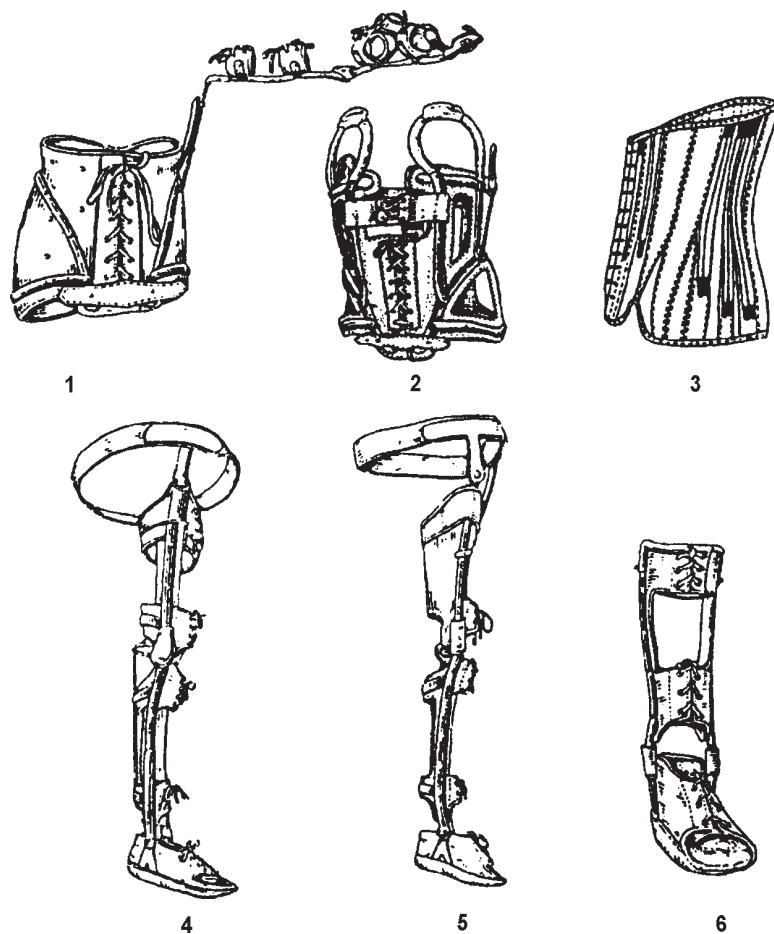


Рис. 15. Ортопедичні апарати: 1 – розвантажувально-відвідний апарат на руку; 2 – м'який корсет; 3 – жорсткий фіксуючий розвантажувальний корсет; 4 – замковий апарат, що застосовується при в'ялому паралічі; 5 – беззамковий апарат для нижньої кінцівки; 6 – апарат на гомілку і стопу (В. М. Мухін, 2000).

Лікувальна фізична культура. Лікувальна фізкультура – найбільш фізіологічний і адекватний метод відновлення рухової активності. Її необхідно застосовувати протягом всього подальшого життя хворого. Основні принципи застосування ЛФК наступні:

1. *Чітка диференціація завдань*, які залежать від стану хворого: відновлення м'язової сили та координації рухів; попередження і ліквідація контрактур; розвиток здатності до маніпулятивних дій, вироблення навичок побутового обслуговування, нормалізація порушеного обміну речовин; нормалізація власного дихання; встановлення контрольованих актів дефекації і сечовипускання; вироблення нових професійних навичок.

2. *Інтегративне використання різних методів* в комплексі ЛФК – комплексної і аналітичної гімнастики, прийомів обтяження тощо.

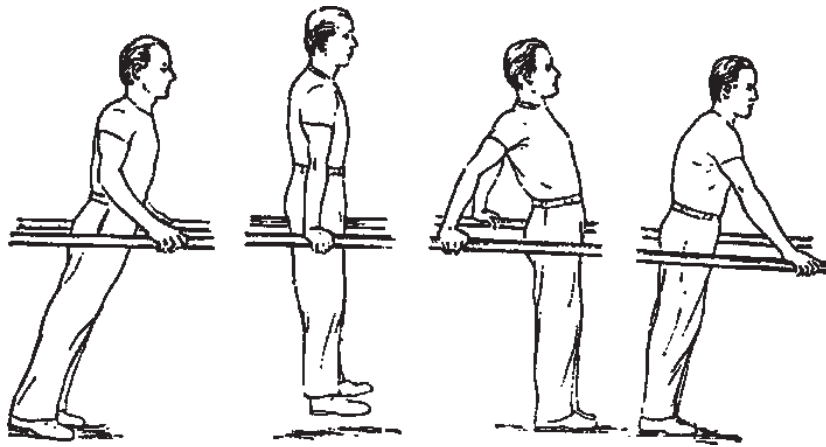


Рис. 16. Послідовні фази повного циклу двотактного “кроку кенгуру” на паралельних брусах.

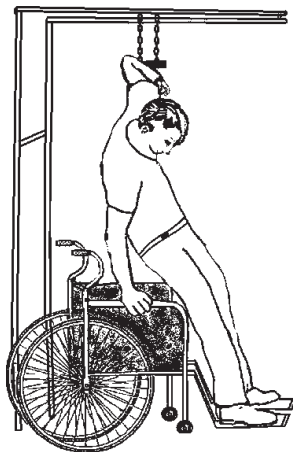


Рис. 17. Тренування самостійного переміщення з крісла-каталки на крісло і навпаки.

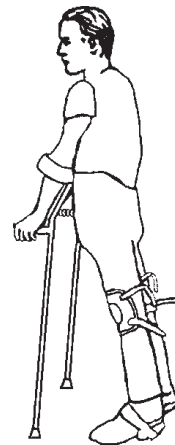


Рис. 18. Універсальний апарат, що застосовується для стабілізації ніг при прямостоянні.

3. *Залежність гімнастичних вправ* від клінічних синдромів, рухових розладів, типу порушення м'язового тону, наявності контрактур, стану координації і статодинамічної характеристики опорної функції. Доцільне використання активних, пасивних і активно-пасивних вправ з допомогою методиста і рук хворого, гумової тяги, блоків, підвісної площини і оптимальних вихідних положень як при ізотонічному, так і при ізометричному режимах. Поруч з використанням вправ різного характеру (корегуючих, на розвиток м'язової сили, на координацію, в рівновазі тощо) велика увага повинна бути приділена вправам на розвиток здатності до маніпуляційних дій. Особливо важливими є комплексні вправи на віднов-

лення функції кисті (при її порушенні): маніпуляції з предметами, захват, утримання, швидкість, чіткість рухів тощо.

4. *Вправи спортивно-прикладного типу* повинні включати комплексну систему розвитку і навчання ходьбі як методу самостійного переміщення. Найбільш ефективно послідовне і, певною мірою, паралельне використання наступних вправ: заняття на спеціальному ліжку зі змінним кутом розміщення ложа; вправи на гімнастичних матах, застосування укорочених милиць, використання підвісних площин і еластичних тяг, ходьба між паралельними брусами в гімнастичному залі, басейні, переміщення за рахунок різноманітних ручних манежів, стропил, які рухаються по монорельсі, з милицями, миличними палицями; ходьба по сходах вгору та вниз; ходьба з переступанням розміщених на підлозі предметів різної висоти, ходьба з ношею, ходьба в темноті (з закритими очима); падання і вставання (рис. 19).

5. Диференційоване використання протезно-ортопедичних *апаратів*: ортопедичного взуття, фіксуючих апаратів для забезпечення можливості самостійного переміщення.

6. Для вироблення навичок побутового самообслуговування повинна бути використана система вправ з навчання самостійних поворотів в ліжку, переходу в сидяче і вертикальне положення, переміщенню з ліжка на крісло-каталку і стілець, з крісла-каталки на стілець, унітаз, в автомобіль тощо.

7. *Елементи спорту*. Ефективним є включення в комплекс спортивних вправ: баскетбол, стрільба з лука, метання гранати, списа, плавання тощо.

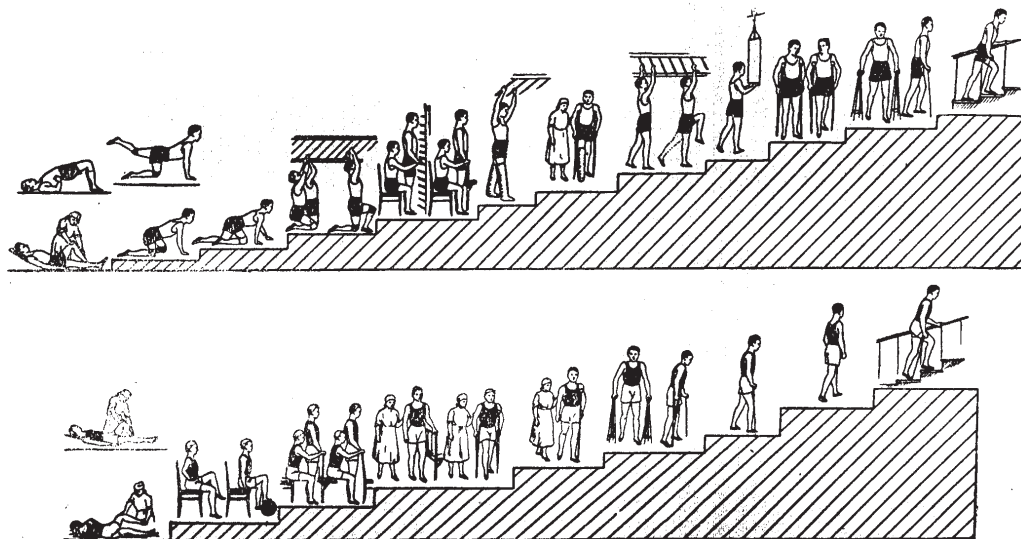


Рис. 19. Методика навчання ходьбі при в'ялих парезах (вгорі) та спастичних (внизу) (В.М. Мошков, 1982).

8. Всі вправи повинні *повторюватися багато разів*: як під час занять з реабілітологом, так і при самостійних заняттях. Тривалість процедури лікувальної фізкультури (враховуючи паузи для відпочинку) від 1 до 1,5 год. Протягом дня фізичним вправам повинно виділятися 2,0-2,5 год, а у пізній відновний і резидуальний період – більше.

Лікувальний масаж. Проводять щоденно. Курс лікування 1,5-2 місяці. Перерва між курсами 2-3 тижні. Використовують сегментарно-рефлекторний, точковий масаж. Їх методика залежить від клінічної симптоматики і завдань масажу (описана вище).

Фізіотерапевтичне лікування. Використовують медикаментозний електрофорез кальцію йодиду, лідази, трипсину, дарсанвалізацію, магнітотерапію, УВЧ, діадинамотерапію, лазери, ультразвук, постійні електромагнітні поля, фонофорез гідрокортизону, електростимуляцію, гіпербаричну оксигенацію, парафінові, грязеві аплікації, гідрогальванічні ванни, радонові, сульфідні, хлоридно-натрієві ванни тощо. Курс лікування – два місяці, по 3-4 рази на рік.

Механотерапія. За допомогою апарату “Міотон” і “Міотон-2м” проводиться відновлення рухової пам’яті і автоматизму рухових навичок – розвиток і тренування крокових рухів для нижніх кінцівок і “хвотальних” для верхніх; тренування ходьби шляхом використання паталогічних флексорних і екстензорних рефлексів. Для відновлення амплітуди рухів у суглобах і м’язової сили застосовують апарати маятникового і блочного типів, механічні портативні пристосування для рухів. При спастичних парезах і контрактурах використовуються рухи на розтягнення, а в’ялих – підсилення тону м’язів. В останньому випадку амплітуда рухів не повинна перевищувати фізіологічну рухомість суглоба.

Рефлексотерапія. Найчастіше використовують голкорексотерапію. Методика використання (гальмівний чи тонізуючий метод впливу) та точки акупунктури залежать від клінічних наслідків травм хребта.

Відновлення статевої потенції. Здатність хворого до подружнього життя сприяє збереженню сім’ї. Різні клінічні синдроми спінальної органічної імпотенції вимагають обґрунтованого диференційованого патогенетичного лікування, яке повинно починатися після ліквідації ускладнень з боку сечостатевих органів та після досягнення загального задовільного стану хворого.

При гіпоерекційному синдромі спінальної імпотенції призначають ін’єкції прозерину, стрихніну, вітамінів, тонізуючих препаратів (настоянка китайського лимонника, аралії), електрофорез прозерину на ділянку промежини, сегментарний масаж, голкорексотерапію за збуджуючим методом. При анерекційному синдромі, як найбільш тяжкому прояву статевої дисфункції, показані гормональні препарати, сустанон, ректальні грязеві тампони, ендосакральне або ендолумбальне введення прозерину зі стрихніном, використання еректорів різних конструкцій. При синдромі прискореної еякуляції призначають голкорексотерапію за гальмівним

методом, новокаїнові паравертебральні блокади на рівні T₁₁-T₁₂ сегмента, транквілізатори.

Працетерапія. Використовують переважно загальнотонізуючу і відновну працетерапію з метою збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках, зміцнення м'язів, покращення координації рухів, відновлення рухових навичок побутового і професійного характеру, навчання самообслуговуванню, відновлення побутової активності, для покращення психоемоційного стану. При тетрапарезах для хворих з в'ялими парезами показана робота на ручній і ніжній швейній машинці, найпростіші столярні і слюсарні роботи; хворим з спастичними парезами показані дрібні роботи з пластиліном, глиною, гіпсом, плетення, намотування ниток, картонажні, палітурні роботи. При порушенні елементарних функцій кінцівок працетерапія полягає у вихованні навичок самообслуговування: самостійно виконувати туалетні маніпуляції, їсти спочатку тверду їжу, а потім напіврідку, використовуючи ложки та виделки з кільцевими фіксаторами для пальців. Подібні фіксатори накладають на ручку, олівець, фломастер при відновленні навички письма. На навчально-трудовах стендах і макетах хворі відновлюють здатність користуватись замками, телефоном, штепселем, вирикачем, засувкою, застібкою, гудзиками, кранами тощо.

Санаторно-курортне лікування: проводиться на курортах грязевих, рапних, бальнеологічних, приморських (Саки, Нафталан, Стара Русса, Слов'янськ тощо).

Психологічна реабілітація. Завдання психологічної реабілітації: розуміння хворим реального стану свого здоров'я і перспектив відновлення утрачених функцій, мобілізація волі хворого для активного сприяння досягненню максимально можливого рівня рухової активності і контролю діяльності тазових органів, усвідомлення необхідності і можливості соціально корисної трудової діяльності та збереження сім'ї при наявності стійкого обмеження здатності самостійного переміщення і інших функціональних порушень як наслідків травми хребта і спинного мозку.

Психологічна реабілітація і корекція змін психіки (психопатизація особистості, невротичні і неврозоподібні стани) може включати в себе за показаннями: раціональну психотерапію (бесіди, інформацію, пояснення, переконання); автогенне тренування, психотерапію (в поєднанні з голкорексотерапією, електросном, електростимуляцією), гіпноугестивну терапію, психофармакотерапію (седативні, транквілізатори, антидепресанти), працетерапію.

Соціальна реабілітація

Експертиза працездатності. Працездатність визначається тяжкістю травми, характером пошкодження, локалізацією процесу, одночасним пошкодженням спинного мозку і хребта, перебігом травматичного процесу,

ускладненнями, розвитком компенсаторних механізмів. Терміни тимчасової непрацездатності 1-1,5 місяця при легкому струсі спинного мозку і 4-8 – при тяжкому. На 1-2 місяці хворих звільняють від тяжкої фізичної праці і роботи, зв'язаної з тривалою ходьбою. Особи, які перенесли хребтово-спинномозкову травму, підлягають диспансерному нагляду.

При половинному та поперечному ураженні спинного мозку з повним анатомічним або аксональним перериванням порушені функції не відновлюються і хворі стають інвалідами. Вивчення стійкої втрати працездатності при травмах спинного мозку показує, що більшість цих хворих є інвалідами I та II груп, багато з них потребує стороннього догляду і які на довгі роки прикуті до ліжка.

Через 2-3 роки хворих госпіталізують для повторного обстеження і контролю за трудовою реадаптацією.

Професійна реабілітація. Найбільш важливою є професійна перекваліфікація, яку доцільно здійснювати шляхом організації спеціальних курсів чи шкіл професійно-технічного перенавчання на базі спеціальних реабілітаційних центрів. Оволодіння основною спеціальністю (майстер з ремонту годинників, фотограф, майстер індивідуального пошиву одягу, машиністка-стенографістка, бібліотекар тощо) краще проводити в період проходження курсу медичної реабілітації. Інваліди з нижньою параплегією і розладами функцій тазових органів можуть виконувати на дому роботу ручного характеру. При нерізко виражених парезах нижніх кінцівок, які часто поєднуються з порушенням функції тазових органів, хворі не можуть виконувати роботу, зв'язану з фізичним напруженням, тривалою ходьбою, на холоді. Трудові можливості значно вищі у осіб розумової праці.

Соціальна реабілітація. Вчасно і кваліфіковано проведене відновне лікування, експертиза працездатності, раціонально проведена перекваліфікація хворих, створення відповідних побутових умов, забезпечення інвалідною коляскою, відповідно обладнаним транспортом дає можливість, при умові раціонального працевлаштування, забезпечити участь осіб з наслідками травм спинного мозку в суспільно корисній праці. Інваліди I групи у зв'язку з травмою спинного мозку, які мають середню, вищу технічну і гуманітарну освіту (інженери-конструктори, економісти, наукові працівники, викладачі, перекладачі, юрисконсультанти) мають можливість продовжити попередню виробничу діяльність в нових умовах працездатності.

Вищим проявом ефективності реабілітації, досягнутого рівня рухової активності спінальних хворих є здатність займатися спортом. Залежно від характеру травми, ступеня втрати функцій і рівня компенсації, загального функціонального стану організму рекомендують такі види спорту: настільний теніс, стрільба з лука, фехтування, плавання, веслування, штовхання ядра, волейбол, баскетбол та ін. Тренування і участь в змаганнях, окрім позитивних емоцій та оволодіння високодиференційованими і складними руховими навичками, покращення функціонального стану організ-

му, самостверджує інваліда, дає йому наснагу до життя, особливо тоді, коли він показує спортивні результати на рівні здорових або перевищує їх. Особливу повагу викликають хворі, які беруть участь у Параолімпійських іграх.

Ефективність реабілітації хворих з травмами хребта і спинного мозку визначається після кожного етапу реабілітації повнотою відновлення функцій, характером компенсацій і обсягом вироблених замісних рухів, силою м'язів, здатністю виконувати побутові і трудові дії, обслуговувати себе, пересуватися без сторонньої допомоги, пристосовуватися до різних ситуацій (Мухін В.М., 2000).

3.3.3. Медична соціальна реабілітація при захворюваннях периферійної нервової системи

Захворювання периферійної нервової системи серед дорослого населення складають більше 50 % всіх захворювань, тобто займають перше місце за поширеністю. Серед етіологічних чинників, що зумовлюють захворювання, насамперед, слід назвати остеохондроз хребта, аномалії розвитку, інфекції, інтоксикації, травми, метаболічні порушення.

Серед уражень хребта, що зумовлюють розвиток неврологічних синдромів, найчастіше зустрічаються дегенеративні зміни в кістковій і хрящовій тканинах – остеохондроз хребта.

Неврологічні синдроми остеохондрозу хребта

Остеохондроз хребта – це дегенеративне ураження хряща – міжхребцевого диска – і реактивні зміни з боку суміжних тіл хребців. Чисельні статистичні дані (А.І. Арутюнов, 1962, Я.Ю. Попелянський, 1982, Г.С. Юмашев, М.Є. Фурман, 1984 та ін.) показують велику частоту остеохондрозу і відсутність тенденції до її зменшення. Вражаючи осіб найбільш працездатного віку (30-50 років), остеохондроз викликає у них тривалу непрацездатність.

Хоч остеохондроз може уражати будь-який відділ хребта, найбільш часто локалізація (нижньошийна і нижньопоперекова) відповідає сегментам, які несуть найбільше навантаження (рис. 20).

Неврологічні ускладнення остеохондрозу проявляють себе компресійними і рефлекторними синдромами. До компресійних відносять синдроми, при яких над патологічно зміненими хребтовими структурами натягуються, стискаються і деформуються корінець, судини і спинний мозок. Рефлекторні синдроми діляться на м'язово-тонічні, вегето-судинні і нейродистрофічні. Патологічний процес розвивається в різних тканинах – хребтових і біляхребтових, м'язово-сухожилково-періартикулярних тканинах опорно-рухового апарату, головному і спинному мозку, спинномозкових корінцях і периферійних нервах, вісцеральних тканинах. Основни-

ми симптомами, які турбують хворих, є біль та обмеження рухів в суглобах хребта та кінцівок.

Реабілітація хворих з неврологічними синдромами остеохондрозу включає хірургічне та консервативне лікування. Оперативне лікування використовується при симптомах компресії спинного мозку, зумовлених дискогенною мієлопатією. Консервативне лікування при цьому, як правило, мало-ефективне. У всіх інших випадках у зв'язку з не-

безпекою травмування спинного мозку і корінців показання до хірургічного лікування досить обмежені. Основні з них – відсутність результатів чи короткочасний ефект від консервативного лікування, тривалий інтенсивний біль, часті загострення, які призводять до втрати працездатності.

Засоби медико-соціальної реабілітації при консервативному лікуванні

До основних засобів медико-соціальної реабілітації відносять: медикаментозні засоби, охоронний режим, дієтичне харчування, лікування положенням, витягання хребта, масаж, лікувальну фізичну культуру, новокаїнові блокади, рентгено- та гормонотерапію, мануальну- та рефлексотерапію, психотерапевтичне та фізіотерапевтичне лікування, бальнеотерапію, працетерапію, раціональне працевлаштування, санітарно-просвітницькі та профілактичні заходи.

Більшість засобів мають різноманітний вплив на пато-і саногенетичні механізми захворювання. Їх використання залежить від завдань і зумовлене клінічними проявами захворювання, його тяжкістю, періодом, наявністю супутніх захворювань, індивідуальними особливостями хворого.

Лікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: розвантаження ураженого сегмента; усунення застійних явищ, набряку, ішемії в уражених тканинах; вплив на рефлекторні патологічні синдроми, які виникли внаслідок захворювання хребта; психотерапевтичний вплив.

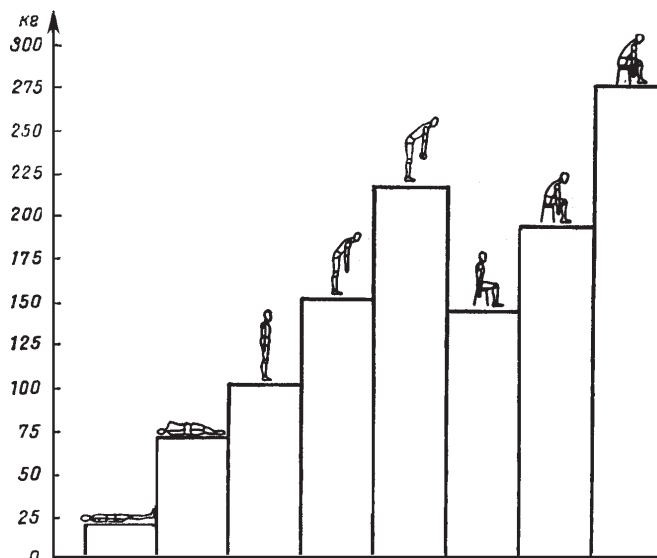


Рис. 20. Компресія (в кг), що переноситься поперековими міжхребцевими дисками (нанесена на ординаті), залежно від положення тіла (В.М. Мошков, 1982).

Засоби реабілітації

I. Розвантаження ураженого сегмента

Режим. В період загострення захворювання необхідний максимальний спокій ураженого сегмента. Призначають ліжковий режим, тому лікування повинно проводитись або в стаціонарі, або на дому, а не амбулаторно.

Лікування положенням. Під матрац, на якому лежить хворий, підкладають дерев'яний щит, який попереджує надмірну рухомість ураженого сегмента. При шийному остеохондрозі голова повинна лежати на невеликій м'якій подушці, під шию кладуть мішечок з теплим піском чи спеціально виготовлений валик із заглибленням. Тривале перебування із зігнутою чи розігнутою шиєю не показане.

При поперековому остеохондрозі хворий повинен займати лежаче положення. Для зменшення больового синдрому йому, в положенні лежачи на спині, під коліна кладуть валик (висота якого збільшується відповідно до інтенсивності проявів больового синдрому), ноги відводять та розвертають назовні і з'єднують п'ятки. Будь-яку зміну положення необхідно здійснювати не автоматично (як ми звикли), а обережно, після підготовки. Перед переходом у вертикальне положення (при відсутності протипоказань) рекомендується одягати пояс чи туго перев'язати поперек пелюшкою. Бажано при вставанні якнайменше бути в положенні сидячи. Пересуватись хворий повинен з допомогою або на милицях.

Імобілізація ураженого сегмента. При шийному остеохондрозі застосовують м'який комірць Шанса (рис. 21) або напівтвердий комірць-нашийник з щільно набитою у спеціальні гнізда ватою (рис. 22). Тривалість носіння комірця може досягати 6 місяців і навіть одного року. При прогресуванні тугорухомості у плечовому суглобі верхню кінцівку укладають на відвідну шину, поступово збільшуючи кут відведення.

При поперековому остеохондрозі (за показаннями) призначають знімальний корсет або носіння пояса штангіста. Необхідно пам'ятати, що тривала імобілізація сприяє зменшенню "м'язового корсета".

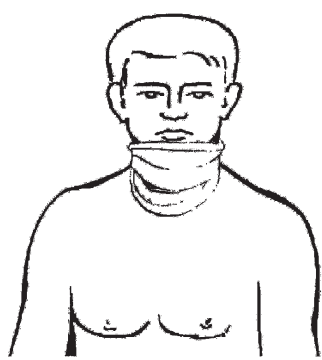


Рис. 21. М'який комірць Шанса.

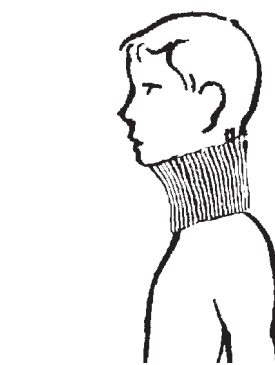


Рис. 22. Напівтвердий комірць-нашийник.

Розвантаження ураженого сегмента шляхом витягання – тракції. Призначається при ознаках поліпшення стану хворого. Витягання в шийному відділі хребта частіше проводиться за допомогою петлі Гліссона. Воно повинно бути короткочасним, з тягарем 3-5 кг (не більше 10 кг, а при ураженні верхніх шийних хребців – до 6 кг). Його маса поступово наростає протягом 1 хв (0,5 кг, 1,5 кг, 2 кг і т.д.), залишається на 7-8 хв, потім поступово зменшується (за 1-2 хв) в кінці процедури. Курс лікування – 8-10 процедур.

Для витягання поперекового відділу хребта використовують “сухий” і підводний методи. Перший частіше проводиться в самому відділенні.

Сухим методом витягання може відбуватися масою власного тіла, на похилій площині (рис. 23), за допомогою установки Перла (Perl, 1960, рис. 24). Тривалість процедури 4-6 год на добу. Курс лікування 3-4 тижні.

На горизонтальній площині розтягування проводиться вантажем 20-40 кг, маса якого поступово зростає протягом 3-5 хв. Вантаж висить 50 хв і потім за 3-5 хв його маса поступово зменшується. Курс витягання 12-15 процедур.

Для горизонтального “сухого” витягання використовують також вібраційний стіл, на якому хребет розтягується завдяки автоматичному розходженню його кришок, до однієї з яких зафіксований тазовий, до другої – плечовий пояс.

Для більш ефективного “сухого” витягання та попередження виникнення чи посилення болю рекомендується попередньо розслабити необхідні м’язи за допомогою масажу, фізіотерапевтичних процедур тощо.

Підводний метод витягання – більш ефективний метод тракційної терапії. Тепла вода полегшує розтягування хребта, зменшуючи м’язові контрактури, тому процедура перебігає більш безболісно і ефективніше. Використовують два методи підводного витягання: горизонтальний і вертикальний (рис. 4, 5). При наявності обох

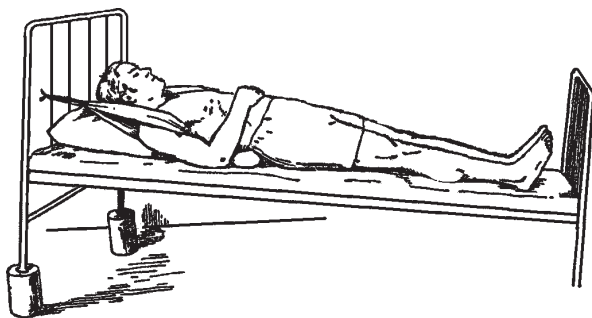
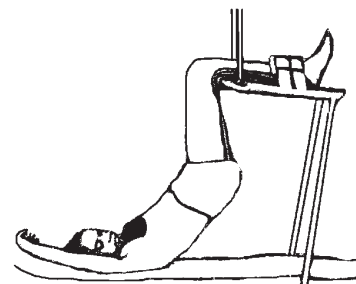
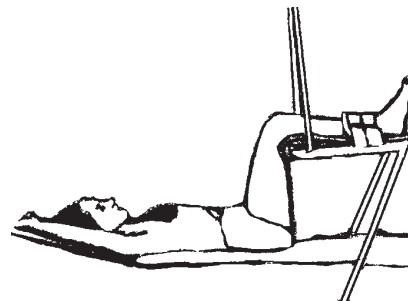


Рис. 23. Витягання на похилій площині масою власного тіла.

Рис. 24. Установка Перла для витягання “провисанням”.

методів тракції починають з першого. Другий призначають в міру зменшення гостроти процесу.

Метод підводного витягання рекомендується проводити після попереднього виконання у басейні протягом 10-15 хв фізичних вправ, спрямованих на розслаблення мускулатури, розтягнення хребта. Потім переходять у спеціальний басейн для витягання. Методика, сила і час тракції підбирається і коректується залежно від клінічних проявів захворювання, маси тіла, статі, віку, супутніх захворювань.

У зв'язку з тим, що відновлення стану м'язів попереку, розслаблених під час витягання, відбувається лише через 1,5-2 год, протягом цього часу (до відновлення "м'язового корсета") не рекомендується активне переміщення тіла, ходьба без опори.

II. Усунення застійних явищ, набряку, ішемії, профілактика асептично-запальних змін в уражених тканинах.

Медикаментозна терапія. Призначають протизапальні, десенсибілізуючі, спазмолітичні, дегідратуючі засоби, аналгетики, гангліоблокатори, засоби, що зменшують больовий м'язовий спазм (мідокалм тощо).

Новокаїнові блокади. У хворих з неврологічними проявами остеохондрозу хребта використовують 0,5 % розчин новокаїну у вигляді глибокої паравертебральної блокади. Знеболювальний ефект нестійкий. Кращі результати отримують від використання епідуральних блокад. Цим методом вдається зняти нестерпний біль, коли проявляються всі показання для оперативного втручання.

Гормональна терапія. Внутрішньодискове введення гідрокортизону, дія якого добре відома в першій фазі захворювання, тобто, при набуханні диску, але метод малоперспективний через складність методики. Використовують також місцеве (періартикулярне) введення гідрокортизону при плечолопатковому періартриті.

Рентгенотерапія. Призначають найчастіше при тяжких загостреннях, які супроводжуються вегетативними синдромами.

Мануальна терапія. Призначається при появі ознак покращення стану хворого. Комплекс засобів мануальної терапії включає наступні методи: спеціальні види масажу; мобілізацію пасивними рухами, тракцією, натискуванням, постізометричною релаксацією, автомобілізацією; маніпуляція поштовхом або тракційним поштовхом; спеціальні методи корекційної лікувальної гімнастики (розтягування укорочених і посилення послаблених м'язів, автотренування в ізометричному режимі тощо); спеціальні гігієнічні режими руху і поз (О.Г. Коган, В.Л. Найдін, 1988). Проводять мануальну терапію лікарі, які мають відповідну підготовку.

Фізіотерапевтичні процедури

При шийному остеохондрозі ефективним є електрофорез 2 % розчину новокаїну (10 сеансів) з наступним переходом на електрофорез йоди-

ду калію (10 сеансів). Призначають ультразвук, струми Бернара, індуктотермію.

При поперековому остеохондрозі призначають електрофорез новокаїну на поперекову ділянку по 20-30 хв щоденно (всього 10-15 процедур), ультрафіолетове опромінення. Добрі результати дають струми Бернара, “Луч-58”, індуктотермія, діадинамотермія, ультразвук.

Теплові процедури (грязеві аплікації, парафін, озокерит, діатермія, гарячі ванни) в гострий період протипоказані.

В підгострій стадії захворювання застосовують електрофорез медикаментів, гальванізацію, УВЧ, мікрохвильову терапію, солюкс.

III. Вплив на патологічні рефлекторні процеси, які виникли внаслідок захворювання хребта (м'язово-тонічні, нейродистрофічні, вазомоторні).

Всі вищеописані засоби, що зменшують гостроту перебігу захворювання сприяють зменшенню патологічних рефлекторних синдромів. Посилюють їх дію наступні засоби.

Медикаментозні блокади. М'язово-тонічні напруження поза хребтом (м'язів надпліччя, сідничної ділянки, верхніх чи нижніх кінцівок) при шийному остеохондрозі нерідко мають захисний характер. Для їх ліквідації використовують інфільтрацію м'язів новокаїном. Найчастіше проводять новокаїнові блокади переднього драбинчастого, надостьового, малого грудного, грушоподібного, малогомілкового, литкового м'язів. Залежно від періоду та переважних патогенетичних механізмів захворювання призначають: місцеві анестетики з вітаміном В₁₂ і АТФ в першій стадії м'язових рефлекторних синдромів, місцеві анестетики з ферментами чи гормонами – в другій стадії і введення розсмоктувальних засобів, ферментів і стимуляторів регенерації – в третій стадії тих же синдромів.

Вводиться новокаїн та інші медикаменти також у суміші (наполовину) з димексидом, якою змочують марлеву серветку і накладають на уражену ділянку. Через годину аплікація закінчується, при цьому разом з димексидом всмоктуються і інші елементи суміші.

Масаж. Призначають після зменшення гостроти процесу. Спочатку використовують масаж “шиатсу” і сегментарно-точковий з впливом на м'язові тригерні зони за гальмівною методикою. При позитивній динаміці процесу розширюють зону впливу, застосовуючи класичний і сегментарно-рефлекторний масаж.

При шийному остеохондрозі призначають масаж комірцевої зони і верхніх кінцівок, при попереково-крижовому – поперекової ділянки, сідниць, крижів, нижніх кінцівок. Масаж проводять за заспокійливою методикою, виключаючи різкі рухи і прийоми переривчастої вібрації. На початку курсу масажу необхідно обминати уражений сегмент, зменшувати інтенсивність впливу в ділянках тонічного напруження м'язів та підвищеної болючості. Масаж останніх призначають в процесі поліпшення стану хворого (через 4-6 сеансів).

Лікувальна фізична культура. Призначають у ліжковому режимі, після зняття гострих проявів захворювання. В цей період спокій необхідний лише для ураженого сегмента хребта. В заняття включають дихальні, загальнорозвиваючі, ідеомоторні вправи для верхніх та нижніх кінцівок. Вони виконуються в повільному темпі, з невеликою амплітудою, з обмеженою кількістю повторень у вихідному положенні лежачи на спині. Тривалість заняття 10-15 хв.

При поперековому остеохондрозі вправи для нижніх кінцівок не повинні сприяти підвищенню тонуусу м'язів попереку. Для цього використовують пасивні вправи для всієї кінцівки, активні вправи для м'язів гомілки і стопи. Поступово включають активно-пасивні і активні рухи кінцівкою на ураженому боці.

При напівліжковому режимі вправи виконують переважно з положень, що розвантажують хребет. При поперековому остеохондрозі застосовують положення лежачи на спині і животі, в упорі стоячи на колінах, у змішаних висах (рис. 25, 26). Під час ходьби звертають увагу на утримання правильної постави. Тривалість заняття 25-30 хвилин.

На вільному режимі фізичні вправи виконують з різних вихідних положень, але уникають таких, що підвищують навантаження на хребет, створюють умови для його скручування. Вправи кінцівками виконують з максимальною амплітудою, плавно. Продовжують виконувати вправи для корекції постави. Тривалість заняття 30-45 хв.

Форми проведення занять: процедура лікувальної гімнастики в залі, в басейні, самостійні заняття. Під час останніх постова медична сестра чи спеціально призначений персонал повинні контролювати правильність виконання і дозування фізичних вправ та при необхідності вносити корективи.

Рефлексотерапія. Призначають в стадії стихання гострих явищ. Призначає лікуючий лікар, а проводить лікар-рефлексотерапевт.

Психотерапія проводиться у вигляді бесід (інформаційного, пояснювального, переконуючого змісту), спрямованих на формування у хворого правильної "картини" захворювання, вироблення віри в можливість відновлення утрачених функцій і зменшення болю лише при умові активної мобілізації для цієї мети необхідних вольових і фізичних зусиль. Крім цього, використовується спеціальна методика автогенного тренування, спрямована на ліквідацію рухового дефекту і активацію довільних рухів. У хворих з тяжким випаданням рухових функцій важливе значення має система етапних позитивних емоцій: кожне, навіть невелике поліпшення в стані хворого пояснюється йому як значне досягнення, яке є лише одним з етапів на шляху більш повного відновлення здоров'я. Проводиться пояснювальна робота з членами сім'ї та іншим контингентом осіб, що з ним спілкуються.

Працетерапія спрямована на відновлення і підтримання фізичної працездатності, загальне зміцнення організму, психотерапевтичний вплив на хворого.

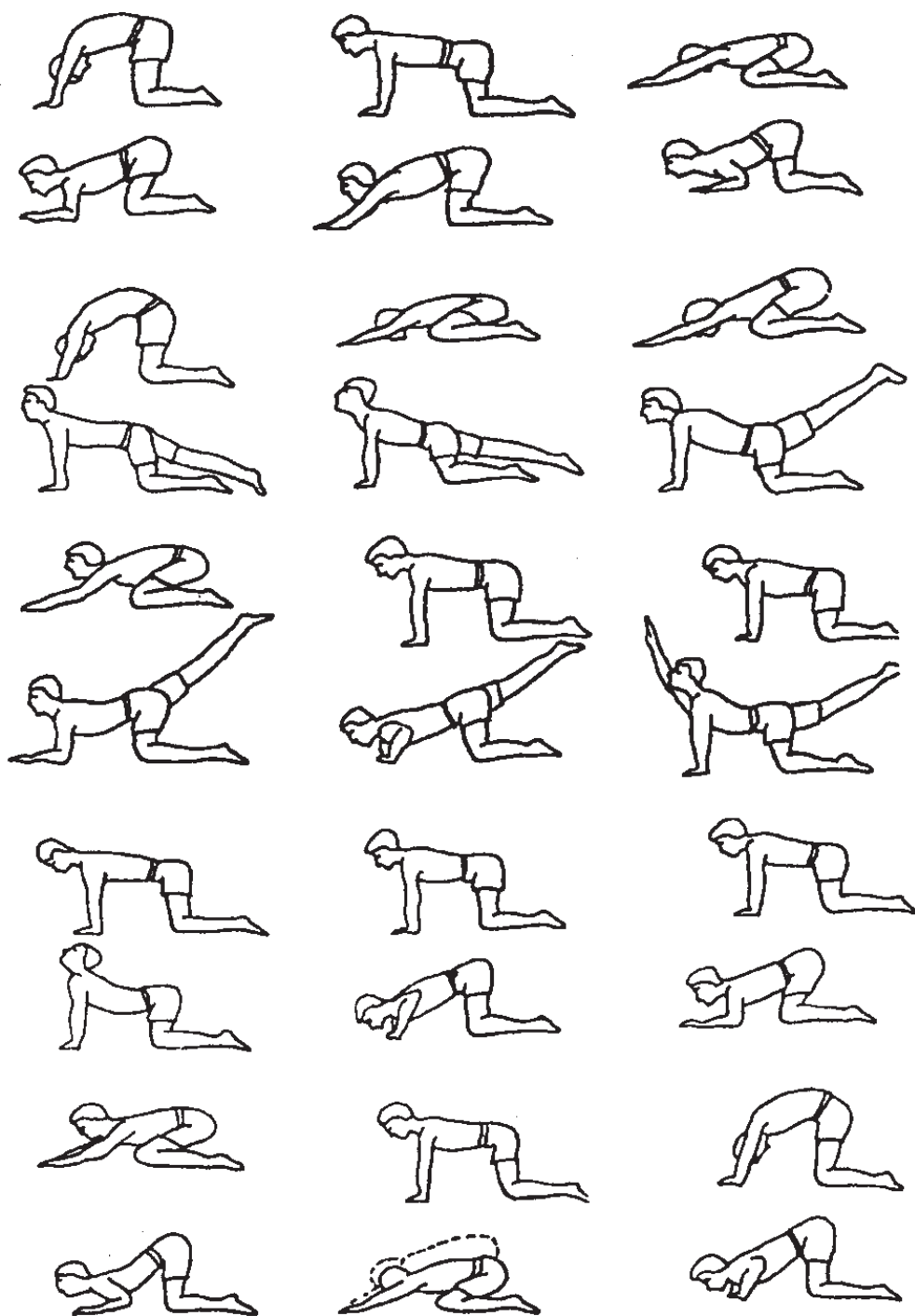


Рис. 25. Основні вправи при попереково-крижовому радикуліті
(В.М. Максимова, Т.Г. Ананьєва, 1995).

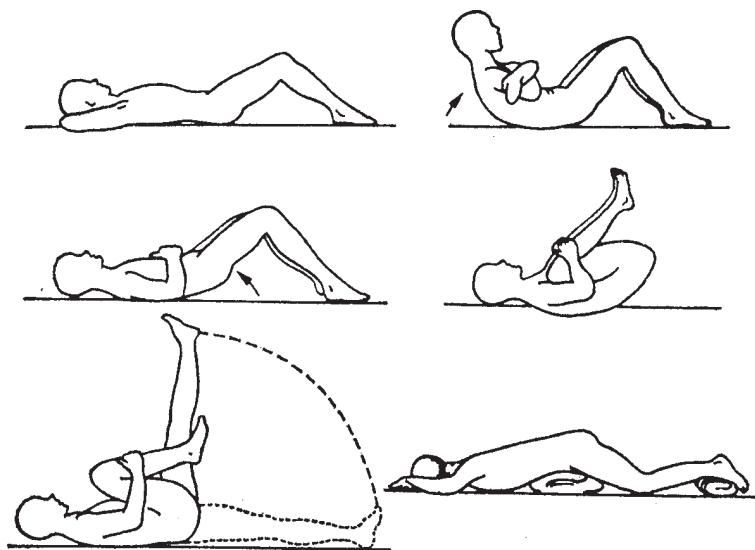


Рис. 26. Типові вправи за Williams для лікування поперекових дискогенних гриж.

Професійна реабілітація. Вона включає прогнозування професійної здатності, профорієнтацію, підготовку до працевлаштування (при прогнозуванні відповідних показань).

Післялікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: зменшення об'єму патогенетичної терапії, стимуляція регенерації, зміцнення механізмів компенсації та загальних адаптогенних механізмів, вироблення адекватних мотивацій, проведення заходів з соціальної і професійної реабілітації, профілактичні заходи за планом диспансерного спостереження.

У післялікарняний період залежно від клінічних проявів захворювання і можливостей лікувальних закладів хворий може продовжувати лікування в реабілітаційному відділенні лікарні чи місцевого санаторію або ж в поліклініці.

Засоби реабілітації: медикаментозна терапія, витягання хребта, фізіотерапевтичні процедури, бальнеолікування, масаж, лікувальна фізкультура, рефлексотерапія, мануальна терапія, психотерапія, працетерапія, підготовка до раціонального працевлаштування, режим праці і відпочинку.

Медикаментозна терапія. На цьому етапі роль засобів патогенетичної терапії зменшується. Лікування спрямоване на ліквідацію залишкових явищ клінічних проявів захворювання, проводиться симптоматичне лікування та лікування супутніх захворювань.

Разом з тим, найбільшого значення набувають методи посилення компенсаторних механізмів, які забезпечують досягнення оптимальних можливостей виконання виробничих і побутових функцій та обов'язків.

Витягування хребта. Використовуються всі види витягування. Проводиться воно за допомогою більшого (порівняно з стаціонарним періодом) вантажу.

Фізіотерапевтичне лікування. За показаннями використовують УФО, мікрохвильову терапію, УВЧ, електростимуляцію, ультразвук.

Бальнеологічне лікування. Призначають сульфідні, радонові, скипидарні ванни, грязьові та глиняні аплікації; загартовуючі процедури, душ поперемінної температури, обтирання.

Масаж. Застосовують сегментарно-рефлекторний масаж. При шийному остеохондрозі процедуру умовно поділяють на два етапи. На першому з них незалежно від неврологічної симптоматики проводять масаж задньої та бічних шийних ділянок, спини (до нижніх кутів лопаток), передньої поверхні грудної клітки (до другого ребра), плечових суглобів та обох плечей. На другому етапі процедуру доповнюють масажем ділянки локалізації клінічної симптоматики (голови – при церебральних порушеннях; спини (від поперекової лінії), обох верхніх кінцівок – при плечо-лопатковому періартриті тощо).

При поперековому остеохондрозі масажу підлягають паравертебральні зони S_5 - S_1 , L_5 - L_1 , T_{12} - T_{10} спинномозкових сегментів, поперекова, крижова, сідничні ділянки, гребені клубових кісток. При ураженні нижньої кінцівки в процедуру включають масаж обох нижніх кінцівок. Метод масажу – заспокійливий. Тривалість процедури 25-30 хвилин.

Лікувальна фізична культура. Призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, самостійні заняття, піші прогулянки, теренкур, плавання, рухливі ігри, ходьбу на лижах, заняття на тренажерах. При виконанні фізичних вправ не показані фізичні вправи з осьовим навантаженням на хребет, різкими рухами, скручуванням тулуба. При шийному остеохондрозі використовують вправи з поворотами та нахилами голови при нерухомому тулубі, повороти тулуба при нерухомій голові, вправи, коли хворий намагається подолати опір своєї руки, яка його чинить, стримуючи повороти та нахили голови.

Працетерапія. Застосовують з метою збільшення сили і витривалості м'язів, зміцнення "м'язового корсета" та відновлення і підтримання фізичної працездатності; загального зміцнення організму. Використовують роботу в столярні, слюсарні, на швейних машинках, плетіння з ниток, лози, на присадибній ділянці, в садку тощо. Робота не повинна бути зв'язана з тривалим перебуванням тулуба в одній позі і значним навантаженням на хребет.

Важливе місце в процесі працетерапії займає навчання правильному в гігієнічному відношенні (з точки зору біомеханіки) режиму поз та рухів в побуті (відпочинок стоячи, сидячи, лежачи, положення і руховий режим побутових дій (прибирання приміщення, миття підлоги, прасування білизни, перенесення тягарів тощо), а також спеціальним руховим режимам і формам відпочинку при певних типах трудової діяльності (рис. 27). При

професійній працетерапії заходи залежать від виду очікуваної професійної діяльності.

Психологічна реабілітація. Спрямована спочатку на корекцію особистісних мотивацій і мотиваційно-поведінкових порушень; пізніше – на активацію та корекцію психологічних механізмів для активної участі хворого в процесі реабілітації і самоконтролю змін стану і динаміки патогенетичної терапії і медичної реабілітації; розвиток психологічної компенсації у випадку зміни особистісного та соціального статусу хворого. Диференційовані заходи в психічній реабілітації при цьому залежать від деонтологічної ситуації, найближчого та віддаленого прогнозу.

Санаторно-курортне лікування. У стадії ремісії рекомендується санаторно-курортне лікування, зокрема, грязелікування (Одеса, Саки, Слов'янськ, Холодна Балка), радонові ванни (Хмільник, Миронівка), парафіноозокеритові аплікації (Синяк). Сірководневі, радонові ванни ефективно поєднують з витягненням. Призначають масаж, заняття лікувальною фізкультурою, на тренажерах, піші прогулянки, теренкур, плавання, загартовуючі

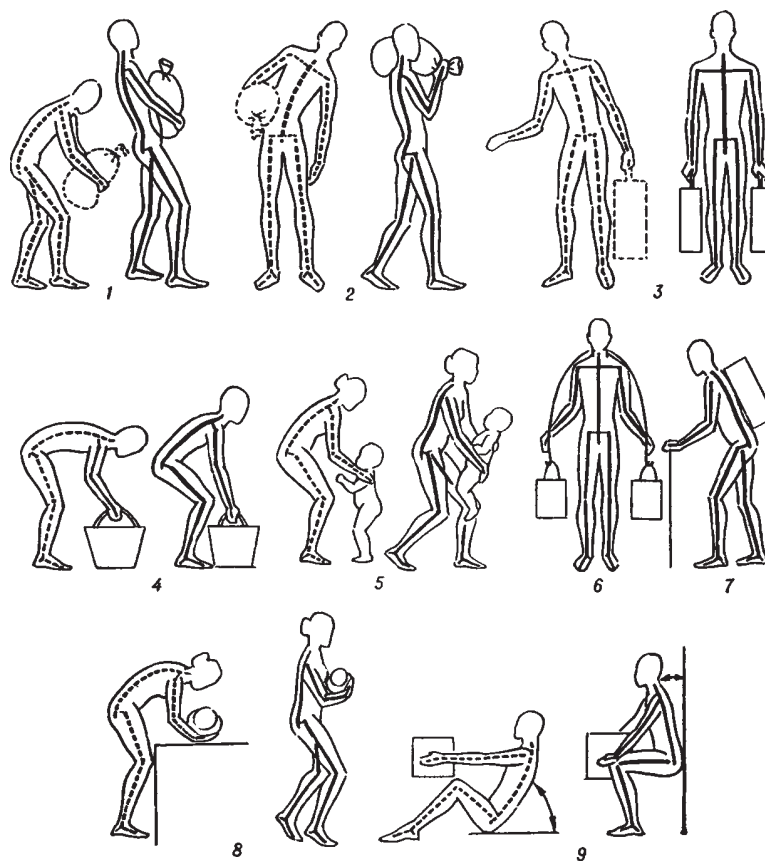


Рис. 27. Правильне і неправильне (намальовано пунктиром) положення тулуба при підніманні і перенесенні вантажу (Г.С. Юмашев, М.Є. Фурман, 1984).

процедури, душ поперемінної температури, обтирання, купання, кліматолікування.

Соціальна реабілітація

Соціальна реабілітація у більшості хворих з неврологічними проявами остеохондрозу хребта завершує комплекс реабілітаційно-лікувальних заходів і здійснюється шляхом оптимізації умов праці і побуту, а також раціональним працевлаштуванням.

В комплекс заходів з оптимізації умов праці входять: максимальна механізація і автоматизація виробництва; оптимізація трудових процесів із зменшенням статичної чи динамічної компоненти роботи; розроблення раціональної робочої пози, раціональних рухів та прийомів в перенесенні тягарів; вдосконалення робочих меблів, засобів виробництва, раціоналізація умов праці; оптимізація умов праці і відпочинку з активацією внутрішньозмінного відпочинку; спеціальні комплекси виробничої гімнастики; навчання прийомам самостійної регуляції напруження та розслаблення певних груп м'язів; адекватне співвідношення роботи і способу життя; спортивні вправи на координацію і форми рухів, витривалість та швидкість тощо.

Для раціонального працевлаштування необхідно пам'ятати наступне.

При шийному остеохондрозі шкідлива робота, яка зв'язана з вібрацією, статичним напруженням, переохолодженням верхніх кінцівок; яка вимагає різких ривкових та частих розмахистих рухів, поворотів, нахилів голови; в спекотних чи холодних, з протягами, підвищеною вологістю, шумом в приміщеннях.

При поперековому остеохондрозі шкідлива робота, яка зв'язана із значним фізичним напруженням, перенесенням і підніманням великих вантажів, тривалою ходьбою, незручним положенням тулуба (особливо напівзігнуте), частим чергуванням згинання і розгинання, несприятливими метеорологічними умовами (на холоді, у воді, під землею).

Професійна реабілітація. Вона включає адекватну експертизу працездатності, трудовий прогноз, працетерапію, навчання і перенавчання показаній спеціальності.

Експертиза працездатності передбачає виявлення ознак відновлення працездатності, непрацездатності чи настання інвалідності.

Тривалість перебування хворих на лікарняному листі різна. Зникнення болю навіть при збережених симптомах випадання дають можливість вважати хворого придатним до праці, не зв'язаної із значним фізичним навантаженням. При відсутності протипоказаних умов праці хворі повертаються до попередньої роботи або іншої, більш легкої, яка не призводить до зниження кваліфікації і заробітної платні. Для попередження рецидивів переведення на іншу роботу повинно бути не тимчасовим, а постійним. У тих випадках, коли переведення на іншу роботу призводить до зниження і втрати працездатності, хворих направляють на ЛТЕК для вста-

новлення III групи інвалідності. У осіб, які тривало виконують тяжку фізичну роботу, остеохондроз необхідно вважати професійним захворюванням і причиною інвалідності. До таких професій належать шахтарі, вантажники, землекопи, бетонники, прохідники, вальцювальники, ковалі тощо.

Головним критерієм призначення II групи інвалідності вважається повна втрата працездатності (у тому числі до розумової та легкої фізичної праці), зумовленої інтенсивним і тривалим болем (більше 3-4 місяців). Краще таких хворих направляти на хірургічне лікування.

Приводом для встановлення I групи інвалідності можуть бути повна прикутість хворого до ліжка і неможливість обслуговувати себе.

Експертиза працездатності після оперативного лікування остеохондрозу. Після виписки із стаціонару хворий направляється на ЛТЕК для визначення групи і терміну інвалідності чи продовження лікарняного листа для доліковування. Після несприятливого результату будь-якої з операцій працездатність вирішується індивідуально.

Професійна реабілітація у випадку зміни професійної придатності при відсутності професії чи інвалідності досягається навчанням з метою надбання показаної професії або професійним перенавчанням.

Профілактика виникнення неврологічних проявів остеохондрозу хребта

Профілактика остеохондрозу починається з раннього дитячого віку. Дітей раннього віку не рекомендується рано садити і довго носити на руках. Ліжко дитини повинно бути твердим, подушка невисокою. Для зміцнення м'язів шиї і спини рекомендується укладати дитину на живіт і стимулювати повзання. Правильне фізичне виховання, рухливі ігри, заняття спортом, особливо плаванням, сприяє зміцненню "м'язового корсета" тулуба. Формування нормальної постави, попередження різних перевантажень і порушень постави в дитячому віці, правильна організація робочого місця вдома і у школі; попередження макро- і мікротравматизації, а також статичних і динамічних перевантажень хребта, несприятливих метеорологічних умов вдома і у школі є ефективним засобом профілактики остеохондрозу.

Важливе значення має професійний відбір осіб, що поступають на роботу, зв'язану з великим фізичним навантаженням, раннє виявлення таких хворих шляхом періодичних профілактичних оглядів на виробництві. При перших клінічних проявах захворювання необхідна ортопедична профілактика: використання жорсткого ліжка, заняття ЛФК, плаванням, масаж м'язів спини та шиї, правильна організація робочого місця, боротьба з надмірною масою тіла шляхом призначення відповідних дієт, носіння пояса штангіста чи легкого корсета з тканини під час виконання небезпечної щодо навантаження на хребет роботи. Всіх вперше виявлених хворих необхідно госпіталізувати і далі вони повинні перебувати під диспансерним спостереженням.

3.2. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів

3.2.1. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи

На сьогодні саме кардіологічна служба має найбільший досвід медичної реабілітації пацієнтів порівняно з іншими терапевтичними службами. Саме тому модель кардіологічної реабілітації, зокрема реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), і, в першу чергу, інфарктом міокарда (ІМ), застосовують в системі охорони здоров'я як зразок для впровадження в практику відновного лікування інших терапевтичних хворих.

Інфаркт міокарда

В Україні впроваджена і успішно розвивається система реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Побудова реабілітаційних програм на кожному з етапів реабілітації (стаціонарному, санаторному та диспансерно-поліклінічному) будується на основі принципу строгої індивідуалізації. Тому до початку відновного лікування проводиться клінічна оцінка стану пацієнта і віднесення його до одного із чотирьох функціональних класів (таблиці 14, 16, 17).

Оцінка реабілітаційного процесу проводиться методом поточного та етапного контролю, що забезпечує адекватне розширення режиму та інтенсифікацію навантаження кожного конкретного пацієнта. Постійний контроль за функціональним станом пацієнта дозволяє також оцінити коронарний резерв і фізичну працездатність хворих, відображає динаміку клінічної симптоматики захворювання.

Перший рівень контролю за процесом відновного лікування складають найбільш доступні і одночасно досить інформативні клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация та ін.), які дозволяють проаналізувати як динаміку окремих симптомів, синдромів хвороби, так і в цілому перебіг захворювання. В першу чергу, оцінюють самопочуття хворого, спостерігають за його зовнішнім виглядом та поведінкою, визначають частоту пульсу та рівні АТ до і після навантаження.

У випадку правильного проведення реабілітаційних заходів у хворих на ІМ негативних явищ не виникає. Прискорення пульсу на висоті навантаження та протягом перших 3-х хв після нього не більше ніж на 20 ударів за 1 хв, дихання – не більше ніж на 6-9 за 1 хв; підвищення систолічного АТ на 20-40 мм рт. ст., діастолічного – на 10-12 мм рт. ст. від вихідного або зменшення частоти пульсу на 10 уд. за хв, зниження діасто-

лічного АТ не більше ніж на 10 мм рт. ст. є показниками адекватної реакції. Виникнення ж нападу стенокардії, аритмії, різкої задишки, виражена слабкість та відчуття дискомфорту, блідість шкірних покривів, акроціаноз, а також неадекватна динаміка пульсу і АТ свідчать про **несприятливу** реакцію на навантаження. В такому разі слід тимчасово припинити подальше навантаження.

Таблиця 14

Характеристика функціональних класів (за тяжкістю стану) хворих на інфаркт міокарда на лікарняному етапі реабілітації

Функціональний клас	Глибина і поширеність ураження	Ускладнення	Коронарна недостатність
ФК I	Інфаркт міокарда (без Q) (дрібновогнищевий)	Без ускладнень або легкі (рідка екстрасистоля, АВ-блокада I ст., синусова брадикардія, СН не вище I ст., епістенокардитичний перикардит, ізольована блокада ніжок пучка Гіса)	Стенокардія відсутня або I ФК
ФК II	Інфаркт міокарда (без Q) (дрібновогнищевий)	Одне ускладнення середньої тяжкості (рефлекторний шок, АВ-блокада вище I ст. при задньому ІМ або на фоні блокади ніжок пучка Гіса; пароксизмальні порушення ритму, крім пароксизмальної шлуночкової тахікардії; міграція водія ритму; часта, політопна або групова екстрасистоля; СН II Аст.; синдром Дреслера; гіпертонічний криз; стабільна АГ вище 200/110 мм рт.ст.)	Стенокардія відсутня або I ФК
	Інфаркт міокарда (Q) (великовогнищевий нетрансмуральний)	Без ускладнень або легкі (див. вище) Без ускладнень або легкі (див. вище)	Стенокардія II ФК Стенокардія відсутня або I ФК
ФК III	Інфаркт міокарда (без Q) (дрібновогнищевий)	Без ускладнень або легкі (див. вище)	Стенокардія III ФК
	Інфаркт міокарда (Q) (великовогнищевий нетрансмуральний)	Одне ускладнення середньої тяжкості (див. вище) Без ускладнень або легкі (див. вище)	Стенокардія II ФК або III ФК Стенокардія II ФК
	Інфаркт міокарда (Q) (великовогнищевий нетрансмуральний)	Одне ускладнення середньої тяжкості	Стенокардія відсутня або I ФК
	Інфаркт міокарда (Q) (великовогнищевий трансмуральний)	Без ускладнень або легкі (див. вище) Одне ускладнення середньої тяжкості	Стенокардія відсутня, I ФК або II ФК Стенокардія відсутня або I ФК

Функціональний клас	Глибина і поширеність ураження	Ускладнення	Коронарна недостатність
ФК IV	Інфаркт міокарда будь-якої глибини і поширеності	Наявність будь-якого тяжкого ускладнення (клінічна смерть, гостра аневризма серця, повна АВ-блокада, АВ-блокада вище I ст. при передньому інфаркті міокарда, серцева недостатність, тромбоемболія, істинний кардіогенний шок, набряк легенів, шлуночкова пароксизмальна тахікардія, шлунково-кишкова кровотеча, наявність 2-х і > ускладнень середньої тяжкості)	Незалежно від наявності чи відсутності стенокардії
	Інфаркт міокарда (Q) (великовогнищевий нетрансмуральний та трансмуральний)	Без ускладнень або легкі (див. вище) Одне ускладнення середньої тяжкості	Стенокардія III-IV ФК Стенокардія II ФК або III-IV ФК

Другий рівень контролю складають інструментальні методи, зокрема, електрокардіографія, моніторування артеріального тиску та ЕКГ. ЕКГ-критеріями припинення навантаження є депресія або підйом сегмента ST на 1 мм і більше, поява частих і складних порушень ритму або значне поглиблення наявних у хворого аритмій.

Особливе значення при проведенні відновного лікування має оцінка толерантності до фізичного навантаження, яка проводиться за допомогою навантажувальних проб (дозована ходьба, велоергометрія або тредміл). Проба з дозованою ходьбою передбачає ходьбу по коридору протягом 3-5 хв в темпі 70 кроків за хв. Якщо відсутні зміни на ЕКГ та самопочуття хворого залишається задовільним, то після 3-5-хвилинного відпочинку темп ходьби поступово збільшується на 10 кроків за хвилину до 120 (рідше до 130 кроків за хвилину) за умови відсутності критеріїв припинення проби.

При проведенні велоергометричної навантажувальної проби поступово збільшують навантаження, починаючи з 25 Вт. Збільшення навантаження припиняють при появі клінічних ознак неадекватної реакції на навантаження або ЕКГ-ознак коронарної недостатності (зміщення сегмента ST, неадекватне зростання або зниження ЧСС, поява аритмій або блокад на ЕКГ). Якщо ознаки ішемії не виникають, то навантаження збільшують до субмаксимальної величини ЧСС (визначається індивідуально). Ще одним важливим показником адекватності навантаження є "подвійний добуток", який визначається множенням максимального систолічного артеріального тиску на частоту пульсу (табл. 17).

Лікарняний період реабілітації

У гострому періоді ІМ основними завданнями лікування є:

- обмеження зони інфаркту (тромболізис, операції пластики вінцевих судин або екстреного аорто-коронарного шунтування);
- попередження і усунення небезпечних аритмій;
- попередження тромбоемболічних ускладнень;
- попередження ремоделювання лівого шлуночка серця шляхом застосування препаратів, які знижують пре- та постнавантаження;
- зменшення наслідків гіпокінезії;
- адаптація хворого до поступового розширення рухового режиму;
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу.

Реабілітація хворих на ІМ направлена на **ліквідацію обмежень активного життя**, пов'язаних з поганою переносимістю фізичного навантаження. Тому відновлення переносимості фізичного навантаження можна розглядати як основу соціальної реадаптації, а реабілітаційні заходи слід починати застосовувати з перших днів захворювання (психологічна підтримка, раннє застосування фізичних вправ).

Основою фізичної реабілітації хворих на ІМ є **руховий режим, лікувальна фізкультура (ЛФК)** (рис. 28) та **масаж**. Програма фізичної реабілітації починається з 2-3 дня захворювання після ліквідації больового синдрому. Увесь період стаціонарної реабілітації поділяють на 4 ступені наростаючої фізичної реабілітації (табл. 15).

Дієта (№ 10 а, згодом – № 10 с) передбачає вживання легкозасвоюваної їжі невеликими порціями загальною калорійністю 1600 ккал на добу, – соки, киселі, каші, яйця, кефір. Продукти, які викликають бродіння у ки-

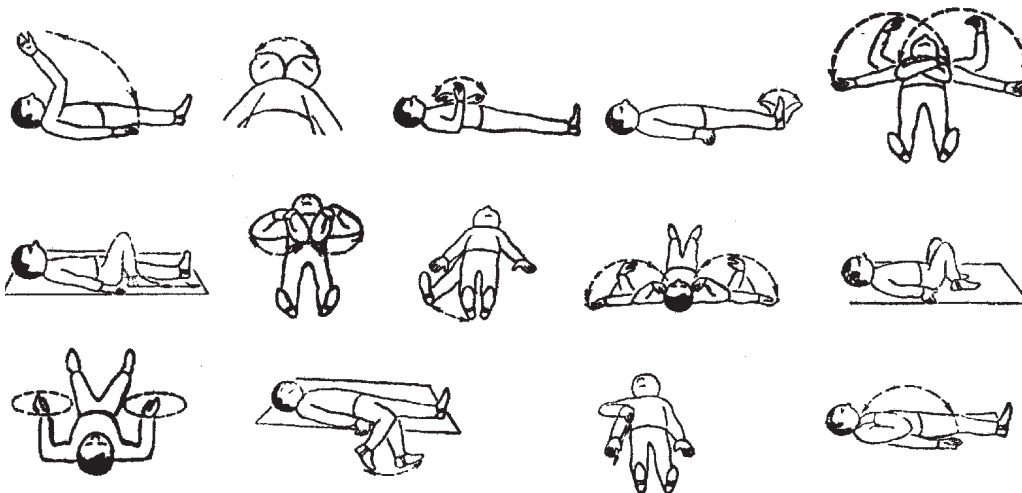


Рис. 28. Комплекс вправ лікувальної гімнастики для хворих, що перенесли гострий інфаркт міокарда (ліжковий режим).

**Програма фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда
на лікарняному етапі реабілітації**

Ступінь рухової активності	Функціональний клас	День реабілітації	Програма реабілітації
I PP	I - II ФК III ФК IV ФК	2-4 5-6 6-7	<p>Повороти на бік, рухи кінцівками, користування підкладним судном, вмивання лежачи на боці, періодично – підняття головного кінця ліжка. Через день – присаджування з допомогою медичної сестри 2-3 рази на день по 5-10 хв, бриття, чищення зубів, вмивання, дефекація сидячи на приліжковому стільці.</p> <p>Користування навушниками, читання.</p> <p>Комплекс ЛФК №1: лежачи на спині, статичні дихальні вправи, вправи для дрібних і середніх груп м'язів, навчання активному повороту на правий бік.</p> <p>Масаж: в положенні лежачи, поверхневе прогладжування, розтирання стоп, гомілок, стегон, кистей, передпліч 3-5 хв.</p>
II PP	I ФК II ФК III ФК IV ФК	3-4 5-6 6-7 7-8	<p>Сидіння на краю ліжка, звисивши ноги (по 20 хв 2-3 рази на день), приймання їжі сидячи, пересаджування на стілець, пізніше – ходьба по палаті, приймання їжі за столом, миття ніг при допомозі іншої особи.</p> <p>Дозволяється прийом рідних (не в ПТі), настільні ігри, вишивання, малювання за столом.</p> <p>Ранкова гігієнічна гімнастика. Комплекс ЛФК № 2: виконується з положення сидячи.</p> <p>Масаж: в положенні лежачи, поверхневе прогладжування, розтирання стоп, гомілок, стегон, кистей, передпліч, спини 5-7 хв.</p>
III PP	I ФК II ФК III ФК IV ФК	5-10 7-13 8-15 індивідуально	<p>Перебування в сидячому положенні без обмежень, вихід в коридор, користування загальним туалетом, ходьба по коридору від 50 до 200 м (темп 60 кр./хв), спочатку за 2-3 прийоми, потім – без обмежень, освоєння одного прольоту, а пізніше і одного поверху східцями, повне самообслуговування, приймання душу.</p> <p>Дозволяється прийом відвідувачів, користування загальним телефоном, групові розваги.</p> <p>Комплекс ЛФК № 3: виконується з положення сидячи.</p> <p>Масаж: в положенні лежачи, сидячи, поверхневе прогладжування, розтирання стоп, гомілок, стегон, кистей, передпліч, спини, голови, комірцевої зони та глибоке розминання м'язів рук, ніг, спини 7-10 хв.</p>

Ступінь рухової активності	Функціональний клас	День реабілітації	Програма реабілітації
IV PP	I ФК	11-20	<p>Вихід на прогулянку, ходьба в темпі 70-80 кроків за хв. На відстань 500-600 м, а пізніше – на 1-1,5 км в темпі 80-90 кроків за хв, і нарешті, прогулянки надворі на відстань 2-3 км за 2-3 прийоми в темпі 80-100 кроків за 1 хв, або в оптимальному для хворого темпі.</p> <p>Комплекс ЛФК №4: виконується з положення сидячи і стоячи, групові заняття.</p> <p>Дозвілля урізноманітнюється заняттями в кабінеті працетерапії (в'язання, різьблення та ін.).</p> <p>Масаж: в положенні лежачи, сидячи, поверхневе прогладжування, розтирання стоп, гомілок, стегон, кистей, передпліч, спини, прекардіальної ділянки, голови, комірцевої зони та глибоке розминання м'язів рук, ніг, спини 10-15 хв</p>
	II ФК	14-20	
	III ФК	16-21	
	IV ФК	індивідуально	

печнику, не вживають. При появі ознак застійної серцевої недостатності додатково обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Методи **фізіотерапії** на лікарняному етапі застосовують обмежено: електросон, центральну електроаналгезію для ліквідації больового синдрому та відновлення кірково-підкіркової рівноваги; електрофорез гепарину, магнітотерапію, електростимуляцію та масаж м'язів кінцівок для профілактики тромбоемболічних ускладнень.

Психологічна реабілітація у гострому періоді інфаркту міокарда направлена на попередження таких порушень психічного статусу як страх смерті, порушення сну, депресія, а також на програмування у хворого адекватного відношення до хвороби та її лікування, активну участь пацієнта у процесі реабілітації. Методи психологічної реабілітації на лікарняному етапі включають “малу” психотерапію, яку проводить, як правило, лікуючий лікар, автогенні тренування та приймання психотропних препаратів.

В результаті здійснення програми реабілітації госпітального етапу пацієнти повинні бути повністю підготовленими до переведення у спеціалізоване відділення реабілітації, або кардіологічний санаторій, або до виписки додому. Відновному лікуванню у відділенні реабілітації підлягають усі хворі на ІМ I, II і частково III ФК, стан яких оцінюється як задовільний, і які досягнули рівня фізичної активності, що дозволяє обслуговувати себе, здійснювати ходьбу на 1 км за 2-3 прийоми в темпі 80-100 кроків за 1 хв і підніматися по сходах на 1-2 прольоти східців, тобто освоїли IV ступінь рухової активності госпітального етапу. При цьому у хворих не повинно бути задишки, стенокардії, порушень ритму і провідності серця. На ЕКГ відмічається динаміка формування рубця. За відсутності місцевого карді-

ологічного санаторію зі спеціалізованим відділом реабілітації госпітальне відділення реабілітації може здійснювати функції санаторного етапу.

Післялікарняний період реабілітації **Санаторний етап**

В медичній реабілітації хворого з інфарктом міокарда санаторний етап відіграє основну роль. Відділення відновного лікування місцевого санаторію – головне формування в системі етапної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда.

Переведення хворих у санаторій допускається при дрібновогнищевому неускладненому інфаркті міокарда не раніше 20 днів від початку захворювання, а при великовогнищевому або дрібновогнищевому ускладненому інфаркті міокарда – не раніше, ніж 30 днів за умови досягнення пацієнтом певного (див. вище) рівня фізичної активності. У хворих можуть бути такі супутні захворювання: гіпертонічна хвороба I-II стадії; компенсований цукровий діабет легкого або середнього ступеня тяжкості; хронічні захворювання легенів в стадії ремісії без дихальної недостатності, а також інші захворювання без суттєвих порушень функції органів та систем.

Протипоказання до лікування в реабілітаційному відділенні санаторію: загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування; інфаркт міокарда IV ФК; аневризма серця; аневризма аорти при серцевій недостатності вище I ст.; гіпертонічна хвороба III ст.; рецидивуючі тромбоемболії; порушення мозкового кровообігу; декомпенсований або тяжкий цукровий діабет; захворювання із суттєвим порушенням функції органів та систем.

На санаторному етапі реабілітації хворих на ІМ основними завданнями лікування є:

- вторинна профілактика прогресування ішемічної хвороби серця;
- попередження повторного ІМ;
- ліквідація або зменшення психопатологічних синдромів;
- подальше підвищення фізичної працездатності хворих;
- підготовка до професійної діяльності.

Лікарем-реабілітологом або кардіологом для кожного хворого реабілітаційного відділення місцевого кардіологічного санаторію розробляється індивідуальна програма реабілітації, яка залежить від тяжкості стану хворого (в першу чергу, ускладнень та ступеня коронарної недостатності) і визначається функціональним класом (табл. 14). Перший етап розробки програми передбачає уточнення діагнозу, встановленого при виписці із стаціонару, а також оцінку толерантності до фізичного навантаження пацієнта та визначення функціонального класу. Слід прийняти до уваги можливість тимчасового погіршення стану хворого при переміщенні його із стаціонару в санаторій, яке зумовлене зниженням коронарного і міокардального резервів при адаптації до нових умов.

Характеристика функціональних класів хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації

Функціональний клас	Ускладнення	Коронарна недостатність
ФК I-II ФК II	Відсутні Ускладнення I групи (легкі) : рідка екстрасистолія; АВ-блокада I ст.; синусова тахікардія; СН не вище I ст.; екстракардіальний больовий синдром; інфаркт міокарда в анамнезі; легка контрольована артеріальна гіпертонія)	Напади стенокардії відсутні
ФК III	Ускладнення II групи (середньої тяжкості) : СН ІА ст.; аневризма серця з СН не вище I ст. або без неї; часта монотопна екстрасистолія; постійна форма миготливої аритмії; пароксизми миготливої аритмії не частіше 2 разів на місяць; помірна контрольована артеріальна гіпертензія.	
ФК IV	Ускладнення III групи (тяжкі) : СН ІБ-III ст.; лівошлуночкова серцева недостатність; аневризма серця з СН вище I ст.; екстрасистолія за типом бігіменії, групової, політопної; пароксизми порушення ритму частіше 2 разів на місяць; АВ-блокада II-III ст. артеріальна гіпертензія з порушеннями функції органів-мішеней, або кризовим перебігом; рецидивуючі тромбоемболії; інші захворювання, при яких протипоказане санаторно-курортне лікування	
ФК II ФК II-III ФК III ФК IV	Відсутні I групи (легкі) II групи (середньої тяжкості) III групи (тяжкі)	Стенокардія напруження I ФК
ФК III ФК III ФК III-IV ФК IV	Відсутні I групи (легкі) II групи (середньої тяжкості) III групи (тяжкі)	Стенокардія напруження II ФК
ФК IV	Незалежно від наявності чи відсутності ускладнень	Стенокардія напруження III-IV ФК

Орієнтовну оцінку функціонального класу хворого на інфаркт міокарда уточнюють за результатами проби з дозованим фізичним навантаженням (табл. 17).

Санаторний етап реабілітації передбачає значне зростання інтенсивності фізичних навантажень в ході фізичної реабілітації, передусім за рахунок лікувальної гімнастики та тренувальної ходьби. Програми відновного лікування включають також тренування на велотренажерах, дозований біг, плавання, ходьбу на лижах, спортивні ігри. Головними орієнтира-

ми у виборі тренувальних навантажень та їх дозуванні є максимально допустимі значення ЧСС і тривалості пікових навантажень (табл. 18).

Таблиця 17

Характеристика функціональних класів хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації (за результатами проби з дозованим фізичним навантаженням)

Показник	Функціональний клас			
	I	II	III	IV
Подвійний добуток (ЧСС × АТсис.т. × 10 ⁻²)	>278	218-277	151-217	<150
Потужність останнього ступеня навантаження (Вт)	>125	75-100	50	25 або проба протипоказана

Таблиця 18

Програма фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації

Ступінь активності	Орієнтовна тривалість ступеня, дні			Об'єм фізичної реабілітації		Пікові навантаження		Прогулянки	Дозвілля
	ІФК	ІІФК	ІІІФК	ЛФК	Тренувальна ходьба	ЧСС, уд. за 1 хв	Тривалість, кількість		
IV	1-3	2-4	4-7	До 20 хв	300-500 м (до 70 кроків за 1 хв)	90-100	2-3 рази на день	2-3 рази на день – 4 км (65 кроків за 1 хв)	Телевізор, настільні ігри
V	6-7	6-7	10-12	До 25 хв	До 1 км (80-100 кроків за 1 хв)	100	3-5 хв, 3-5 разів на день	До 4 км (80 кроків за 1 хв)	Крокет, шахмати-гіганти, кіно, концерти
VI	7-8	9-10	7-8	30-40 хв	До 2 км (100-110 кроків за 1 хв)	100-110	3-6 хв, 4-6 разів на день	4-6 км на день (100 кроків за 1 хв)	Кегельбан, повільні танці
VII	7-8	3-4	Індивідуально	35-40 хв	2-3 км (110-120 кроків за 1 хв)	100-120	3-6 хв, 4-6 разів на день	7-10 км на день (<110 кроків за 1 хв)	Танці, спортивні ігри з полегшеними правилами (15-30 хв)

Примітка: в табл. 18 використані дані Ніколаєвої Л.Ф., Аронова Д.М. (1988 р.).

ЛФК на санаторному етапі є головним, але не єдиним методом реабілітації. Важливого значення надають як на даному етапі, так і на усіх наступних, **дієтотерапії**. Гіполіпідемічна дієта групи експертів Європейського товариства з вивчення атеросклерозу (Мюнхен, 1990 р.) передбачає певні вимоги до харчових продуктів, які подаються в таблиці 19.

Таблиця 19

Гіполіпідемічна дієта групи експертів Європейського товариства з вивчення атеросклерозу (Мюнхен, 1990 р.)

Групи продуктів	Продукти, рекомендовані до вживання	Вживання обмежене	Продукти, небажані до вживання
Жири	Олії: соняшникова, кукурудзяна, соєва, оливкова, гірчична	Масло або м'які сорти маргарину з високим вмістом поліненасичених жирів	Вершкове масло, м'ясний жир, свиняче сало. Нутряний жир, пальмова, кокосова олії, штучні насичені тверді жири, в т.ч. кулінарні жири, маргарини
М'ясо	Курка, індичка, телятина, кролик, дичина, білки яєць	Пісна яловичина, бекон, вітччина, свинина, баранина. Фарш, котлети, печінка, 1-3 яйця на тиждень (цілі)	Жирні сорти м'яса: бараняча грудинка, жирна свинина з черевної частини, ковбаса саламі, паштет, яйця, качка, гуска, шкірка курки, шкірка індички
Молочні продукти	Знежирене молоко, нежирні сорти сирів, дом. сир, нежирне кисле молоко	Напівзнежирене молоко, сири середньої жирності	Цільне молоко, згущене молоко, сметана, жирні сири, жирне кисле молоко, жирний кефір
Риба	Вся біла риба: тріска, пікша, камбала. Жирна риба: оселедець, макрель, сардина, тунець, лосось	Риба, підсмажена на олії, молюски	Ікра риб
Фрукти, овочі	Усі свіжі та заморожені овочі: горошок, квасоля, кукурудза; усі види бобових; картопля, зварена без шкірки або в мундирі; по можливості все їсти зі шкіркою. Свіжі фрукти. Консервовані фрукти без цукру, сухофрукти. Грецькі горіхи, каштани	Картопля, підсмажена на рослинній поліненасиченій олії. Фрукти в сиропі, кристалізовані фрукти. Ядро мигдалю	Картопля, підсмажена на тваринному жирі
Злаки	Борошно грубого помолу , хліб із цього борошна. Страви із вівса, кукурудзи, рису	Біле борошно, білий хліб, солодкі каші	Хліб вищої якості, булки, тістечка, кондитерські вироби

Групи продуктів	Продукти, рекомендовані до вживання	Вживання обмежене	Продукти, небажані до вживання
Готові продукти	Нежирні пудинги, желе, нежирні соуси	Торти, кондитерські вироби, пудинги, печиво і соуси, виготовлені на м'якому ненасиченому маргарині або маслі. Домашня закуска на поліненасиченому жирі	Торти, солодкі пудинги, печиво, виготовлене на насичених маслах, масляні і сметанні соуси, пудинги. Дуже засмажені закуски. Морозиво
Напої	Чай, німцна кава, мінеральна вода, напої без цукру, неосвітлений фруктовий сік, домашні вегетаріанські супи, пиво зі зниженим вмістом алкоголю	Солодкі напої, нежирний шоколад, зрідка супи в пакетах, м'ясні супи, спиртне	Міцна кава, жирні напої, шоколад, суп-пюре на жирних бульйонах
Консерви, солодоці	Прозорі маринади, солодоці без цукру (сахарин), мед	Солодкі маринади, гострі приправи, джем, мармелад, сироп, марципан, арахісове масло, цукор, пастила, жувальна гумка, сорбіт, глюкоза, фруктоза	Шоколад, цукерки-помадка
Інші	Трави, спеції, гірчиця, перець, оцтовий соус, нежирні приправи з нежирним кислим молоком	М'ясні та рибні паштети, низькокалорійна сметана чи майонез для салатів, готовий соєвий соус	Звичайна сметана для салатів, майонез або інші жирні приправи

Важливими у відновному лікуванні хворих на інфаркт міокарда є **фізіотерапевтичні методи лікування**. Основними методами **кліматотерапії** є палатна та верандна аеротерапія, прогулянки на свіжому повітрі. В теплу пору року може бути призначено цілодобову аеротерапію, денний сон на повітрі протягом 1-2 год. В холодну пору року застосовують загальні ультрафіолетові опромінення від 1/2 до 3/4 біодози.

Бальнеотерапію застосовують як у вигляді *загальних* вуглекислих, сірководневих, радонових, кисневих та йодобромних ванн (хворим **I ФК**), так і *часткових 2-, 4-камерних, частіше штучно приготованих ванн* (хворим **II ФК**). Для хворих **III ФК** передбачені "сухі" вуглекислі та радонні ванни. У всіх випадках температура води індиферентна (36-37 °С), тривалість процедури від 8 до 15 хв. Концентрації активних речовин у воді "слабка" та "середня" загальноприйнятні. Протипоказані вуглекислі ванни хворим з частими нападами стенокардії, загрозливими аритміями

та тяжкою гіпертонічною хворобою. Сірководневі ванни не застосовують при значних порушеннях ритму і провідності, супутніх захворюваннях нирок та печінки, бронхіальній астмі.

Електролікування призначають хворим **I-III ФК** як для безпосереднього впливу на патогенетичні механізми основного захворювання, так і з метою лікування основної патології. Електромагнітне випромінювання застосовується переважно у вигляді дециметрових хвиль на грудні симпатичні вузли та безпосередньо на ділянку серця. Опромінення проводять в дотеплових або слабкотеплових дозах по 10-15 хв вже в кінці першого місяця від початку захворювання. Ще раніше можна застосовувати класичну методику електросну (частотою 10-20 Гц, сила струму до 8 мА) для відновлення кіркової рівноваги та вегетативної регуляції. Ампліпульстерапію застосовують переважно для лікування супутніх больових синдромів, зумовлених дистрофічними змінами в хребті та симпатогангліонами. При цьому застосовують щадні режими (III-IV види роботи, глибину модуляцій не вище 50-75 %, частоту імпульсів 80-100 Гц), бажано чергувати з бальнеолікуванням.

У ранньому відновному періоді після перенесеного інфаркту міокарда хворим **протипоказані** теплолікувальні процедури (в тому числі бальнеотерапія), душі високого тиску (струминний, контрастний, віялоподібний, підводний душ-масаж), загальні ванни (крім хворих **I ФК**), кишкові промивання та зрошення та інші навантажувальні процедури.

Комплексне санаторне лікування будується залежно від функціонального класу хворих. Відносно молодим пацієнтам (35-45 років) без поширеного атеросклерозу і недостатності кровообігу, фізично активним, без ускладнень в гострій фазі захворювання, (**I-II ФК**) показані ЛФК з відносно швидким розширенням рухового режиму, психотерапія, електросон, загартовуюча кліматотерапія з призначенням таласотерапії, повітряних і сонячних ванн, бальнеотерапії у вигляді загальних вуглекислих ванн, душів.

Для хворих **II ФК**, які менше фізично активні, при наявності недостатності кровообігу не вище I стадії, на фоні щадної і помірно тонізуючої кліматотерапії проводять бальнеотерапію камерними ваннами, ДМХ-терапію за сегментарною методикою, електросон.

Хворим **III ФК** передбачений щадний кліматоруховий режим з обмеженням і контрольованим обережним розширенням активності, сухі вуглекислі та радонові ванни, ДМХ-терапія за сегментарною або прекардіальною методикою.

Психологічна реабілітація на санаторному етапі продовжує розпочате відновлення психологічного статусу на стаціонарному етапі. Основними методами психологічного впливу є психотерапія, автогенні тренування, психофармакотерапія, фізіотерапія (електросон, центральна електроаналгезія). Будується психотерапія з акцентом на мотивацію повернення до

професійної діяльності, активного продовження реабілітаційних заходів на наступному етапі.

Контроль за ефективністю реабілітації здійснюється поточним систематичним лікарським наглядом з використанням інструментальних методів, а також **заклучним рівнем оцінки ефекту відновного лікування**. Як **“значне покращення”** трактується зміна функціонального класу хворого на більш сприятливий (III ФК на II, II на I), як **“покращення”** – підвищення толерантності до фізичного навантаження і/або зниження **“подвійного добутку”** при тому ж навантаженні і при збереженні попереднього функціонального класу. Відповідно зниження цих показників свідчить про **“погіршення”**, а зростання функціонального класу – як **“значне погіршення”**.

Найбільший ефект санаторного етапу відмічається у хворих I-II ФК, де позитивний результат реабілітації може становити 97-98 %, а відновлення працездатності – більше ніж у 90 % випадків. У хворих III ФК реабілітація за санаторним типом можлива після 2-тижневого медикаментозного доліковування при щадному режимі. Цим пацієнтам доцільно застосовувати проміжний етап реабілітації між стаціонаром і санаторієм, за типом відділення відновного лікування в стаціонарі, що дозволить в подальшому оптимально використати можливості санаторію.

Санаторно-курортне лікування післяінфарктних хворих проводиться в кардіологічних санаторіях або кардіологічних реабілітаційних відділеннях багатопрофільних санаторіїв, – санаторії **“Лівадія”** (Південний берег Криму), **“Лермонтовський”**, **“Зірка”**, **“Росія”** (м. Одеса), **“Карпати”** (Закарпаття), **“Хмільник”** (Вінницька обл.), **“Ювілейний”** (Слов'янськ), **“Металург”** (Маріуполь) або на кліматичних (крім гірських) курортах середньої смуги Європейського континенту, а також приморських (Південний берег Криму). Воно показане хворим на післяінфарктний кардіосклероз тривалістю більше року без нападів стенокардії (або з рідкими нетяжкими нападами) без порушень серцевого ритму, при серцевій недостатності не вище I стадії (I і II ФК). Для усіх інших пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда за відсутності протипоказань може бути рекомендоване санаторно-курортне лікування лише у місцевих кардіологічних санаторіях. До числа протипоказань відносять повну атріо-вентрикулярну блокаду, блокади ніжок пучка Гіса, миготливу аритмію з СН вище I стадії (II ФК), часту політопну екстрасистолію, часті пароксизми тахікардії, СН вище II А ст. (III ФК), а також всі інші загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування.

Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації

Після завершення лікування у кардіологічному санаторії або реабілітаційному відділенні стаціонару реконвалесценти переходять до наступ-

ного етапу безперервного реабілітаційного процесу, – диспансерно-поліклінічного. Основні завдання цього етапу:

- динамічне диспансерне спостереження;
- попередження прогресування та загострень ішемічної хвороби серця і рецидивів (повторень) інфаркту міокарда;
- оцінка стану працездатності хворих, підтримання її на досягнутому рівні або підвищення;
- підготовка хворих до професійної діяльності;
- досягнення максимально можливої соціальної адаптації (адекватне працевлаштування, яке відповідає тяжкості стану хворого і його положенню в суспільстві);
- санаторно-курортний відбір.

Реабілітація на диспансерно-поліклінічному етапі здійснюється лікарем-реабілітологом за участю кардіолога, психоневролога, лікаря функціональної діагностики, фізіотерапевта, лікаря та інструктора ЛФК. Усі перераховані спеціалісти входять до складу реабілітаційної комісії, яка і визначає програму реабілітації кожного конкретного пацієнта.

Програму фізичної реабілітації складають з урахуванням функціонального класу захворювання і починають навантаження з того рівня фізичної активності, якого було досягнуто перед випискою із санаторію (реабілітаційного відділення стаціонару). Навантаження повинні бути регулярними і систематичними, з поступовим зростанням навантажень, а також врахуванням їх переносимості. Оцінка типу реакції на навантаження подана в табл. 20.

Поява ознак *патологічної реакції* вимагає припинення навантаження, *проміжної реакції* – тимчасового припинення занять ЛФК до функціонального відновлення. Обов'язковою умовою тренувань є їх повна безпека. Для цього пацієнта необхідно навчити самоконтролю з підрахунком пульсу до, під час і після заняття, а також веденню щоденника самоспостереження. Лікар повинен періодично переглядати щоденник і враховувати результати самоспостереження хворого при корекції програми фізичної реабілітації.

Психологічна реабілітація. Психологічний стан пацієнтів на поліклінічному етапі, за умови сприятливого перебігу реконвалесценції, як правило, нормалізується, хоча у частини хворих можливі зриви психічної адаптації, розвиток невроту, кардіофобії або, навпаки, анозогнозії. Тому, залежно від особливостей психічної адаптації, будується програма психологічної реабілітації, методами якої є психотерапія, автогенні тренування, вироблення у хворого установки на боротьбу з факторами ризику ішемічної хвороби серця та її прогресування, формування у родичів адекватних уявлень про хворобу, її лікування і прогноз. Ефективною формою психологічної реабілітації є *школа хворого на інфаркт міокарда*, програма якої охоплює всі необхідні для пацієнтів та їхніх родичів питання щодо

Оцінка типу реакції на фізичне навантаження при проведенні фізичних тренувань хворих, які перенесли інфаркт міокарда

Показник	Тип реакції на навантаження		
	Фізіологічний	Проміжний	Патологічний
Втома	Помірна, швидко проходить	Виражена, проходить за 5-10 хв	Виражена, тривало зберігається
Біль в ділянці серця	Немає	Нерегулярний, проходить самостійно	Знімається лише при застосуванні нітратів
Задишка	Немає	Незначна, проходить за 3-5 хв	Виражена, тривало зберігається
АТ і пульс	В межах рекомендованих при фізичних навантаженнях	Короткочасне (до 5 хв) перевищення рекомендованих меж з відновленням за 5-10 хв	Тривале (більше 5 хв) перевищення рекомендованих меж із збільшенням періоду відновлення більше 10 хв
Зміщення сегмента ST	Не більше, ніж 0,5 мм	Ішемічне (до 1 мм) з відновленням через 3-5 хв	Ішемічне (2 мм і >) з відновленням через 5 хв і >
Аритмії	Немає	Екстрасистоли до 6 за 1 хв	Виражена екстрасистолія, пароксизмального типу
Порушення провідності	Немає	Порушення внутрішньоплуночкової провідності при ширині комплексу QRS не >0,11 с	Блокада ніжок пучка Гіса, АВ-блокада

тактики за відновлення і зміцнення здоров'я пацієнта. Важливу роль відіграє відновлення сексуальної активності хворих. Через 3 місяці після перенесеного інфаркту міокарда за умови неускладненого перебігу захворювання протипоказань до відновлення статевого життя немає (бажано зі звичним партнером).

Відновлення професійно-трудової діяльності повинно проводитися поступово. Часткове обмеження службових навантажень, під час якого продовжується динамічне диспансерне спостереження, поступово змінюється повним, доступним для даного пацієнта, колом професійних обов'язків. Відновлення професійно-трудової діяльності є не лише кінцевою метою реабілітації, але і могутнім засобом відновлення психоемоційної сфери. Орієнтовні терміни повернення до праці наведені в табл. 21.

Лікарсько-трудова експертиза. Період тимчасової непрацездатності хворих на ІМ включає лікарняний та санаторний етапи реабілітації і залежить від перебігу ІМ, наявності ускладнень та супутньої патології, ефективності реабілітаційних заходів. Для більшості хворих цей термін становить 3-5 місяців. Хворих із несприятливим трудовим і загальним прогнозом, а також пацієнтів, які потребують працевлаштування або продовження лікування більше 4-х місяців, направляють на МСЕК.

**Орієнтовні терміни середньої тривалості тимчасової непрацездатності
хворих, які перенесли інфаркт міокарда**

Клінічна характеристика	Середні терміни непрацездатності
Вогнищева дистрофія міокарда, інфаркт міокарда (без Q) і без виражених ускладнень, із стенокардією не вище I ФК	До 2 міс.
Великовогнищевий (в т.ч. трансмуральний) інфаркт міокарда зі стенокардією II-III ФК або з СН та іншими серйозними ускладненнями	До 3 міс.
Вогнищева дистрофія міокарда, інфаркт міокарда (без Q) зі стенокардією II-III ФК або з СН і іншими серйозними ускладненнями	До 3 міс.
Великовогнищевий (в т.ч. трансмуральний) інфаркт міокарда, ускладнений в гострому періоді, зі стенокардією не вище II ФК, СН не вище ІА стадії	3-4 міс.
Інфаркт міокарда в поєднанні з порушенням загального і вінцевого кровообігу II або III стадії, а також ускладнений аневризмою серця і поширеним кардіосклерозом. Інфаркт міокарда з тяжкими ускладненнями, рецидивуючим перебігом	При безсумнівно несприятливому професійному прогнозі хворих направляють на ЛТЕК до 4 міс. від початку захворювання. В інших випадках – після 4 міс.

Особам, які перенесли ІМ, III групи інвалідності встановлюють у тих випадках, коли необхідно значно змінити умови праці за своєю професією або коли хворий змушений перейти на іншу роботу. Інвалідність II групи після перенесеного ІМ встановлюють хворим із вираженою коронарною недостатністю (стенокардія напруження III-IV ФК), ускладненою недостатністю кровообігу II стадії, порушеннями ритму, аневризмою серця, а також при наявності супутніх захворювань (артеріальної гіпертензії, цукрового діабету і ін.). Інвалідність I групи призначають при недостатності кровообігу III стадії, стенокардії напруження IV ФК, частих нападах лівошлункової недостатності, тяжких ускладненнях ІМ, внаслідок чого хворі потребують стороннього догляду. Лікарняний лист інвалідам, що працюють на виробництві, видають на загальних підставах незалежно від характеру захворювання, групи і причини інвалідності.

**Ішемічна хвороба серця
(крім інфаркту міокарда)**

До цієї групи захворювань, крім інфаркту міокарда, належать різноманітні форми порушень коронарного кровообігу, – раптова коронарна смерть, стабільна та нестабільна стенокардії, післяінфарктний кардіосклероз, порушення серцевого ритму, серцева недостатність. Звісно, відновне

лікування перерахованих форм ІХС має багато спільного із реабілітацією при інфаркті міокарда, тому і визначення функціонального класу пацієнтів, і програми реабілітації хворих на ІХС практично відповідають таким при відновному лікуванні хворих на інфаркт міокарда на санаторному етапі реабілітації (табл. 16, 17, 18). Виняток становлять нестабільні форми ІХС (вперше виникла стенокардія, прогресуюча стенокардія, пароксизмальні форми аритмій), які потребують індивідуальної реабілітації. В такому разі функціональний клас та програма реабілітації пацієнта можуть бути визначені за аналогією з хворим на інфаркт міокарда без Q на госпітальному періоді лікування (табл. 14, 15).

Основними моментами, які визначають функціональний статус хворих на ІХС, є толерантність до фізичного навантаження, потреба в нітратах, частота і тяжкість нападів стенокардії, вираженість критеріїв ішемії при фізичному навантаженні та у спокої (для безбольових форм стенокардії), а також порушення ритму і провідності, стадія серцевої недостатності. I ФК характеризується високою толерантністю до фізичного навантаження – 125 Вт і вище; II ФК – 75-100 Вт; III ФК – 25-50 Вт; IV ФК – менше 25 Вт.

Лікарняний період реабілітації

Пацієнтів із ІХС госпіталізують, як правило, в разі погіршення стану гемодинаміки, тому у цьому періоді основними **завданнями** лікування є:

- стабілізація стану пацієнта (активна медикаментозна терапія);
- при неефективності медикаментозної терапії визначення показань до електроімпульсної терапії (лікування аритмій) або хірургічного лікування (ангіопластика, аортокоронарне шунтування, радіочастотна абляція);
- тренування механізмів адаптації (рухові режими, ЛФК, масаж, фізіотерапія);
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія).

Медикаментозна терапія хворих на ІХС (гіполіпідемічна терапія, тромболітики, антиагреганти, бета-адреноблокатори, нітрати, антагоністи кальцію) проводиться відповідно до патогенетичного варіанту захворювання, а також типу гемодинаміки пацієнта, який визначається, в першу чергу, переважанням того чи іншого відділу вегетативної нервової системи.

ЛФК будується на основі розширення рухової активності за ступенями режимів: суворого ліжкового, ліжкового, напівліжкового (палатного) і загального або вільного (характеристика рухових режимів подається у загальній частині). Тривалість ступеня визначається його адекватністю (переносимістю навантаження). **Адекватною** реакцією на руховий режим є відсутність нападів стенокардії на висоті навантаження і протягом години після нього, відсутність вираженої задишки, втоми, серцебиття; збільшення ЧДР не більше ніж на 6-8 за 1 хв; підвищення систолічного

АТ на 20-40 мм рт. ст. або зниження не більше ніж на 10 мм рт. ст., а діастолічного – на 10-12 мм рт. ст.; почашення пульсу на 8-10 уд. за 1 хв; відсутність змін на ЕКГ після навантаження. Реакція вважається *неадекватною* за умови виходу показників геодинаміки (пульсу, АТ) поза межі допустимих, а також при виникненні нападу стенокардії, появи вираженої задишки, втоми, серцебиття, розвитку аритмії, появи блідості, ціанозу, пітливості, слабкості, змін на ЕКГ ішемічного характеру. При стабілізації показників гемодинаміки та клінічних проявів захворювання по закінченні госпітального етапу реабілітації проводять велоергометрію для визначення функціонального класу.

Психологічна реабілітація направлена на ліквідацію та попередження виникнення патологічних психоневротичних реакцій, подібних до тих, які виникають при інфаркті міокарда. Тому методи психологічної корекції такі ж, як і при реабілітації хворих на інфаркт міокарда.

Фізіотерапевтичні методи лікування на лікарняному етапі реабілітації хворих на ІХС включають не лише електротерапію лікарняного етапу реабілітації хворих на інфаркт міокарда (описані вище електросон, імпульсні струми та ін.). Разом з тим, призначають також медикаментозний електрофорез з еуфіліном, ганглероном, вітамінами, бета-блокаторами. Застосовуючи загальну методику (за Вермелем), рефлекторно-сегментарну (на комірцеву ділянку, паравертебральну чи зону Захар'їна-Геда) або транскардіальну, можна посилити вплив як на церебральну чи внутрішньосерцеву гемодинаміку, так і на системний кровотік.

Ефективним методом лікування на лікарняному етапі є також низькочастотна магнітотерапія, яка не лише покращує метаболізм серцевого м'яза, але й має адаптогенний вплив на міокард та організм в цілому. Вплив здійснюється контактено на прекардіальну ділянку серця і на проекцію нижньошийних та верхньогрудних вегетативних вузлів, причому у хворих III і IV ФК з обмеженими коронарними та міокардіальними резервами адекватним є опромінення прекардіальної ділянки, а у хворих I-II ФК більш ефективно опромінення сегментарної зони, яке зменшує симпатикотонічні впливи.

Мікрохвильова терапія, і особливо ДМХ-терапія, за вогнищевою (на ділянку серця) або рефлекторно-сегментарною (на вегетативні вузли шийногрудної ділянки) методикою також має виражений ваготонічний вплив, знижує агрегацію тромбоцитів, покращує внутрішньосерцеву та системну гемодинаміку. Ваготонічна дія мікрохвиль сприяє більш економічному режиму роботи міокарда (за принципом бета-блоку з наступним зниженням серцевого викиду). Хворим з стабільною стенокардією I-II ФК, в тому числі в поєднанні з гіпертонічною хворобою I-II ст. та рідкою екстрасистолією, а також церебральним атеросклерозом, показана сегментарна методика застосування мікрохвиль. Для хворих II-IV ФК застосовують прекардіальне опромінення.

Позитивний вплив на реологічні властивості крові, мікроциркуляцію та антиоксидантний захист має лазеротерапія, яка використовується у вигляді зовнішнього та внутрішньосудинного опромінення. Пацієнтам зі стенокардією напруження усіх функціональних класів застосовується опромінення розфокусованим світловим пучком лазера потужністю 20-30 мВт (щільність потоку потужності 0,4-0,5 мВт/см²), трьома полями (на ділянку груднини, верхівки серця, лівої підлопаткової ділянки), тривалість впливу – по 30-60 с на кожен ділянку опромінення. Дана методика дозволяє підвищити толерантність до фізичного навантаження, зменшити кількість та тривалість нападів стенокардії.

Післялікарняний період реабілітації

Санаторний етап

Після лікарняного етапу хворі на ішемічну хворобу серця направляються на диспансерно-поліклінічний етап реабілітації (див. далі), з якого вони можуть бути направлені в санаторій згідно з умовами санаторно-курортного відбору. Санаторно-курортне лікування хворим на ІХС показане в умовах місцевих санаторіїв, а також спеціалізованих кардіологічних санаторіїв. Відбір хворих на санаторно-курортне лікування здійснюється лише після стабілізації захворювання. За клініко-функціональною характеристикою хворі повинні належати до I-III ФК (див. санаторний етап реабілітації хворих на ІМ).

Основними завданнями санаторного лікування хворих на ІХС є:

- вторинна профілактика ІХС;
- розвиток компенсаторних кардіальних та екстракардіальних механізмів компенсації;
- підвищення та підтримання рівня фізичної працездатності.

Психологічна адаптація хворого до нових умов життя та професійно-трудової діяльності.

Хворим із I ФК ІХС показане лікування на бальнеологічних, кліматичних курортах (в тому числі віддалених) та у місцевих санаторіях. Для лікування такого контингенту пацієнтів застосовують вуглекислі, радонові, сірководневі, йодобромні, хлоридні натрієві ванни.

Для кліматичного лікування хворих I-III ФК використовують приморські та лісові рівнинні курорти, які розташовані поблизу місця постійного проживання пацієнта. На курорти зі значними змінами кліматопогодних умов можна направляти лише хворих I ФК, оскільки акліматизація та реакліматизація потребують значного напруження резервів серцево-судинної системи.

Хворих з невротичними змінами та гіперсимпатикотонією, а також з гіпертиреозом небажано направляти на південні курорти у спекотну пору року.

При наявності у хворого аритмії (рідкої монотопної екстрасистолії) показане лікування радоновими та йодобромними ваннами. У випадку

тяжкої, прогностично несприятливої аритмії санаторно-курортне лікування протипоказане.

Пацієнти III ФК із помітним обмеженням фізичної активності та значним зниженням толерантності до фізичного навантаження, недостатності кровообігу не вище I стадії і без тяжких ускладнень серцевого ритму направляють у місцеві санаторії. Хворим IV ФК санаторно-курортне лікування протипоказане. До протипоказань також відносять і усі форми нестабільної стенокардії.

Реабілітація хворих на післяінфарктний кардіосклероз на санаторно-му її етапі здійснюється за принципами санаторної реабілітації осіб, які перенесли інфаркт міокарда (див. вище). Правильно побудований санаторно-курортний режим, який базується на раціональному використанні кліматотерапії, адекватного рухового режиму, дієтичного харчування, ЛФК, масажу, мінеральних ванн, електротерапії в більшості випадків дозволяє добитися позитивного результату.

Диспансерно-поліклінічний етап

На даному етапі продовжується спостереження та лікування пацієнта за місцем проживання, в процесі якого оцінюється ефективність реабілітаційних заходів, вирішуються питання працездатності хворих, терміни поновлення трудової діяльності, перевodu на інвалідність.

Основні завдання диспансерно-поліклінічного етапу реабілітації є:

- попередження прогресування ІХС;
- відновлення функцій серцево-судинної системи;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- відновлення працездатності хворих та повернення до професійної діяльності;
- раціональне працевлаштування хворих;
- динамічне диспансерне спостереження за хворими;
- нормалізація психоемоційного стану організму та покращення якості життя.

Медична реабілітація, в першу чергу, базується на адекватній індивідуалізованій програмі медикаментозного лікування та зміні стилю життя пацієнта (**раціональна дієтотерапія, руховий режим, психотерапія**).

Лікувальна фізична культура використовує ті ж самі форми і методи (відповідно до рухового режиму пацієнта), що і при реабілітації хворих на інфаркт міокарда, – лікувальну гімнастику в загальних групах, дозовану ходьбу, тренування на велоергометрі, теренкур, біг, плавання, гімнастику у воді.

Спочатку визначають функціональний клас хворого за клінічним перебігом захворювання, функціональним класом стенокардії та серцевої недостатності, толерантністю до фізичного навантаження, призначають руховий режим та визначають об'єм фізичної реабілітації. Як правило, починають з призначення відразу тренуючого рухового режиму хворим

I ФК, щадно-тренуючого – хворим II ФК і щадного – хворим III ФК. Хворі, яких відносять до IV ФК, займаються фізичними вправами лише в умовах лікарні і не підлягають реабілітації в санаторії або поліклініці.

Щадний руховий режим тренування хворих III функціонального класу передбачає дозовану ходьбу зі швидкістю пересування 2-3 км/год, починаючи з дистанції 500 м і поступовим щоденним її нарощуванням на 200-500 м, доводячи до 3 км. Для хворих II ФК, які тренуються за програмою щадно-тренуючого режиму, швидкість пересування становить 4 км/год, дистанція ходьби починається з 3 км і поступово збільшується до 5-6 км. Допускається підйом на окремих ділянках маршруту 5-10°. Заняття дозованою ходьбою у хворих I ФК починаються зі швидкістю 4-5 км/год і дистанції 5 км, яка поступово доводиться до 8-10 км. Ділянки маршруту можуть мати підйом 10-15°. Після освоєння даного навантаження хворі можуть приступати до бігу підтюпцем.

Оцінка реакції на фізичне навантаження хворих на ІХС здійснюється як і для хворих на інфаркт міокарда (див. вище).

Методики **фізіотерапії** направлені на активацію гемодинаміки, зменшення гіпоксії міокарда і проводяться аналогічно до вищенаведеного лікування у лікарняному періоді. Окреме місце у відновному лікуванні хворих на ІХС мають процедури **водолікування**, оскільки вони активно впливають на основні патогенетичні механізми захворювання, – регулюють процеси адаптації до температурних та механічних подразників, механізми терморегуляції, активують метаболізм (в тому числі ліпідний обмін), змінюють збудливість соматичної і вегетативної нервової систем, активують коронарний і периферійний кровообіг.

Хворим I-II ФК призначають плавання у басейні з прісною або мінеральною водою тривалістю від 15-20 до 35-45 хв. Для пацієнтів зі стабільною стенокардією I та II ФК при недостатності кровообігу не вище I ступеня без порушення серцевого ритму використовують **гідрокінезотерапію**. Навантаження дозується темпом плавання і фізичних вправ у воді, при цьому ЧСС не повинна перевищувати 70-80 % максимальної на висоті порогового навантаження на початку курсу і 80-90 % – у кінці курсу гідрокінезотерапії. Процедури гідрокінезотерапії повинні включати паузи для відпочинку, курс лікування складає 20-25 процедур з наступним тривалим їх застосуванням 2-3 рази на тиждень протягом тривалого періоду часу.

Досить ефективними водолікувальними процедурами для хворих I-II ФК є закутування, кисневі, перлинні і азотні ванни індиферентної температури (35-36 °С), контрастні ванни (спочатку ванни для ніг, пізніше – загальні ванни з різницею температур 12-15 °С). Хворим I ФК показані також сауна, підводний душ-масаж.

Принципи санаторно-курортного відбору та лікування хворих з ішемічною хворобою серця в умовах санаторію викладені в попередньому розділі.

Оцінка ефективності реабілітації хворих на ІХС наведена в таблиці 22.

Таблиця 22

Оцінка ефективності реабілітації хворих на ІХС (за бальною системою)

Показник	Оцінка показників, бали			
	5	10	15	20
Напади стенокардії	Рідше 2 разів на тиждень	2-3 рази на тиждень	1-2 рази на день	3-4 рази на день
Суб'єктивна переносимість фізичного навантаження: При ходьбі по рівній місцевості в середньому темпі	Більше 1000 м	800-1000 м	600-800 м	400-600 м
При підніманні по сходах в середньому темпі без зупинок	Більше 6 прольотів	5-6 прольотів	3-4 прольоти	1-2 прольоти
ЕКГ: Ритм	Синусовий, одиничні монотопні екстрасистоли (I клас за Лоуном)	Монотопні екстрасистоли, 5 за 1 хв (II клас за Лоуном)	Часті політопні екстрасистоли (III клас за Лоуном); миготлива нормосистолічна аритмія	Групові екстрасистоли (IV клас за Лоуном); миготлива аритмія
Провідність	Внутрішньошлуночкова блокада	Синоаурикулярна блокада II ст.; АВ-блокада I-II ст., блокада однієї із гілок пучка Гіса	Синоаурикулярна блокада II ст.; АВ-блокада II-III ст., блокада однієї із ніжок пучка Гіса	Двостороння біфасцикулярна блокада пучка Гіса
Ознаки ішемії міокарда	Негоризонтальна депресія сегмента ST в стандартних відведеннях <0,5 мм, в грудних <1 мм	Горизонтальна депресія сегмента ST в стандартних відведеннях <0,5 мм, в грудних <1 мм або негативний асиметричний заокруглений зубець T <5 мм або двогорбий згладжений зубець T	Поєднання депресії сегмента ST та зміни зубця T	Горизонтальна депресія або підйом сегмента ST в стандартних відведеннях >0,5 мм, в грудних >1 мм або "коронарні" гострокінцеві зубці T >5 мм

Показник	Оцінка показників, бали			
	5	10	15	20
Навантажувальні проби:				
Питома потужність, Вт/кг	1,01-2,0	0,71-1,0	0,51-0,7	Протипоказані
Подвійний добуток при навантаженні 75 Вт	до 170	171-199	200 і >	
Ліпідний обмін:				
Холестерин загальний, ммоль/л	До 5,0	5,0-5,69	5,69-6,77	>6,77
Ліпопротеїди високої щільності, % від загального холестерину	25-37	15-25	15-7	<7
Індекс атерогенності	до 3,5	3,6-4,5	4,6-5,5	>5,5

Медико-соціальна реабілітація хворих після аортокоронарного шунтування з приводу ішемічної хвороби серця

Враховуючи невідомо зростаючу кількість хворих на ІХС, повернутих до життя при допомозі хірургічних методів лікування (аортокоронарне шунтування (АКШ), черезшкірна трансклюмінальна коронарна ангіопластика (ЧТКА) на ін.), на сьогодні все більш актуальним постає питання реабілітації саме цієї категорії пацієнтів.

Основними завданнями стаціонарного етапу реабілітації є:

- відновлення функції зовнішнього дихання;
- попередження наслідків гіпокінезії;
- формування адекватної психологічної реакції пацієнта на хворобу;
- ліквідація місцевих наслідків операції (порушення загоєння рани, внутрішньогрудних ускладнень, а також наслідків забору підшкірної вени для створення шунта);
- ліквідація післяопераційних анемії та імунодефіциту;
- зняття післяопераційного за грудничного болю (після диференціальної діагностики із коронарним больовим синдромом);
- попередження тромбоемболічних ускладнень.

Як бачимо із перерахованих завдань, основне місце в післяопераційному періоді займає фізична та психологічна реабілітація. З перших днів після операції слід призначати **ЛФК (дихальну гімнастику, дозовану ходьбу), масаж, електротерапію.**

Руховий режим передбачає чергування тренуючих навантажень з відпочинком. Дозування фізичних навантажень проводиться після оцінки толерантності до фізичного навантаження та визначення функціонального класу (табл. 23, 24).

Таблиця 23

**Характеристика функціональних класів хворих після АКШ
на лікарняному етапі реабілітації**

Показник	Функціональний клас			
	I	II	III	IV
Стенокардія, втома, задишка: При помірному (звичайному) фізичному навантаженні	Не виникає	Виникає	Виникає	Виникає часто
При незначному фізичному навантаженні	Не виникає	Не виникає	Виникає	Виникає часто
При найменшому фізичному навантаженні та в спокої	Не виникає	Не виникає	Не виникає	Виникає часто
Толерантність до фізичного навантаження	>50 Вт	25-50 Вт	<25 Вт	СН II Б – III ст.

Таблиця 24

**Програма фізичної реабілітації хворих після АКШ
на лікарняному етапі реабілітації**

Функціональний клас, період лікування	Об'єм фізичної реабілітації	
	ЛФК ¹ , вправи	Дозована ходьба ^{2,3} (80 % порогової потужності)
I Початок лікування	Дихальні, на розслаблення 3 додатковим зусиллям	(90-100 кр. за 1 хв) 15-20 хв, 3 км
Кінець лікування (10-12 день)		(110-120 кр. за 1 хв) 20-30 хв, 7-8 км
II Початок лікування	Дихальні, на розслаблення 3 додатковим зусиллям	(80-90 кр. за 1 хв) 15-20 хв, 3 км
Кінець лікування (10-12 день)		(100-110 кр. за 1 хв) 20-30 хв, 6 км
III Початок лікування	Дихальні, на розслаблення 3 додатковим зусиллям	(60-70 кр. за 1 хв) 15-20 хв, 1,5 км
Кінець лікування (18-20 день)		(80-90 кр. за 1 хв) 20-30 хв, 4,5 км
IV	Дихальні, на розслаблення	(не >50 кр. за 1 хв) 15-20 хв 20-30 хв

Примітка: 1. Процедури ЛФК проводяться щоденно тривалістю 15-30 хв.

2. Темп дозованої ходьби при адекватних клінічних та ЕКГ-реакціях плавно нарощується кожних 4-7 днів.

3. Методика проведення дозованої ходьби: 1-2 хв – рух у повільному темпі, наступні 3-5 хв – в тренувальному темпі, наступні 2-3 хв – знову у сповільненому. Після короткочасного відпочинку цикл повторюється 3-4 рази.

Масаж проводиться із застосуванням класичних прийомів (окрім вібрації). Причому, передню поверхню грудної клітки масажують прийомами прогладжування та легкого розтирання, спину – із застосуванням усіх прийомів. Тривалість процедури – 12-15 хв. Протипоказання – медіастиніт, незарубцьована післяопераційна рана.

Фізіотерапевтичні методи лікування на ранньому лікарняному етапі застосовують обмежено. Перевага надається електрофорезу аналгетиків на больову зону та за рефлекторно-сегментарними методиками (паравертебрально, зони Захар'їна-Геда). Бальнеотерапію проводять в ранньому післяопераційному періоді "сухими" вуглекислими чи радоновими ваннами (концентрація радону становить 20-30 нКи/л. 4-камерні вуглекислі ванни з концентрацією газу 0,5 г/л температурою 35-36 °С та тривалістю 8-12 хв застосовують з 21-25 дня після операції у хворих I і II ФК. Хворим III ФК бальнеотерапію проводять обережно, через 3-х тижні після операції і лише у випадку адекватної реакції на усі форми фізичної реабілітації.

На санаторному етапі реабілітації продовжується застосування фізичних тренувань за наростаючою схемою.

Фізіотерапія застосовується як у вигляді бальнеолікування (описане вище), так і електролікування. Широко застосовують магнітотерапію, електрофорез лікарських речовин, електросон. Особливості вибору методики апаратної фізіотерапії такі ж, як і для лікування хворих на ІМ та стенокардію.

Для знеболення в зоні післяопераційного рубця та для стимуляції загоєння рани призначають лазеротерапію. З метою відновлення мікроциркуляції в кінцівках (після забору венозного трансплантату) проводять опромінення гомілки (сегментарних зон) мікрохвилями дециметрового діапазону або змінним магнітним полем.

Психологічну реабілітацію проводять з допомогою психотерапії – роз'яснювальних бесід з хворим про важливість та перспективність відновного періоду лікування. У випадку ефективної фізичної реабілітації (розширення рухового режиму, адекватної переносимості зростаючих фізичних навантажень) пацієнту слід акцентувати увагу на цих позитивних зрушеннях. Використовують також клінічні приклади успішної реабілітації пацієнтів, які повернулися до активної трудової діяльності, і навіть військової служби. Додатковими засобами психологічної реабілітації може бути фізіотерапія (електросон, електрофорез бромю, кофеїну та інших лікарських речовин за комірцевою чи транскраніальною методикою).

На диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації продовжують динамічне спостереження та планові оздоровчі заходи. При цьому повинна забезпечуватись адекватність навантажень стану хворого, перевантаження недопустимі.

Раціональне працевлаштування хворих на ІХС. Раціональне працевлаштування хворих та інвалідів відповідно до стану їх здоров'я, кваліфі-

кації, особистих інтересів хворого є одним із найважливіших завдань соціальної допомоги. Воно сприяє активізації компенсаторних процесів, має сприятливий психологічний вплив та суттєве соціально-економічне значення як для самого хворого, так і для суспільства в цілому.

При працевлаштуванні хворих велика увага повинна звертатись на раніше набуті ними трудові навички. У зв'язку з тим, що хворі на ІХС переважно особи середнього та похилого віку і освоєння ними нових професій надзвичайно утруднене, необхідно працевлаштовувати їх в попередніх виробничих умовах і за попереднім або близьким до нього фахом. Там, де використання навичок попередньої професії неможливе або нерациональне, слід активно рекомендувати набуття нової професії, особливо для осіб молодого віку. При працевлаштуванні необхідно враховувати принцип відповідності професійної діяльності функціональному стану хворого.

Хворим на ІХС незалежно від стану коронарного кровообігу і гемодинаміки абсолютно *протипоказані* наступні види діяльності: робота пов'язана із значним постійним чи епізодичним фізичним навантаженням, з постійним помірним фізичним навантаженням, постійною ходьбою, стоянням, з впливом токсичних речовин, з потенційною небезпекою для хворого і оточуючих у випадку несподіваного припинення роботи; робота в несприятливих мікрокліматичних і метеорологічних умовах, в нічну зміну, в польових умовах, у місцях, віддалених від населених пунктів, на висоті, в екстремальних умовах.

Працевлаштування хворих, що перенесли ІМ, здійснюється як шляхом створення обмежень на своїй роботі, так і переведенням на іншу роботу, але нова робота при цьому не повинна призводити до зниження кваліфікації і до втрати спеціальності. Переведення може бути як тимчасовим, так і постійним.

Гіпертонічна хвороба

Лікарняний період реабілітації

Медикаментозна терапія та зміна стилю життя (позбавлення шкідливих звичок, зниження маси тіла, дієтотерапія з обмеженням кухонної солі та холестерину, руховий режим та ін.) становлять основу лікування кожного пацієнта з гіпертонічною хворобою (ГХ), незалежно від того, на якому етапі лікування він перебуває. Лікарняний етап терапії гіпертонічної хвороби передбачає перебування пацієнта у стаціонарі в період дестабілізації захворювання. Це, як правило, часті гіпертензивні кризи, особливо ті, які погано піддаються лікуванню, ускладнені кризи, а також ускладнення гіпертонічної хвороби (інфаркт міокарда, інсульт та ін.).

Реабілітація хворих з ускладненнями ГХ проводиться за принципами лікування цього ускладнення (інфаркту міокарда, інсульту чи ін.) і вик-

ладена у відповідних розділах. Відновне лікування власне гіпертонічної хвороби в лікарняний період будується відповідно до режиму, на якому перебуває пацієнт. Зрозуміло, що лікування гіпертонічного кризу (суворий ліжковий режим) передбачає лише медикаментозну терапію, можливо, з елементами психотерапії. Однак, відразу після стабілізації гемодинаміки (ліквідації кризу) хворим рекомендуються дихальні вправи та рухи у дистальних відділах кінцівок. Пацієнти з ГХ досить швидко переходять до ліжкового, а пізніше і палатного режимів, оскільки у них, на відміну, наприклад, від хворих з інфарктом міокарда, відсутнє органічне ураження серця, тому толерантність до фізичного навантаження швидко відновлюється.

Основними завданнями лікарняного етапу реабілітації є:

- врівноваження діяльності ЦНС, усунення вестибулярних розладів;
- усунення психотравмуючих факторів, інтоксикацій (нікотин, алкоголь);
- формування адекватної психологічної реакції пацієнта на хворобу;
- покращення психоемоційного стану хворого і підготовка його до розширення рухового режиму;
- попередження наслідків гіпокінезії, в т.ч. тромбоемболічних ускладнень;
- активація екстракардіальних чинників кровообігу.

Вимоги до комплексів **фізичної реабілітації** в лікарняний період загальноприйняті (див. основну частину). Переважно використовуються вправи на розслаблення м'язів, дихальні та вправи для вестибулярного апарату, які сприяють зниженню артеріального тиску та нормалізують порушену вестибулярну функцію. Призначають вправи для великих і середніх м'язових груп, які значно менше підвищують артеріальний тиск, ніж вправи за участю малих м'язових груп. Допускаються вправи слабкої та, в подальшому, помірної інтенсивності.

Оцінка реабілітаційного процесу в усіх хворих на ГХ проводиться методом поточного та етапного контролю, описаними у розділі реабілітації хворих на інфаркт міокарда. Навантаження слід давати у межах 30-50 % від порогової потужності, встановленої при велоергометрії.

Слід відмітити, звичайно, певну категорію пацієнтів, яким потрібна особлива увага. Це хворі з тяжким кризовим перебігом ГХ, реабілітація яких здійснюється в індивідуальному порядку.

Лікувальний **масаж** проводиться хворим з неускладненою гіпертонічною хворобою при переводі їх до напівліжкового рухового режиму. З метою нормалізації діяльності ЦНС, зниження периферійного судинного тону та системного артеріального тиску, зменшення головного болю та вестибулярних розладів застосовують рефлекторно-сегментарний масаж (паравертебральні ділянки шийних і верхньогрудних спинномозкових сегментів – С₂-С₇ та D₁-D₃), а також місцевий масаж лобної ділянки та волосистої частини голови, задньої поверхні шиї, комірцевої зони. Використовують усі масажні прийоми крім вібрації.

Психологічна реабілітація направлена на попередження порушень сну, депресії, а також на формування у хворого адекватних уявлень про хворобу та її лікування, активну участь пацієнта у процесі реабілітації. Завдання психологічної реабілітації полягає в урівноваженні процесів вищої нервової діяльності, ліквідації напруження та тривожності, стимуляції гальмівних процесів. Важливого значення набувають елементи психогігієни, ліквідація психотравмуючих факторів, інтоксикацій (нікотин, алкоголь), впорядкування режиму праці та відпочинку, встановлення строгого розпорядку робочого часу, нормалізація сну, чергування праці та відпочинку. Методи психологічної реабілітації на лікарняному етапі включають елементи психотерапії, яку проводить, як правило, лікуючий лікар, автогенні тренування та, при потребі, прийом психотропних препаратів. У випадках, коли у хворих розвиваються кардіофобії чи іпохондрія, застосовують гіпнотерапію.

Методи **фізіотерапії** на лікарняному етапі, як і масаж, починають застосовувати після стабілізації гемодинаміки за умови відсутності ускладнень ГХ. Електросон, центральну електроаналгезію застосовують з метою відновлення кірково-підкіркової рівноваги, ліквідації головного болю та вестибулярних розладів; гальванізацію, електрофорез спазмолітиків, седативних, гіпотензивних препаратів різних фармакологічних груп, діадинамотерапію, ампліпульстерапію, мікрохвильову та магнітотерапію за різноманітними методиками застосовують з метою впливу на різні ланки патогенезу гіпертонічної хвороби. Частіше застосовують впливи на рефлекторно-сегментарні ділянки, особливо комірцеву та синокаротидну зони, а також загальні методики (загальна гальванізація, загальний електрофорез, 4-камерні гідрогальванічні ванни та ін.). Слід вказати, що адекватне фізіотерапевтичне лікування практично завжди дає можливість швидше досягнути контрольних рівнів артеріального тиску та зменшити дози медикаментів.

Післялікарняний період реабілітації

Санаторний етап

Санаторний етап реабілітації для хворих на ГХ не передбачений. Однак, враховуючи дуже високу ефективність фізіотерапевтичного лікування саме у цієї категорії пацієнтів, при наявності відповідних можливостей воно може успішно використовуватися для реабілітації в умовах курорту. Тому санаторний етап реабілітації може бути як другим за черговістю, наступником стаціонарного етапу, так і продовженням амбулаторно-поліклінічного, значно підвищуючи ефективність останнього.

Після ліквідації кризів, стабілізації гемодинаміки та підбору адекватного медикаментозного лікування хворі на гіпертонічну хворобу I та II стадії з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією, без частих судин-

них кризів, які не мають вираженої склеротичної патології судин головного мозку, нирок, без тяжких порушень ритму і провідності, при недостатності кровообігу не вище I стадії можуть направлятися на санаторно-курортне лікування.

До місцевих кардіологічних санаторіїв та на курорти кліматичного і бальнеологічного профілів направляються хворі на ГХ I та II стадій, з м'якою та помірно артеріальною гіпертензією, доброякісного перебігу, без частих гіпертензивних кризів, без прогностично несприятливих порушень серцевого ритму і провідності, при недостатності кровообігу не вище I стадії. На лікування *лише у місцеві кардіологічні санаторії* направляються хворі на ГХ II ст., з м'якою та помірно артеріальною гіпертензією, доброякісного некризового перебігу без прогностично несприятливих порушень серцевого ритму, без порушення азотовидільної функції нирок, при стабільній стенокардії напруження не вище II ФК та недостатності кровообігу не вище II А ст. (ПФК).

Рекомендуючи курортне лікування хворим із захворюваннями серцево-судинної системи взагалі, і пацієнтам з гіпертонічною хворобою зокрема, слід враховувати їх реактивність на зміну погоди та утримуватися від направлення хворих з метеопатичними реакціями в період різких коливань погоди, особливо в холодну пору року, а також на курорти з контрастними кліматогеографічними умовами. На курорти слід направляти хворих з тривалим стабільним перебігом захворювання. Допускається направлення на санаторно-курортне лікування хворих з рідкою екстрасистолією (до 5 за 1 хв), синусовими аритміями, АВ-блокадами I ступеня та неповними блокадами правої або лівої ніжок пучка Гіса.

Протипоказаннями до санаторно-курортного лікування хворих на АГ є нещодавно (менше 1 року) перенесений інфаркт міокарда або інсульт, недостатність кровообігу вище II А ст., серцева астма, тяжкі порушення серцевого ритму, ниркова недостатність, а також загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування (описані у загальній частині).

Основними завданнями санаторного етапу реабілітації є:

- стабілізація перебігу гіпертонічної хвороби;
- подальше підвищення фізичної працездатності хворих;
- вторинна профілактика загострень захворювання;
- підготовка до професійної діяльності.

На санаторному етапі реабілітації застосовують переважно курортні лікувальні фактори в комплексі з медикаментозною терапією, ЛФК, масажем, лікувальним харчуванням, психотерапією, меншою мірою – апаратною фізіотерапією. Обов'язковим є визначення для кожного хворого кліматорухового режиму, на основі якого і будується реабілітаційний комплекс. На початку лікування призначають адаптаційний період, в подальшому, в міру звикання до клімату та рухового навантаження, – щадний (I) кліматоруховий режим, тонізуючий (II) кліматоруховий режим, а за умо-

ви достатніх адаптаційних можливостей пацієнта і тренувальний (III) кліматоруховий режим (описані в основній частині).

Базовими процедурами кліматолікування є цілодобова аеротерапія, яка забезпечує хворому максимальне перебування на свіжому повітрі та повітряні ванни. Останні проводяться залежно від сезону та погодних умов в палатах з відчиненими вікнами, на верандах і балконах, в аераріях (спеціально пристосованих для цього кліматопавільйонах), парках, на березі моря. Дозують процедури за холодним навантаженням (еквівалентно-ефективною температурою): холодні повітряні ванни (1-8 °С), помірно холодні (9-16 °С), прохолодні (17-20 °С), індиферентні (21-22 °С) та теплі (вище 22 °С) і тривалістю від 10 до 135 хв, курс лікування – 10-20 процедур, повторні курси – через 1-2 місяці.

Цілодобова аеротерапія є термічним подразником меншої інтенсивності, ніж повітряні ванни і проводиться за трьома режимами:

- I (слабкий) – перебування на свіжому повітрі при температурі повітря нижчій за 10 °С до 1-2 годин, а при температурі повітря вищій за 10 °С – до 2-3 годин;
- II (помірний) – перебування на свіжому повітрі при температурі повітря нижчій за 10 °С до 3-6 годин, а при температурі повітря вищій за 10 °С – до 6-9 годин;
- III (інтенсивний) – перебування на свіжому повітрі при температурі повітря нижчій за 10 °С до 9-12 годин, а при температурі повітря вищій за 10 °С цілодобово.

Хворих закутують чи одягають залежно від їхньої чутливості до холоду та розміщують на кушетках, у шезлонгах, гамаках для відпочинку, а також в кліматопавільйонах для сну на свіжому повітрі. Курс лікування складає 10-20 процедур, які проводяться щоденно або через день. Повторний курс можна проводити через 5-6 місяців.

До кліматотерапевтичних процедур, які викликають ряд нормалізуючих та тренувальних впливів на функціонування різних органів і систем у хворих з гіпертонічною хворобою, відносять також геліотерапію (сонячні ванни) та таласотерапію (лікувальні морські купання).

Для приймання *сонячних ванн* хворі розміщуються лежачи на тапчанах або напівлежачи у шезлонгах. Голова пацієнта повинна бути в тіні, а на очі обов'язково одягаються сонцезахисні окуляри. Застосовують загальні та часткові ванни. При загальних ваннах опромінюють усе тіло хворого, при часткових – лише окремі його ділянки (комірцеву, поперекову зону, кінцівки). Залежно від умов опромінення розрізняють сонячні ванни сумарної, розсіяної та ослабленої радіації. Опромінення розсіяною радіацією проводять у хмарну погоду, а ослабленою – за звичайної сонячної погоди, але з використанням спеціальних тентів та екранів. Тривалість процедур залежить від географічної широти, на якій знаходиться курорт, сезону, періоду доби і визначається за спеціальними таблицями.

Лікувальні купання проводять у прохолодній воді не лише морів, але й рік, озер, лиманів та інших природних та штучних водойм. При цьому на організм одночасно впливають термічні, механічні та хімічні фактори, змінюючи тепловіддачу, обмін речовин, модулюючи функції серцево-судинної, дихальної та інших систем організму. З іншого боку, пацієнт під час процедури купання виконує інтенсивні рухи, які підвищують м'язовий тонус, змінюють ступінь збудження ЦНС та підкіркових центрів. Лікувальний ефект потенціюється і психоемоційним впливом на хворого, який перебуває у гарній місцевості (море, річка, прибережний ландшафт).

Купання включає в себе плавання вільним стилем, брасом або на спині в спокійному повільному темпі (15-30 рухів за 1 хв). Хворі, які не вміють плавати, пересуваються по дну і виконують плавальні рухи руками. Процедури призначають після адаптації до природних умов (3-5 днів) і попередніх обливань, прохолодних душів та занурювань у воду. Хворі повинні перед купанням відпочити у тіні протягом 10-15 хв, а після нього – не менше 30 хв відпочивати на лежачах лікувальних пляжів, кліматопавільйонів, аеросоляріїв. Дозування процедур купання проводять за холодним навантаженням, яке визначається спеціальними таблицями і регулюється температурою води та тривалістю перебування у ній пацієнта. Тривалість купань від 30 с до 30 хв 2-3 рази на день. На курс лікування 12-20 процедур. Повторний курс купань слід рекомендувати через 1-2 місяці.

Слід підкреслити, що морські купання в поєднанні з аеротерапією і сонячними ваннами проявляють виражений вплив на організм. Тому поєднувати їх з іншими методами фізіотерапії **недоцільно**. За показаннями в дні купань проводять одну ненавантажувальну фізіотерапевтичну процедуру (масаж, інгаляції та ін.) і лікувальну фізкультуру.

Бальнеологічне лікування (становить) ще одну групу базових фізіотерапевтичних процедур для хворих на гіпертонічну хворобу на санаторно-му етапі реабілітації і показане у тій чи іншій формі усім хворим на ГХ. Їх лікувальний вплив зумовлений температурним фактором, механічним подразненням (в першу чергу, гідростатичним тиском води) та концентрацією лікувальних речовин, розчинених у воді.

Вуглекислі ванни, викликаючи периферійну вазодилатацію, знижують периферичний опір, покращують кровопостачання усіх внутрішніх органів, знижують тонус симпатичної нервової системи, що в цілому сприяє як стабілізації системного артеріального тиску, так і покращенню метаболізму в уражених органах (серці, нирках та ін.). При гіперкінетичному варіанті гемодинаміки хворим на ГХ показані вуглекислі ванни концентрацією 1,2 г/л, а при гіпокінетичному – 2 г/л, температурою 33-35 °С, тривалістю 8-12 хв, через день, 12-15 ванн на курс лікування. Повторні курси вуглекислих ванн проводять через 3-4 міс.

Радонові ванни нормалізують центральну і периферійну гемодинаміку переважно через зниження збудливості різних відділів нервової систе-

ми (в тому числі вегетативної). Хворим з гіперсимпатикотонією (гіперкінетичний тип гемодинаміки) показані ванни з концентрацією радону 40-120 нКи/л, пацієнтам з гіпокінетичним типом гемодинаміки – з концентрацією 40 нКи/л. Температура ванн становить 34-36 °С, тривалість – 12-15 хв, щоденно або через день, 12-15 процедур на курс лікування. Повторні курси ванн проводять через 6-12 міс. Радонові ванни особливо показані хворим з супутніми обмінними захворюваннями (подагра, ожиріння, остеоартроз). Ослабленим хворим можна призначати “сухі” вуглекислі, радонові чи радоново-вуглекислі ванни.

Сірководневі (сульфідні) ванни призначають переважно хворим на ГХ I, II ст. (без вираженої симпатикотонії чи вегетативної дисфункції та без серцевої недостатності) і супутніми ожирінням, атеросклерозом периферійних артерій, діабетичною мікроангіопатією, оскільки вони знижують периферійний опір судин, інтенсивно розширюючи їх, покращують реологічні властивості крові, збільшують ударний та хвилинний об’єм крові, стимулюють виділення глюкокортикостероїдів, еритропоезу, виділення імуноглобулінів, активують синтез колагену, а також ліпідний та вуглеводневий обмін. Крім того, сульфідні ванни нормалізують співвідношення гальмівних та збуджуючих процесів у корі головного мозку.

Дозують процедури за концентрацією сірководню – 50-150 мг/л, температура ванн становить 35-37 °С, тривалість – 8-12 хв, через день або через 2 дні на третій, 12-14 процедур на курс лікування. Повторні курси сірководневих ванн проводять через 4-6 міс. Сульфідні ванни протипоказані хворим із захворюваннями печінки, жовчовивідних шляхів та нирок, пацієнтам зі стенокардією напруги вище II ФК, вираженим атеросклерозом судин головного мозку, а також при непереносимості сірководню. Слід пам’ятати, що високі концентрації активної речовини (вище 300 мг/л) мають виражений цитотоксичний вплив.

Зниженням периферійного опору судин, покращенням реологічних властивостей крові, стимуляцією виділення глюкокортикостероїдів та імуноглобулінів характеризується лікувальний вплив і **натрієво-хлоридних ванн**. Однак, на відміну від сірководневих, ці мінеральні ванни не змінюють фазової структури серцевого циклу та властивостей міокарда. Поряд з цим, хлоридна натрієва вода нормалізує активність симпато-адреналової системи і кіркової речовини надниркових залоз, зменшує реабсорбцію іонів натрію, що сприяє збільшенню діурезу.

Призначають хлоридно-натрієві мінеральні ванни хворим на ГХ I-II ст., в тому числі з супутньою ІХС, стенокардією напруження I, II ФК. Дозування процедур: концентрація хлориду натрію 10-30 г/л, температура води 35-38 °С, тривалість 10-20 хв, через день або через 2 дні на третій, 12-15 ванн на курс лікування. Повторні курси хлоридних натрієвих ванн проводять через 2-3 міс. Протипоказані ці процедури хворим з вегетативними полінейропатіями, гострим тромбофлебітом та нирковою недостатністю вище I стадії.

У даного контингенту пацієнтів можуть застосовуватися ванни зі схожим лікувальним впливом, – штучно приготовлені морські. Слід вказати також на високу ефективність лікування йодобромними, кисневими, азотними ваннами, а також процедур електролікування, які описані в наступному розділі (диспансерно-поліклінічний етап).

На санаторному етапі реабілітації можливості застосування засобів фізичної реабілітації значно ширші, ніж на інших етапах. При цьому кожна із форм ЛФК має загальнозміцнювальний, тренуючий та психотерапевтичний вплив. Використовують як ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику груповим методом, так і дозовану ходьбу, теренкур, спортивні ігри (бадмінтон, теніс, крокет та ін.), ходьбу на лижах, катання на ковзанах, плавання, заняття греблею, ближнім туризмом. Дозують процедури за інтенсивністю виконання та часом, враховуючи індивідуальні клініко-фізіологічні особливості, показники системної і коронарної гемодинаміки, а також толерантність до фізичних навантажень.

Ранкову гігієнічну гімнастику проводять груповим методом щоденно з музичним супроводом та самоконтролем за підрахунком пульсу.

Лікувальна гімнастика передбачає проведення занять груповим методом в першій половині дня, але не раніше, ніж через 1,5 год після приймання їжі, процедур бальнеолікування або електропроцедур загальної дії. Навантаження повинно відповідати режиму рухової активності пацієнта і підбирається індивідуально за толерантністю до нього. Заняття проводять згідно із загальноприйнятими методиками. Включають вправи загальнотренувального впливу, а також спеціальні для гіпертонічної хвороби вправи, – на координацію та розслаблення. Динамічна щільність занять повинна складати на щадному режимі 45-50 %, на щадно-тренуючому – 55-60 %, на тренуючому – в межах 70 %.

Маршрути **дозованої ходьби**, її темп та кількість зупинок для відпочинку встановлюють за показниками фізичного тестування і з врахуванням переносимості процедури.

Інші форми ЛФК застосовують переважно в другій половині дня, підбираючи як самі форми занять, так і їх дозування строго індивідуально. Навантаження при цьому не повинно перевищувати 2/3 навантаження першої половини дня.

Принципи застосування лікувального масажу, дієтотерапії та психологічної реабілітації на санаторному етапі аналогічні таким для лікарняного етапу (викладені вище).

Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації

В лікуванні гіпертонічної хвороби диспансерно-поліклінічний етап реабілітації є основним, оскільки саме завдяки динамічному спостереженню стає можливим регулярний контроль за станом гемодинаміки пацієнтів та станом організму в цілому, а також адекватний підбір

медикаментозних та немедикаментозних засобів лікування. Цей етап є зв'язуючою ланкою між лікарняним та санаторним етапами реабілітації і часто заміняє один із них. Так, при наявності у поліклініці денного стаціонару, хворі з неускладненими кризами лікуються саме там, а при відсутності можливості надати хворому путівку на санаторно-курортне лікування, функції санаторію виконує реабілітаційне (фізіотерапевтичне) відділення поліклініки.

Основними завданнями цього етапу є:

- динамічне диспансерне спостереження;
- попередження прогресування та загострень гіпертонічної хвороби;
- вироблення у хворих динамічного стереотипу поведінки з установками на здоровий спосіб життя;
- підтримання працездатності хворих на досягнутому рівні або її підвищення;
- оцінка стану працездатності хворих;
- раціональне працевлаштування хворих;
- санаторно-курортний відбір.

Реабілітація на диспансерно-поліклінічному етапі здійснюється лікарем-реабітологом за участю кардіолога, психоневролога, лікаря функціональної діагностики, фізіотерапевта, лікаря та інструктора ЛФК. Усі перераховані спеціалісти входять до складу реабілітаційної комісії, яка і визначає програму реабілітації кожного конкретного пацієнта.

Програму **фізичної реабілітації** складають з урахуванням функціонального класу захворювання і починають навантаження з того рівня фізичної активності, якого було досягнуто перед випискою із санаторію (реабілітаційного відділення стаціонару). Навантаження повинні бути регулярними і систематичними, з поступовим зростанням навантажень, а також врахуванням їх переносимості. Оцінка типу реакції на навантаження представлена в табл. 20.

Поява ознак *патологічної реакції* вимагає припинення навантаження, *проміжної реакції* – тимчасового припинення занять ЛФК до функціонального відновлення. Обов'язковою умовою тренувань є їх повна безпека. Для цього пацієнта необхідно навчити самоконтролю з підрахунком пульсу до, під час і після заняття, а також веденню щоденника самоспостереження. Лікар повинен періодично переглядати щоденник і враховувати результати самоспостереження хворого при корекції програми фізичної реабілітації.

В цілому фізичне навантаження в ході тренувань повинно бути досить тривалим (близько 40 хв), середньої інтенсивності (близько 50 % від порогової потужності), і водночас не викликати патологічних реакцій з боку серцево-судинної системи, систолічний артеріальний тиск ні за яких умов не повинен перевищувати 200 мм рт. ст. Наступні навантаження збільшуються за тривалістю, а при добрій переносимості – і за інтенсивністю.

В арсеналі поліклінічного етапу відновного лікування основне місце поряд із медикаментозною терапією займають **фізичні фактори**. Ефективне використання фізіотерапії можливе лише за умови патогенетичної направленості та адекватного підбору доз фізичних факторів. У зв'язку з цим виділяють 4 групи фізичних факторів для лікування гіпертонічної хвороби (за Є.І. Сорокіною, 1989р.):

– **фізичні фактори, які впливають на нейрофізіологічні та гемодинамічні процеси в ЦНС** (електросон, гальванізація, медикаментозний електрофорез, змінне магнітне поле);

– **фізичні фактори, які стимулюють периферійні вазодепресорні механізми** (діадинамотерапія синокаротидних зон, ампліпульстерапія комірцевої та попереково-крижової ділянок);

– **фізичні фактори, які змінюють ниркову гемодинаміку** (гальванізація, ампліпульстерапія, індуктотермія, дія ультразвуком, змінним магнітним полем на ділянку нирок);

– **фізичні фактори, які викликають загальну дію** (загальна гальванізація за Вермелем та Щербаком, при можливості – методи гідро-, бальнео- та грязелікування).

Лікувальний масаж, дієтотерапія та психологічна реабілітація на поліклінічному етапі реабілітації аналогічні таким для лікарняного етапу (викладені вище).

Профілактика захворювань серцево-судинної системи. Суть профілактики захворювань серцево-судинної системи полягає у боротьбі з факторами ризику. Фактори ризику умовно поділяють на зовнішні (соціально-культурні) і внутрішні. До перших відносять фізично малоактивний спосіб життя, вживання висококалорійної, багаті насиченими жирами і холестерином їжі, урбанізацію життя і куріння. До так званих внутрішніх факторів ризику відносять артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, деякі види гіперліпопротеїдемії, порушення толерантності до вуглеводів, гіперурикемію, психологічний тип особистості. У виникненні і проявах цих чинників можуть відігравати роль як неспецифічні екзогенні впливи (умови життя, харчування тощо), так і генетичні особливості.

Ризик виникнення захворювань серцево-судинної системи значною мірою визначається комбінацією факторів ризику, багато з яких можуть сприяти виникненню чи посиленню дії інших. Особи, які мають декілька факторів ризику, потребують особливої уваги. Тому профілактика захворювань серцево-судинної системи повинна бути багатоплановою, спрямованою на всі фактори ризику, які присутні у пацієнта. Необхідно дотримуватись принципу індивідуалізації з урахуванням особливостей перебігу хвороби і способу життя хворого, його сім'ї, а також тактичної гнучкості при зміні медичних та соціальних умов. У зв'язку з тим, що виключити психоемоційні соціальні стреси з життя людей практично неможливо, необхідно підвищувати адаптаційні можливості особистості до емоційних

стресів, використовуючи різні психотерапевтичні методи (автогенне тренування, заходи відволікаючого характеру (заняття за захопленнями, фізичні тренування тощо).

Зважаючи на особливу роль артеріальної гіпертензії у структурі захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, Указом Президента України від 4 лютого 1999 року за № 117/99 затверджено Національну Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Метою Програми є зниження захворюваності населення на серцево-судинні хвороби, зменшення смертності від ускладнень гіпертензії та підвищення якості життя кардіологічних хворих. Профілактичні заходи щодо артеріальної гіпертензії, включені до Програми, спрямовані на впровадження здорового способу життя і корекцію виявлених факторів ризику:

- обмеження вживання кухонної солі;
- зменшення маси тіла при її надлишку;
- обмеження вживання алкогольних напоїв;
- зменшення вживання насичених жирів, солодоців та холестерину;
- відмова від куріння;
- підвищення фізичної активності в години дозвілля;
- психоемоційне розвантаження та релаксація.

Нейроциркуляторна(вегетативно-судинна)дистонія

За визначенням В.І. Маколкіна, нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – це захворювання з численними клінічними проявами, найбільш стійкими з яких є кардіоваскулярні розлади, респіраторні та вегетативні порушення, астенизація та погана переносимість складних життєвих ситуацій. Тому основою лікування НЦД будь-якого типу повинні бути дії, направлені на нормалізацію порушених процесів в ЦНС, а також на гемодинамічні зміни, оскільки саме вони є основою патогенезу усіх форм дистоній.

В лікуванні НЦД застосовують психотерапевтичні засоби впливу, фармакотерапію, фізіотерапію, ЛФК, курортотерапію. Основним етапом є поліклінічний із застосуванням санаторно-курортного лікування. Госпітальний етап використовують за відсутності ефекту від амбулаторного лікування і (або) при необхідності виключення у хворого органічних захворювань серцево-судинної системи.

Завдання **психотерапії** полягають в досягненні пацієнтом розуміння суті його хвороби та активній участі у боротьбі з нею. Застосовують роз'яснювальні бесіди, автотренінг (обмежено) та зрідка, в резистентних випадках захворювання, – сеанси гіпнозу. Важливого значення набувають оздоровлення способу життя хворого, вироблення чіткого стереотипу праці та відпочинку, повноцінний сон, виключення можливості конфліктних ситуацій, побутових та професійних інтоксикацій чи шкідливостей.

Патогенетичною основою НЦД є невротичні розлади, тому раціональним є застосування седативних та снодійних медикаментозних засобів, і особливо малих транквілізаторів, оскільки вони є ефективними в лікуванні вегетативних дисфункцій. За показаннями використовують гіпотензивні (переважно бета-адреноблокатори) або тонізуючі засоби, а також адаптогени рослинного чи тваринного походження: настойка женьшеню, екстракт елеутерококу, препарати беладонни, пантокрин.

Дієта хворих з гіпертензивним типом дистонії відповідає такій при гіпертонічній хворобі. Хворі на гіпотонічний тип дистонії повинні вживати більшу кількість рідини і кухонної солі, що сприяє збільшенню об'єму циркулюючої крові.

ЛФК відноситься до методів активної патогенетичної терапії. Для молодих пацієнтів вона, як правило, є **основним** методом лікування. До лікувальних комплексів включають ранкову гігієнічну, лікувальну гімнастику, дозовані біг, різні види ходьби (в тому числі спортивної), плавання, катання на лижах та ковзанах. Застосовують також спортивні ігри за полегшеними правилами без участі у спортивних змаганнях. Вибираючи комплекс лікувальної фізкультури, слід зважати на характер і вираженість клінічних проявів захворювання, рівень фізичної активності хворого та наявність супутньої патології.

Фізіотерапевтичні методи впливу направлені переважно на відновлення порушених зв'язків у ЦНС, корекцію судинного тону та різних видів обміну (в першу чергу, електролітного та ліпідного). З цієї метою застосовують електросон; електрофорез *бromу, магнію, кальцію, калію, еуфіліну, папаверину і інших вазоактивних препаратів* на комірцеву ділянку або за методикою загального впливу, – для лікування *гіпертензивного синдрому, bromу і кофеїну* – для лікування гіпотензивного синдрому. Із загальнотонізуючою метою та для покращення периферійного кровопостачання рекомендують самомасаж кінцівок і тулуба сухими щітками і загальне УФО за схемою. При вираженій астенізації застосовують також анодну гальванізацію комірцевої ділянки. Хворим з кардіалгіями призначають електрофорез новокаїну, нікотинової кислоти (за транскардіальною або загальною методикою), дарсонвалізацію, масаж і УФО еритемною дозою прекардіальної ділянки, при наявності аритмій – електрофорез панангіну, новокаїнамідю за транскардіальною методикою. Для усунення головного болю та запаморочення проводять дарсонвалізацію голови та надпліч або електрофорез новокаїну, масаж, УФО цієї ж ділянки.

Із методів гідротерапії найбільш ефективними є душі: дощовий, циркулярний, підводний душ-масаж, обливання, укутування, а також деякі види ванн: хвойні, кисневі, азотні. Водні процедури індиферентної температури (35-36 °С) слід застосовувати у хворих з різко вираженими процесами збудження, переважанням гіпертензивного, кардіалгічного або арит-

мічного синдрому. При гіпотензивному типі НЦД прийнятними будуть процедури нижчої температури (32-33 °С).

Кліматотерапія хворих на НЦД передбачає застосування аеротерапії, повітряних та сонячних ванн, таласотерапії. Аеротерапія проводиться у вигляді тривалого перебування на відкритому повітрі (прогулянки, сон), в тому числі біля моря. Повітряні ванни застосовуються за I або II режимом холодного навантаження. Геліотерапія призначається строго індивідуально, переважно особам молодого та середнього віку з легким перебігом НЦД. Ванни розсіяної радіації інтенсивністю не більше 1 біодози проводять у ранкові години після кількох пробних повітряних ванн.

Купання у природних водоймах дозволяють при температурі води не нижче 20 °С за слабким або помірним режимом холодного навантаження після кількох підготовчих процедур у вигляді обтирань або окунань. Хворим, які мають схильність до судинних кризів, купання дозволяють при температурі води не нижче 20 °С з плаванням вздовж берега. Плавання та фізичні вправи в басейні з прісною, а особливо мінеральною водою також мають виражений лікувальний вплив на серцево-судинну і нервову системи. У цьому випадку дозування темпу та тривалості фізичного навантаження індивідуальні, залежно від реакції хворого (ЧСС, АТ, загальні реакції).

Загальний вплив на кровообіг, нервову систему та порушені процеси обміну, а також підвищення адаптаційних можливостей організму мають вуглекислі, сірководневі, радонові, йодобромні, хлоридно-натрієві ванни. Для лікування гіпертензивного та кардіального синдромів застосовують переважно радонові (концентрацією 120 нКи/л), азотні, сірководневі (концентрацією 100 мг/л), йодобромні, вуглекислі ванни (концентрацією 0,8 г/л). Гіпотензивний синдром краще регресує під дією вуглекислих (концентрацією 2 г/л), йодобромних ванн, а особливо – різних видів душів (дощового, циркулярного, віялоподібного, струминного, шотландського, підводного душу-масажу). При аритмічному синдромі ефективними є радонові, вуглекислі ванни, при дистонічному – сірководневі та вуглекислі. Температура усіх видів ванн 35-36 °С. Вуглекислі ванни застосовують з поступовим зниженням температури від 35 до 32-31 °С. При значному переважанні процесів збудження, незалежно від типу дистонії, краще призначати вуглекислі (концентрацією 0,8-1,2 г/л), радонові або азотні ванни, при вираженій астенизації – вуглекислі ванни (концентрацією 2 г/л).

Максимально ефективним є комплексне лікування нейроциркуляторної дистонії, яке включає в себе методи електролікування, гідротерапії та бальнеотерапії. Крім того, обов'язковими є нормалізація режиму праці, повноцінний відпочинок і сон, виключення алкоголю і куріння, а також регулярна психотерапія, особливо при наявності у хворого кардіофобій.

3.2.2. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях опорно-рухового апарату

До ревматологічних захворювань належать хвороби, спільним для яких є ураження сполучної тканини системного (або рідше локального) характеру, які проявляються, в першу чергу, суглобовим синдромом. Найбільш поширеними серед них є ревматизм, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева), реактивні артрити, остеоартроз, системні захворювання сполучної тканини та ін. Комплексну медичну реабілітацію застосовують переважно у хворих на ревматизм, ревматоїдний та інші види артритів, остеоартроз. Необхідність реабілітації зумовлена інвалідизуючим перебігом даних захворювань.

Ревматизм

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі основними завданнями лікування є:

- активна медикаментозна терапія з мінімальним застосуванням фізіотерапії та поступовим нарощуванням рухової активності;
- санація вогнищ інфекції;
- профілактика наслідків гіпокінезії;
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу.

Основну роль в реабілітації на цьому етапі виконує **медикаментозне лікування**, оскільки його ефективність визначає наслідки хвороби. Воно включає протизапальну терапію, антибактеріальні препарати, санацію вогнищ інфекції. За умови проведення вчасного і успішного лікування первинного ревматизму пацієнт видужує та потребує подальшого спостереження і тривалої безперервної біцилінопрофілактики. Однак, у таких хворих часто формується вада серця. В такому випадку хворий перебуває під постійним диспансерним спостереженням ревматолога і отримує комплексне лікування впродовж усього життя.

У випадках, коли значно порушується системна гемодинаміка, вада серця потребує хірургічної корекції. Показання до **хірургічного лікування** визначені для кожної з вад, однак, як правило, корекція проводиться у II-III стадії її формування, коли морфологічні зміни ще не є надто значними. Післяопераційний період у таких хворих подібний до післяопераційного періоду хворих, які перенесли аортокоронарне шунтування (див. відповідний розділ). Особливістю реабілітації хворих на ревматизм після хірургічного лікування вади серця є обов'язкове і тривале протирецидивне лікування. Навіть за умови відсутності загострень ревматичного процесу показана безперервна 5-річна біцилінопрофілактика (біцилін-5).

ЛФК починається з поступового розширення рухового режиму та застосування лікувальної фізкультури в міру стихання ревматичного проце-

су. Так, суворий ліжковий режим призначають при III ступені активності, після стабілізації процесу змінюють режим на ліжковий. Лікувальну фізкультуру при цьому призначають у формі лікувальної гімнастики, пізніше – ранкової гігієнічної гімнастики. Заняття проводяться індивідуально. Комплекс тривалістю 10-18 хв включає в себе статичні дихальні вправи у вигляді діафрагмального дихання, а також прості вправи для малих та середніх м'язових груп кінцівок.

Палатний режим призначають при подальшому зниженні активності патологічного процесу, а також за умови легкого перебігу ревматизму з перших днів госпіталізації в середньому на 2-3 тижні. Завдання цього періоду полягає у підвищенні загального тону організму, адаптації серцево-судинної системи до ходьби, постановці правильного дихання, покращенні обмінних процесів у міокарді. Комплекс включає вправи з предметами, повільну ходьбу з відпочинком в сидячому положенні, вправи для усіх м'язових груп та дихальні статичні і динамічні вправи. Тривалість заняття – 20-25 хв.

При відсутності гострих проявів захворювання призначають вільний режим (тривалість – 1-2 тижні), завдання якого полягає у тренуванні серцево-судинної системи та підготовці хворого до виписки із стаціонару. З метою відновлення фізичної працездатності, підготовки пацієнта до побутових та професійних навантажень, призначають комплекс ЛФК, який триває 25-30 хв і включає фізичні вправи для усіх груп м'язів, вправи з невеликим обтяженням, дихальні вправи на увагу і координацію, дозовану ходьбу по рівній місцевості та по сходах, прогулянки.

Методи контролю реабілітаційного процесу у хворих на ревматизм аналогічні до таких у кардіологічних хворих (описані у розділі 2.1.1.). Оцінюють самопочуття пацієнта, ЧСС, ЧДР, рівні АТ до та після навантаження. Крім цього, обов'язково контролюють показники запального процесу (температура тіла та шкіри над ураженими суглобами, рівні ШОЕ, лейкоцитозу, фібриногену та інших гострофазових показників запалення). Проби з дозованим фізичним навантаженням проводять у фазі затухаючого загострення.

Масаж застосовують обмежено, і лише в кінці госпітального етапу, коли прояви запального процесу стають мінімальними.

Методи **фізіотерапії** на лікарняному етапі застосовують обмежено. У гострій фазі захворювання показане УФО на ділянку уражених суглобів в еритемних дозах полями. При невисокій активності запального процесу ефективними можуть бути УВЧ-терапія, електрофорез протизапальних та десенсибілізуючих препаратів транскардіально і за загальними методиками (загальний електрофорез за Вермелем, комір за Щербаком та ін.). Зі стиханням ревматичного процесу можна застосовувати ДМХ-терапію або індуктотермію на ділянку надниркових залоз. Санація вогнищ інфекції може включати і фізіотерапію: УФО мигдаликів, УВЧ-терапію та ін. в комплексному лікуванні.

В підгострій стадії при активності не вище I ступеня додатково застосовують електрофорез або фонофорез нестероїдних протизапальних засобів і глюкокортикоїдів, новокаїну, а також ультразвукову терапію місцево на уражені суглоби. Для впливу на серцево-судинну систему застосовують електрофорез калію, магнію, марганцю, літію, вітамінів В₁, В₁₂, нікотинової та аскорбінової кислот, метіоніну, панангїну, гепарину та ін.

В неактивній фазі ревматизму з успіхом застосовують різноманітні методики гідротерапії, бальнеотерапії, теплолікування.

Ревматичне ураження ЦНС (хорея, дїенцефальний, неврастенїчний синдроми) передбачають застосування трансцеребрального електрофорезу седативних препаратів, електросну, радонових ванн. При симпатогангліїтах ефективним є амплїпульс-електрофорез ганглерону.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-полїклїнічний етап

Оскільки санаторний етап реабілітації для ревматичних захворювань не передбачений, за госпїтальним наступає диспансерно-полїклїнічний етап.

Основними завданнями даного етапу є:

- динамічне спостереження;
- санація вогнищ інфекції;
- попередження рецидивів захворювання: активна профілактика гострих респіраторно-вірусних інфекцій, переохолоджень; підтримуюча медикаментозна терапія, яка включає **обов'язкову біцилінопрофілактику**;
- підвищення адаптаційних можливостей організму (фізіотерапія, масаж, ЛФК);
- продовження формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу;
- досягнення максимально можливої соціальної адаптації (достатнього самообслуговування хворого при працевлаштуванні, яке відповідає тяжкості його стану і положенню в суспільстві).

Динамічне спостереження здійснює лікар-ревматолог, періодично (2-4 рази на рік) оглядаючи пацієнтів, коригуючи медикаментозне лікування відповідно до перебігу хвороби, проводячи санацію вогнищ інфекції. **Медикаментозна терапія** направлена на повну ліквідацію активного ревматичного процесу та підтримання періоду ремісії якомога довше. Біцилінотерапія, яка розпочинається або продовжується на цьому етапі, є основою вторинної профілактики ревматизму.

Разом з тим, вирішують питання відновлення працездатності хворих. Так, програма **фізичної** реабілітації розпочинається виконанням вправ у щадно-тренуючому режимі та поступовим розширенням тренуючих впливів. Основними формами ЛФК є ранкова гігієнічна гімнастика, комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 40-45 хв. Хворим із збереженою функцією серцево-судинної системи призначають, як правило, дихальні

вправи, дозовану ходьбу до 5-8 км зі швидкістю 4,5-5 км/год, ігри (волейбол, теніс та ін.) по 30-40 хв, плавання при температурі води не менше 20 °С до 15-20 хв, лижні прогулянки при температурі повітря не нижче – 15 °С до 45-60 хв з паузами для відпочинку. При формуванні вади серця та серцевій декомпенсації фізичне навантаження дозують відповідно до стану пацієнта.

Масаж та фізіотерапевтичні методи лікування застосовують широко, виходячи з можливостей лікувально-профілактичного закладу, у якому пацієнт проходить диспансерно-поліклінічний етап реабілітації. Використовують як загальні методики для підвищення загальної резистентності організму, так і місцеві – для покращення метаболізму в органах, які були уражені ревматичним процесом. З перших ефективними є: загальний масаж середньої інтенсивності впливу, ДМХ-терапія на ділянку надниркових залоз; загальні УФО за сповільненою схемою опромінення або місцеві слабоеритемні опромінення паравертебральних зон (при відсутності найменших проявів серцевої декомпенсації), кальцій-електрофорез загальний за Вермелем, новокаїн-електрофорез шийних симпатичних вузлів, аероіонізація обличчя та дихальних шляхів, аеротерапія.

Місцево на уражені суглоби призначають солюкс, опромінення лампою Мініна, світло-теплову ванну, УВЧ або УФО еритемними дозами, а також діадинамо-, ампліпульстерапію, ультразвукове опромінення, масаж суглобів. При наявності відділення водолікування використовують ванни температурою 37 °С тривалістю 10-12 хв, через день (за відсутності порушень кровообігу) або обтирання тіла водою температурою 37-38 °С щоденно (при порушеннях кровообігу).

Санаторний етап

На санаторно-курортне лікування в місцеві санаторії можуть бути направлені хворі, які перенесли первинний або поворотний ревмокардит в неактивній фазі або при мінімальній (I ступінь) активності ревматичного процесу з органічними змінами в серці або без них при недостатності кровообігу не вище I стадії, без прогностично несприятливих порушень ритму, через 1-2 місяці після ліквідації гострих проявів, а також в період зниження активності ревмопроцесу до мінімальної. На кліматичні (за винятком гірських) та бальнеологічні курорти цих же хворих направляють лише через 6-8 місяців після завершення госпітального етапу без ознак активності процесу.

Широке застосування природних та преформованих фізичних факторів у санаторії обов'язково поєднується з медикаментозною терапією (біцилінопрофілактика проводиться незалежно від етапу реабілітації за загальними установками).

Апаратна фізіотерапія на цьому етапі використовується як доповнення до основних курортних факторів (кліматичних чи бальнеологічних

залежно від типу курорту). Виняток можуть становити випадки, коли в процесі лікування виникає так звана „бальнеологічна реакція”, – загострення ревматичного процесу. У такому випадку необхідно, використовуючи медикаментозні засоби (як правило, це нестероїдні протизапальні препарати) та процедури електролікування (див. фізіотерапія на поліклінічному етапі), перевести процес у неактивну фазу. Лише після цього можна продовжувати бальнеотерапію.

Найбільш ефективними в неактивній фазі ревматизму є вуглекислі, радонові та сульфідні ванни в середньотерапевтичних концентраціях. Для ослаблених хворих та хворих з мінімальними проявами недостатності кровообігу початкова концентрація активної речовини повинна бути мінімальною. При недостатності кровообігу вище I стадії рекомендуються часткові мінеральні ванни (напівванни, ванни для рук, для ніг) або ванни за полегшеною схемою приймання (мінімальної концентрації, меншої тривалості – 6-8 хв, через 2 дні на третій і т.д.). Хворим з недостатністю кровообігу II A стадії і вище ванни не призначають. Лікування обмежують щадною і помірною кліматотерапією, сонячними ваннами розсіяної радіації, купаннями по 3-8 хв при температурі води не нижче 22 °С, аеротерапією.

Працездатність хворих з протезованими клапанами. Інвалідність хворих з протезами клапанів визначається за загальними принципами і вимогами. При цьому обов’язково враховується їх працездатність до оперативного втручання. Інвалідність I групи призначається хворим з тяжкими ускладненнями (тромбоз судин головного мозку, септичний ендокардит, тромбоз протезованих клапанів тощо), коли вони потребують стороннього догляду. До інвалідів II групи відносять осіб з терміном після операції менше одного року, з нев’ясненим трудовим прогнозом, особам з вираженим порушенням загального і коронарного кровообігу, зі значними порушеннями серцевого ритму в поєднанні з порушенням кровообігу II A стадії. III групу інвалідності призначають пацієнтам з протезами клапанів у тих випадках, коли вони втрачають професію, але можуть працювати за іншою професією, а також, коли необхідно знизити об’єм виробничої діяльності. В процесі подальшого диспансерного спостереження, враховуючи активність ревматичного процесу, частоту загострень захворювання, порушення загального і коронарного кровообігу, толерантність до фізичного навантаження, вік і соціальні фактори (але не швидше, ніж через 1 рік), хворі II групи можуть бути переведені на III групу інвалідності, а хворі III групи – визнані працездатними в межах їхньої професії. При цьому хворим необхідно пояснювати, що група інвалідності призначається на період відновлення здоров’я після операції і при сприятливому перебігу післяопераційного і відновлювального періоду вони знову зможуть приступити до роботи.

Адаптація до праці такої групи хворих значною мірою залежить від психофізіологічних факторів, серед яких найбільше значення мають

ступінь хронічної недостатності мозкового кровообігу, ознаки розсіяної мікросимптоматики, вираженість астеничного, неврастенічного і депресивного синдромів. Тому при працевлаштуванні необхідно враховувати не тільки рівень працездатності, але і їх соціально-психологічні та особистісні особливості.

Профілактика ревматизму поділяється на первинну і вторинну. Первинна профілактика полягає у своєчасному ефективному лікуванні стрептококового фарингіту і елімінації стрептокока А з верхніх дихальних шляхів (біцилін 1200000 ОД в одній ін'єкції або феноксиметилпеніцилін, еритроміцин в середньотерапевтичних дозах протягом 10 днів).

Вторинна профілактика проводиться з метою попередження рецидивів захворювання. Для цього усім хворим на ревматизм без ураження серця показане цілорічне введення біциліну 1200000 ОД щомісяця (в разі непереносимості останнього проводять профілактику іншими антибіотиками). При ураженні серця первинним ревматичним процесом цілорічна профілактика продовжується до 25-річного віку, а у випадку поворотного ревмокардиту – не менше 5 років після останньої атаки. Вагітним рекомендують продовжувати профілактику увесь період вагітності, хворим з хронічною клапанною вадою – тривалу профілактику, іноді протягом усього життя.

Обов'язковою є поточна профілактика усім хворим з ураженням клапанів серця (при оперативних втручаннях, інтеркурентній інфекції), яка проводиться одно-, дворазовим прийманням антибіотиків в середньотерапевтичних дозах до та після втручання.

Ревматоїдний артрит

Лікарняний період реабілітації

Лікарняний етап передбачає виконання наступних завдань:

- стабілізація автоімунного запального процесу (адекватна медикаментозна терапія);
- профілактика контрактур та анкілозів, відновлення рухомості суглобів, тренування м'язів, вироблення рухових стереотипів (рання активна кінезотерапія, фізіотерапія, працетерапія);
- ліквідація суглобового синдрому, підвищення загальної реактивності організму (медикаментозна терапія, фізіотерапія);
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія).

Ефективне патогенетичне лікування ревматоїдного артриту (РА) передбачає використання широкого арсеналу **медикаментозних засобів**, які направлені на автоімунний компонент запалення, – протизапальні (стероїдні та нестероїдні) препарати, імунодепресанти, D-пеніциламін, препарати золота, похідні амінохінолінів та ін. Ця терапія є базовою для ліку-

вання РА і є довготривалою. В міру зменшення активності процесу підбирається підтримуюча доза базових препаратів, і медикаментозне лікування супроводжує хворого на диспансерному, а в більшості випадків і на санаторно-курортному етапах.

Хірургічне лікування використовується рідко, як правило, лише у випадках глибокого порушення функції суглобів, при наявності анкілозів. Проводяться реконструктивні операції з відновлення функції уражених суглобів, протезування суглобів.

Лікувальна фізкультура підключається з перших днів лікування, відразу після зменшення інтенсивності вираженого запального і суглобового синдромів, оскільки прогресування хвороби досить швидко призводить до розвитку контрактур, тугорухливості в суглобах, а пізніше і анкілозів. Тому, поряд із дихальними вправами статичного характеру з тривалим видихом, направленими на профілактику гіпостатичних явищ, в комплекс ЛФК включають вправи на розслаблення м'язів уражених кінцівок. Для підвищення ефективності фізичної реабілітації вправи виконують при максимальному розслабленні м'язів та поєднують їх з масажем (легке прогладування та розтирання). Заняття проводяться 2-3 рази на день індивідуальним методом або малими групами, супроводжуючи вправи паузами пасивного відпочинку.

При подальшому стиханні альтеративно-ексудативних явищ (підгостра стадія) поряд з простими загальнорозвиваючими вправами протягом кількох днів ще застосовують пасивні рухи в уражених суглобах та вправи на розслаблення м'язів кінцівок. В подальшому вводять активні рухи спочатку з розвантаженням кінцівки, а потім і без нього. Заняття доповнюють вправами з гімнастичними предметами та на снарядах. Дихальні вправи статичного і динамічного характеру поєднують з коригуючими і загальнорозвиваючими. Заняття також проводять індивідуально або малими групами і поєднують з **масажем**. Сеанси масажу включають використання більш енергійних прийомів (енергійне розтирання, розминання). Комплекс доцільно завершувати відробкою прийомів самообслуговування та **працетерапії**.

В подальшому, з переведенням хворих на палатний, а згодом і на вільний руховий режим, навантаження в комплексах ЛФК значно зростає. Широко використовують загальнорозвиваючі вправи, які охоплюють всі групи м'язів і суглобів. Включають вправи як без предметів, так і з ними, вправи з обтяженням та опором, дихальні вправи статичного і динамічного характеру. Комплекс доповнюють *спеціальними* пасивними і активними вправами, які чергуються з вищеперерахованими видами вправ. Рекомендують **механотерапію**, вправи у воді, елементи рухових ігор, дозовану ходьбу з переступанням через предмети різної висоти, вправи на координацію та вироблення суглобово-м'язового чуття. Для хворих на РА лікувальна фізкультура, поряд з іншими видами рухової активності, є

складовою частиною *базового лікування*, оскільки вона дозволяє не лише покращити і навіть відновити рухомість уражених суглобів, але й попередити атрофії м'язів. З цією метою використовують коригуючі вправи, особливо вправи з гімнастичними предметами та тренажерами, а також працетерапію, яку розпочинають у напівліжковому режимі, використовуючи прийоми самообслуговування, нескладні роботи (малювання, письмо, виготовлення конвертів, в'язання, скручування бинтів, виготовлення марлевих тампонів та ін.).

Фізіотерапія на госпітальному етапі розпочинається методиками, які допомагають зменшити запальні явища в суглобах. З цією метою проводять УФО уражених суглобів слабкоеритемними або середньоеритемними дозами, УВЧ-терапію дотепловими дозуваннями. В міру стихання ексудатції додають сольокс, інфраруж, світлотеплову ванну на ділянку суглобів. З метою стимуляції функції надниркових залоз проводять індуктотермію надниркових залоз, а у пацієнтів з протипоказаннями до цього методу лікування (супутня ІХС, тиреотоксикоз, порушення мозкового кровообігу, вісцеральні прояви ревматоїдного артриту) – ДМХ-терапію або електросон.

Хворим з мінімальним ступенем активності додають електрофорез нестероїдних протизапальних засобів, аналгетиків та їх сумішей, ампліпульс-терапію, ультразвук, фонофорез стероїдів та нестероїдних препаратів місцево на уражені суглоби. Інколи використовують електроміостимуляцію.

Санацію вогнищ інфекції фізичними факторами проводять так само, як і при ревматичному артриті.

Післялікарняний період реабілітації ***Диспансерно-поліклінічний етап***

На поліклінічному етапі терапії РА розпочинають програму, яка включає в себе:

- динамічне спостереження, попередження рецидивів захворювання (активна профілактика ГРВІ, переохоложень; санація вогнищ інфекції, підтримуюча медикаментозна терапія);
- підвищення адаптаційних можливостей організму (фізіотерапія, масаж, ЛФК);
- продовження формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія);
- орієнтація хворого на досягнення максимально можливої соціальної адаптації (достатнє самообслуговування хворого при працевлаштуванні, яке відповідає тяжкості його стану і положенню в суспільстві).

Реабілітаційна програма хворих на РА на диспансерно-поліклінічному етапі розроблена Г.Г. Орловою та Г.Н. Шеметовою (1993 р.). Згідно з цією програмою, **динамічне спостереження** за пацієнтами здійснюється ревматологом і терапевтом з оглядами не рідше 2 разів на рік. Періодич-

но за показаннями проводяться консультації інших лікарів-спеціалістів (ЛОРа, стоматолога, ортопеда та ін.). Періодичне лабораторне дослідження включає в себе загальні аналізи крові та сечі, аналіз крові на гострофазові показники запального процесу, ревматоїдний фактор, а також рентгенографію суглобів. При стійкому обмеженні працездатності – направлення на лікарсько-трудова експертизу.

Режим праці та відпочинку поєднує обмеження фізичного навантаження і виключення несприятливих санітарно-гігієнічних умов.

Застосовується **розвантажувально-дієтична терапія** з достатньою кількістю білка, вітамінів, обмеженням легкозасвоюваних вуглеводів, тваринних жирів при достатньому споживанні рослинних (співвідношення 1:2), виключенням з раціону облігатних алергенів і т.д. Режим харчування – дрібними порціями.

Медикаментозні засоби поєднують продовження приймання препаратів базисної терапії за схемою, підбраною під час госпітального етапу, а також місцеве введення протизапальних, знеболювальних та інших патогенетичних, симптоматичних засобів. Так, ефективними є внутрішньосуглобові введення кортикостероїдів, цитостатиків; аплікації та компреси димексиду з нестероїдними протизапальними засобами, анальгіном, гепарином, кортикостероїдами.

При **невисокому ступені активності процесу** (I-II ст.) показані:

1. Фізіотерапевтичні засоби – електрофорез нестероїдних протизапальних засобів, новокаїну, кальцію хлориду; індуктотермія уражених суглобів, ДМХ-терапія, ультразвук та фонофорез гідрокортизону, УВЧ-терапія на уражені суглоби та рефлекторно-сегментарні зони, лазеротерапія, магніто-терапія.

2. Формування правильного функціонального стереотипу – збереження хворим функціонального положення – прямої осі кисті та передпліччя при побутових і трудових маніпуляціях для профілактики деформацій кисті.

3. ЛФК, лікувальна гімнастика з поступовим нарощуванням складності вправ для профілактики контрактур і атрофії м'язів, збільшення амплітуди рухів у суглобах.

4. Масаж м'язів, обминаючи суглоби.

5. Психотерапія, автотренінг, при потребі – гіпнотерапія.

6. Працетерапія – робота на друкарській, швейній машинах, в'язання, робота у саду, на городі, столярні, слюсарні (ненавантажувальні) роботи.

В період ремісії:

1. Продовження приймання базисних препаратів.

2. Дієта, регуляція маси тіла.

3. Вітамінотерапія (вітаміни А, С, Е, групи В), біогенні стимулятори.

4. Періодичне розвантаження суглобів (ходьба з додатковою опорою, спеціальні шини для попередження деформацій кисті, контрактур).

5. Санаторно-курортне лікування за показаннями (див. наступний етап).
6. Масаж, сауна (щадний режим), санація вогнищ інфекції радикальна (хірургічна) за показаннями або тимчасова (фізіотерапевтична) – короткохвильове УФО, ультразвук.
7. Раціональне працевлаштування – рекомендувати професії з обмеженням фізичного навантаження, праці на відкритому повітрі, в несприятливих санітарно-гігієнічних умовах, на холоді і т. д.
8. Раціональна психотерапія.

Хворі на РА без вісцеральних проявів III рентгенологічної стадії та **в період вираженої активності процесу** потребують переходу на полегшену роботу або оформлення інвалідності при активній медикаментозній підтримці базовими препаратами.

При зниженні активності процесу хворим на РА суглобовою формою III стадії показані електрофорез лідази, хлориду літію, йодиду калію; ампліпульстерапія, ДМХ-терапія на ділянку суглобів та надниркових залоз, озокеритові, парафінові аплікації, електросон. Комплекс ЛФК (особливо механотерапію) проводять після попереднього проведення теплових процедур. Продовжують масаж м'язів, вироблення і закріплення правильного функціонального стереотипу кінцівки, тренування виконання побутових і трудових маніпуляцій.

В **період ремісії** проводять відбір на санаторно-курортне лікування, а також на хірургічне лікування.

У випадку ревматоїдного артрити з **системними проявами** необхідні візити до ревматолога 4 рази на рік, до фізіотерапевта, стоматолога, окуліста та невропатолога – по 2 рази на рік, до ортопеда – 1 раз на рік. Додатково до основного лабораторно-інструментального обстеження – ЕКГ, ехокардіографія, рентгенологічне дослідження легенів, функціональне дослідження нирок. Таким пацієнтам необхідні раціональне працевлаштування, базове медикаментозне лікування, симптоматична терапія вісцеральних проявів захворювання. Комплексна терапія цього контингенту хворих може потребувати екстракорпоральних методів очищення крові (гемосорбція, плазмаферез), психотерапії із застосуванням транквілізаторів і антидепресантів. З метою підвищення ефективності базового лікування їм можуть призначатися аплікації димексиду на уражені суглоби, а також фізіотерапевтичні методи, стимулюючі кіркову речовину надниркових залоз, – ДМХ-терапія, ультразвук, змінне магнітне поле на ділянку надниркових залоз, електроміостимуляція.

Санаторний етап реабілітації

Основними завданнями санаторного лікування хворих на РА є:

- максимальне подовження строків ремісії, профілактика рецидивів захворювання;
- підвищення та підтримання рівня фізичної працездатності;

- розвиток механізмів компенсації;
- психологічна адаптація хворого до нових умов життя та професійно-трудової діяльності.

Санаторний етап реабілітації має потужний арсенал методів відновного лікування хворих на ревматоїдний артрит. Лікування проводять на грязьових курортах, а також на бальнеологічних курортах з сірководневими, радоновими та азототермальними водами, – Саки, Євпаторія, Хмільник, Немирів, Одеса, Бердянськ, Микулинці (Тернопільська обл.), П'ятигорськ, Сочі, Білокуриха та ін. В першу чергу в санаторії направляють хворих з суглобовою формою РА в неактивній фазі захворювання при можливості самообслуговування та самостійного пересування.

Методи бальнео- та грязелікування (радонові, сульфідні, натрієво-хлоридні, йодобромні ванни, торф'яні та мулові грязі) проводяться на фоні кліматотерапії, – аеро-, геліотерапії, а також таласотерапії. Кліматичні методи лікування мають адаптогенну дію, стимулюючи функцію гіпофізарно-надниркової системи, що, в свою чергу, сприяє підвищенню стійкості до зовнішніх впливів, загартуванню організму, підвищує імунну реактивність та здійснює вторинний протизапальний вплив. Кліматоруховий режим у кожного окремого пацієнта визначається з урахуванням клінічного перебігу РА (активність, функціональні можливості опорно-рухового апарату), ступеня кліматоадаптації та імунної реактивності. Кліматолікування при хронічних формах захворювання: тривале перебування на повітрі, повітряні ванни щоденно, сонячні ванни розсіяної радіації по щадній схемі, купання в теплу пору року при температурі води не нижче 23-25 °С, тривалість процедури від 3 до 10 хв.

Бальнеогрязелікувальні процедури при мінімальному ступені активності патологічного процесу можна застосовувати як окремо, так і в поєднанні з преформованими фізичними факторами (П.Г. Царфіс, В.Д. Григор'єва, 1985 р.). При середньому ступені активності РА бальнеогрязелікування призначають після курсу фізіотерапевтичних процедур, під впливом якого знижується активність запального процесу, покращується загальний стан хворих.

В хронічній стадії захворювання при невисокій активності запального процесу особливо ефективними є радонові ванни. Не менш ефективними є поєднання соляних, шавлієвих або скипидарних ванн з попередньою ДМХ-терапією надниркових залоз, що попереджує розвиток бальнеопатологічних реакцій. Застосовують також сульфідні ванни слабкої концентрації, грязьові або парафіново-озокеритові аплікації на 2-3 уражених суглоби. Якщо процедури тепло- та грязелікування протипоказані, призначають пелоїдин- або гумізоль-електрофорез суглобів.

Остеоартроз

Остеоартроз (ОА) є хронічним повільнопрогресуючим дегенеративно-дистрофічним захворюванням суглобів з періодичним розвитком реактивного синовіту (асептичне запалення довкола суглобових тканин, яке клінічно проявляється артритом з вираженою ексудацією). Тому лікарняний етап реабілітації у хворих на ОА з встановленим діагнозом застосовується лише в період загострень, а також в пізніх стадіях захворювання з метою проведення оперативних втручань (артродез, протезування суглобів).

Найбільш важливими принципами лікування ОА є тривале і систематичне комплексне застосування методів лікування з урахуванням етіології, стадії, локалізації процесу, наявності синовіту та супутньої патології.

Основними у відновному лікуванні хворих на ОА є диспансерно-поліклінічний та санаторно-курортний етапи, оскільки *базовим* для цього контингенту хворих є **фізіотерапевтичне лікування**. Саме фізичні фактори сприяють відновленню пошкодженого суглобового хряща, викликаючи тривалу ремісію захворювання, та не мають небажаних побічних ефектів. Комплексна терапія фізичними факторами остеоартрозу детально розроблена П.Г. Царфісом та В.Д. Григор'євою (1985). Основні завдання програми:

1. Усунення причин прогресування захворювання (травматизація суглобів, вимушене положення, надмірна маса тіла, ортопедичні дефекти, переохолодження).

2. Стимуляцію обмінних процесів в уражених суглобах, відновлення пошкодженої хрящової тканини (фізіотерапія, хондропротектори).

3. Активну терапію реактивного синовіту (щадний руховий режим, протизапальні препарати, фізіотерапія).

4. Відновлення функцій уражених суглобів.

Принципи і методи застосування фізичних факторів в лікуванні **загострень ОА** подібні до застосування їх в реабілітації ревматоїдного артриту (описані вище).

Програма відновного лікування ОА на диспансерному етапі розроблена Г.Г. Орловою і Г.Н. Шеметовою (1993 р.). Вона передбачає огляд пацієнтів 1-2 рази на рік, дослідження холестерину крові та продуктів дегенерації хряща (протеогліканів, оксипроліну тощо) 1 раз на рік, консультацію ортопед-артролога та інших спеціалістів за показаннями, загальний аналіз крові, рентгенографію суглобів.

Реабілітаційні заходи включають раціональний режим праці і відпочинку, регулювання маси тіла, медикаментозне лікування хондропротекторами (алфлутоп, структум, терафлекс, мукартрин), метаболічними, вазоактивними препаратами – 1-2 рази на рік. Разом з тим, застосовують компреси з димексидом, зовнішні мазеві препарати (апізартрон, фіналгон), фізіотерапію: ДМХ- і СМХ- терапію, медикаментозний електрофорез но-

вокаїну, йоду, анальгіну, магнітотерапію, аплікації парафіну, озокериту, лазерну і магнітолазерну терапію, ультразвук і фонофорез, ЛФК з розвантажувальних вихідних положень, механотерапію, масаж м'язів та ін.

Повноцінний комплекс *базової терапії* хворий на ОА **при відсутності загострення** може отримати на санаторно-курортному етапі лікування, причому максимально ефективними вважаються бальнеогрязеві курорти. В санаторії на фоні кліматотерапії, яка здійснює сприятливий вплив на організм в цілому, успішно поєднуються спеціальні процедури ЛФК, масажу, методи фізіотерапії (описані вище) та бальнео- і грязелікування.

За ефективністю лікування хворих на ОА на перший план виходять радонові та сірководневі ванни. Причому перші показані хворим з рецидивуючим синовітом, супутніми вегетативними розладами, а другі – при наявності супутнього ожиріння, атеросклерозу. Вираженим метаболічним впливом володіють і натрієвохлоридні ванни, тому їх також застосовують при ожирінні та локальних початкових формах атеросклерозу судин. Йодобромні ванни не мають специфічної дії на метаболізм хряща, але є досить ефективними в терапії хворих на ОА з функціональними розладами нервової системи, тиреотоксикозом, клімактеричними розладами. Активно покращують мікроциркуляцію, знімають м'язові спазми та зменшують больовий синдром скипидарні ванни за Залмановим.

Одне з основних місць в лікуванні ОА має пелоїдотерапія. Грязьові аплікації на уражені суглоби, крім неспецифічної метаболічної дії мають безпосередній відновлювальний вплив на суглобовий хрящ. Тому, поряд з радоновими і сульфідними ваннами, їх можна віднести до базового, патогенетичного фізіотерапевтичного лікування. Широко застосовують і інші теплоносії, – парафін, озокерит. Протипоказані процедури теплолікування у пізніх стадіях захворювання, при наявності реактивного синовіту, варикозного розширення вен, хронічного нефриту, ураженнях судин головного мозку та ін.

Якщо під час бальнео- або грязелікування у хворого наступило загострення синовіту, необхідно тимчасово припинити лікування і призначити активну протизапальну терапію (в тому числі фізіотерапію, – УВЧ, УФО, ДМХ). Після стихання запальних явищ і зменшення довколосуглобової ексудації слід відновити приймання ванн і грязей.

Можливе поєднання процедур електролікування і бальнеогрязелікування. Так, мікрохвильову терапію або індуктотермію можна чергувати з ваннами або грязьовими аплікаціями через день. У частини хворих допускається поєднання процедур бальнео- або грязелікування з фізіотерапією в один день, але при цьому між процедурами повинен зберігатися інтервал, не менший ніж 4 години. Такі комплекси є найбільш ефективними і попереджують розвиток реактивного синовіту та бальнеологічних реакцій.

Після проведення **реконструктивних операцій на суглобах** вже з наступного дня після оперативного втручання починають відновне лікуван-

ня. Проводять повільні пасивні рухи в оперованому суглобі, загальнорозвиваючу гімнастику. Хворим з оперованими суглобами нижніх кінцівок дозволяється сидати з 3-го дня після операції. З метою швидкого регресу набряку та запальної реакції застосовують суберитемні дози УФО або слабкотеплові дози УВЧ. Для досягнення анальгезуючого впливу та покращення трофіки тканин призначають змінне магнітне поле або діадинамотерапію. Через тиждень хворий самостійно проводить пасивне згинання стегна з допомогою блоку та наступним вкладанням кінцівки на шину Белера. Після знімання швів та рентгенівського контролю хворого виписують під поліклінічне спостереження з поступовим розширенням рухового режиму. За умови сприятливого перебігу післяопераційного періоду через 2 місяці від моменту операції хворому дозволяють ходити з милицями без навантаження на кінцівку. Паралельно продовжують розробку рухів у кульшовому суглобі спочатку під керівництвом методиста ЛФК, а потім і самостійно. Ходьбу з повним навантаженням на оперовану кінцівку дозволяють через рік після операції. На лікарняному етапі поряд з руховим режимом і лікувальною фізкультурою застосовують масаж та гідрокінезотерапію, СМХ-терапію, електрофорез новокаїну, фонофорез трилону В в комплексі з парентеральним введенням вітамінів С, групи В, екстракту алое. Добрий ефект дає продовження відновного лікування на курортах з використанням кліматотерапії і морських купань.

Слід відмітити особливу роль **психологічної реабілітації** ревматологічних хворих, оскільки хронічний прогресуючий перебіг захворювання виснажує не лише фізично, але й призводить до астенізації нервової системи, зниження самооцінки, поглиблює стан пасивності у відношенні до навколишнього світу. Для таких хворих характерний високий рівень тривожності, переважання психастенічних рис характеру, особливо у інвалідів. Найбільш обґрунтованими видами психокорекції є раціональна і суттєва психотерапія, які проводяться індивідуально або в колективі. Підвищує ефективність реабілітації і застосування психотропних засобів (транквілізаторів, антидепресантів).

Працетерапія є одним з перших етапів на шляху **професійної реабілітації** пацієнтів ревматологічного профілю. Вона спрямована, в першу чергу, на відновлення функціональної здатності суглобів, адаптацію хворого до нових умов. Методика її повинна узгоджуватися з активністю процесу і характером порушення функції уражених суглобів.

Так, при ураженні суглобів кисті методика працетерапії наступна (Павленко Т.М., 1975). При III ступені активності (для РА) працетерапію не призначають. II ступінь активності (для РА та остеоартрозу з реактивним синовітом) передбачає роботу з ватою, марлею, а також розкрій і шиття в стаціонарі і вдома, роботу на ручній швейній машинці. Тривалість роботи від 15 до 45 хвилин декілька разів протягом дня. При I ступені активності показане плетіння, картонажні роботи, ліплення.

При III ступені функціональної недостатності суглобів показане навчання хворих елементарним правилам самообслуговування за допомогою спеціальних стендів. Завжди вивчаються можливості для надомної роботи.

Усім ревматологічним хворим протипоказана робота в несприятливих метеорологічних умовах, за несприятливих погодних умов або мікроклімату (висока або низька температура повітря, її значні коливання, висока вологість повітря, протяги), фізична праця зі значним напруженням, вимушене положення тіла, робота біля механізмів, які рухаються або розміщені на висоті, швидкий темп роботи на конвеєрі.

Хворим з легким ступенем тяжкості захворювання показана праця у звичних умовах виробництва (без протипоказаних факторів). Середній ступінь тяжкості передбачає роботу в спеціально створених умовах. Тяжкий перебіг захворювання передбачає виконання лише надомної роботи.

Оскільки на сьогодні створення цехів з полегшеними умовами праці на базі промислових підприємств як один із способів соціальної реабілітації ревматологічних хворих є проблематичним, на перший план виходить створення реабілітаційних центрів та інтернатів з лікувальними виробничими базами, які є досить рентабельними і дають можливість прискорити процес повернення хворого до професійної діяльності.

3.2.3. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях травної системи

Важливість медико-соціальної реабілітації гастроентерологічних хворих зумовлена як значною поширеністю цієї групи захворювань, так і схильністю їх до хронічного рецидивуючого перебігу, що призводить до тривалої, а нерідко і стійкої втрати працездатності. Слід відмітити, що на сьогодні в системі охорони здоров'я вже складається етапна система реабілітації хворих на гастроентерологічну патологію, особливо тієї її частини, яка перенесла хірургічне лікування.

Хронічний гастрит

Лікарняний період реабілітації

Лікарняний етап реабілітації у хворих на хронічний гастрит (ХГ) застосовують у випадку вираженого загострення захворювання, а також з метою диференціальної діагностики з виразковою хворобою чи пухлиною шлунка.

На госпітальному етапі основними завданнями лікування є:
– диференціальна діагностика захворювання;

– активна медикаментозна терапія загострень захворювання з досягненням ерадикації *H. Pylori* або підбором замісної терапії (залежно від типу гастриту);

– нормалізація функціонального стану шлунково-кишкового тракту (ШКТ);

– формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу, в тому числі відмова від шкідливих звичок, зміна режиму та характеру харчування.

Після підтвердження діагнозу хронічного гастриту та ліквідації значного загострення (**режим, дієта, медикаментозне лікування**) пацієнт переводиться на амбулаторно-поліклінічний етап, який є основним для даної категорії пацієнтів.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

На диспансерно-поліклінічному етапі хворі на ХГ перебувають під динамічним диспансерним спостереженням, контрольні огляди терапевтом та комплексні обстеження проводять кожних півроку. За показаннями хворим призначають консультації гастроентеролога, хірурга, проводять езофаго-гастро-дуоденоскопію, дослідження шлункового вмісту, рентгеноскопію шлунка, обстеження з клінічними аналізами крові, сечі, калу та ін. Пацієнтам дають рекомендації щодо режиму харчування, виключення вживання алкоголю та нікотину, проводять замісну терапію або лікування антацидами залежно від типу гастриту. При загостренні захворювання або при підозрі на пухлину пацієнта направляють в стаціонар.

При відсутності протипоказань до санаторно-курортного лікування хворому рекомендують санаторно-курортне лікування на бальнеологічному або бальнеогрязевому курорті. Хворих на гастрит із збереженою секреторною функцією шлунка слід направляти переважно в санаторії з маломінералізованими гідрокарбонатно-натрієвими вуглекислими водами (Поляна Квасова, Лужанська), зі зниженою секреторною функцією – в санаторії хлоридно-натрієвими водами середньої мінералізації (Нарзан кримський, Миргородська). Якщо пацієнт не має змоги лікуватися в санаторії, слід максимально використати можливості диспансерного етапу (фізіотерапевтичне, бальнеологічне відділення поліклініки, місцевий санаторій або санаторій-профілакторій). В такому разі може використовуватися програма реабілітації санаторного етапу (див. далі).

Санаторний етап

Санаторно-курортне лікування хворих на ХГ проводиться диференційовано, залежно від функціонального стану шлунково-кишкового тракту і направлене знову ж таки на максимальне подовження термінів ремісії та попередження ускладнень захворювання.

Програма медичної реабілітації хворих на ХГ зі зниженою секреторною функцією шлунка:

1. При вираженій гіпоацидності та у фазі нестійкої ремісії – щадний режим (I) протягом 2 тижнів з переходом на тонізуючий (II). За 1 тиждень до виписки із санаторію – тренуючий (III) режим. При незначній гіпоацидності у фазі ремісії хворому відразу призначають тонізуючий режим, а при наявності стійкої ремісії – III режим.

2. У фазі нестійкої ремісії хворим з вираженою гіпоацидністю перших 2 тижні застосовують дієту № 1 з переходом на дієту № 2. У фазі стійкої ремісії пацієнтам з незначною секреторною недостатністю призначають дієту № 2 або № 15). Лікування хворих з вираженою секреторною недостатністю та пониженого живлення проводять з призначенням дієти № 1 та 6-разовим прийманням їжі. При супутніх захворюваннях печінки, жовчних шляхів або підшлункової залози застосовують дієту № 5, 5а або 5б. За наявності послаблення випорожнень протягом тижня може призначатися дієта 4б або 4в з наступним переходом на дієту № 1 або № 5.

3. **Медикаментозне лікування** в період стійкої ремісії не показано, крім замісної терапії у хворих з вираженою секреторною недостатністю та супутньою патологією. Короточасні курси медикаментозної терапії можуть застосовуватися у разі загострення на фоні санаторно-курортного лікування, а також при виникненні метео- і бальнеореакцій.

4. **Психотерапія**, вироблення установок на зміну стилю життя, ліквідацію шкідливих звичок, уникання стресових ситуацій.

5. **ЛФК** проводять залежно від режиму (стимуляція секреції та моторики здійснюється за допомогою помірних фізичних навантажень, - застосовують загальнорозвиваючі вправи з обмеженою амплітудою рухів та невеликою кількістю повторень, спеціальні вправи з поступовим збільшенням навантаження).

Щадний режим: ранкова гігієнічна гімнастика за полегшеною схемою протягом 10 хв або прогулянка по санаторію протягом 20-30 хв; дозована ходьба по рівній місцевості в повільному темпі до 1,5-2 км 1-2 рази на день; лікувальна гімнастика індивідуально або в групі за полегшеною схемою в повільному темпі з паузами для відпочинку і розслаблення тривалістю до 10-15 хв. Ходьба на лижах та спортивні ігри не показані.

Тонізуючий режим: ранкова гігієнічна гімнастика (2-3 прості вправи з вихідного положення сидячи або лежачи, 4-6 разів, 10-15 хв, можливі присідання); дозована ходьба по рівній місцевості в повільному темпі до 3 км 2 рази на день; лікувальна гімнастика в групі з використанням малонавантажувальних вправ для черевного пресу та діафрагмального дихання в помірному темпі тривалістю 15-20 хв, включають вправи з гімнастичними палицями, булавами, гантелями, біля гімнастичної стінки; малорухомі ігри (крокет, більярд, настільний теніс тривалістю до 1 години, плавання у відкритій воді).

тих водоймах в літній період протягом 5-8 хв при температурі води не нижче 20 °С; елементи спортивних ігор – бадмінтон (1 партія без рахунку), елементи гри в теніс біля стінки тривалістю 25-30 хв.; лижні прогулянки до 3 км в середньому темпі з 2-3-хвилинними паузами для відпочинку через кожних 5 хвилин при температурі повітря не нижче –20 °С.

Тренувальний режим: ранкова гігієнічна гімнастика протягом 20 хв (15-16 вправ в середньому темпі, середньої інтенсивності з поступовим нарощуванням навантаження або періодичним включенням складних вправ); дозована ходьба по рівній місцевості в повільному темпі до 5-10 км з елементами бігу, стрибків та підскоків; лікувальна гімнастика в групі з використанням середніх навантажень і вправ для м'язів тулуба з в.п. стоячи, сидячи і лежачи з поступовим, але незначним збільшенням амплітуди рухів та навантаження на черевний прес, тривалістю до 30 хв; всі види малорухомих ігор; плавання у відкритих водоймах в літній період протягом 8-10 хв при температурі води не нижче +20 °С; лижні прогулянки на відстань до 5 км при температурі повітря не нижче –20 °С; спортивні ігри – теніс, волейбол, крокет; лижні прогулянки до 3 км в середньому темпі з 2-3-хвилинними паузами для відпочинку через кожних 5 хвилин.

6. Масаж сегментарних зон, у фазі стійкої ремісії – спеціальні види масажу, в тому числі вакуумний, вібраційний, передньої черевної стінки та кишечника (непрямий).

7. Фізіотерапія: призначають електросон, центральну електроаналгезію, транскраніальний електрофорез для відновлення порушеної кірково-підкіркової рівноваги та механізмів саморегуляції; солюкс, СМХ-, ДМХ-терапію, індуктотермію, ультразвук або фонофорез токоферолу ацетату на епігастральну ділянку для покращення трофіки та функціонального стану шлунка; загальне УФО за основною схемою та місцеве (на ділянку епігастрії), 2-3 біодози, через 2-3 дні, катодну гальванізацію шлунка тривалістю 10-15 хв з метою підвищення збудливості нервової системи та стимуляції секреції. З цією ж метою призначають діадинамотерапію (однотактними струмами) або ампліпульс-терапію (II-IV рід роботи) надчеревної ділянки.

8. Кліматотерапія: перебування на відкритому повітрі до 10 годин на добу; повітряні ванни в палаті при температурі повітря 20-22 °С; денний сон на свіжому повітрі до 2 год; сонячні ванни розсіяної радіації від 0,5 до 1,5 біодоз; обтирання морською водою, купання або плавання в літній період по 8-10 хв при температурі води не нижче +20 °С.

9. Зовнішня бальнеотерапія: загальні обливання та обтирання (температура води 30-25 °С, ванни перлинні, натрієвохлоридні, вуглекислі, мінеральні, хвойні, шавлієві температурою 36-38 °С, 8-10 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування; циркулярний, віялоподібний, дощовий душі температурою 35-37 °С, 2-3 хв, 8-10 процедур на курс лікування.

10. Теплолікування проводять залежно від фази загострення:

Фаза нестійкої ремісії: грязьові, озокеритові, парафінові аплікації на епігастральну ділянку або передню черевну стінку та поперекову зону (при відсутності супутньої патології). Грязьові аплікації температурою 39-40 °С, тривалістю 20 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування. Процедури індуктогрязетерапії на епігастральну ділянку проводять при слаботепловій дозі впливу, тривалістю 15-20 хв, через день 8-10 процедур на курс лікування.

Фаза стійкої ремісії: проводять вищеперераховані теплові процедури (озокеритові, парафінові, грязьові аплікації, індуктогрязі такого ж дозування), а також гальваногрязь або електрофорез грязьового віджиму на епігастральну ділянку.

11. Бальнеопиттєве лікування проводиться залежно від ступеня порушення шлункової секреції:

Виражена секреторна недостатність: приймання мінеральної води (хлоридно-натрієвої середньої мінералізації) об'ємом від 50 до 100 мл 2 рази на добу в теплом вигляді за 20-30 хв до їди, поступово збільшуючи її об'єм до 200 мл тричі на добу. У хворих зі схильністю до проносів застосовують лише маломінералізовані води в обмеженій кількості.

Помірна та незначна секреторна недостатність: застосовують той же тип мінеральної води, але в більшій кількості – 100-150 мл 2 рази на день, поступово нарощуючи її об'єм до 200-250 мл тричі на день за умови доброї переносимості процедури.

При вираженій супутній атонії шлунка, гастроптозі, які супроводжуються печією, а також при відсутності ерозивного гастриту показане зрошування шлунка теплою мінеральною водою 2 рази на тиждень (4-5 процедур на курс лікування).

Програма медичної реабілітації хворих на ХГ із збереженою секреторною функцією шлунка:

1. У фазі нестійкої ремісії – I режим протягом 8-10 днів з переходом на III режим. При наявності стійкої ремісії хворому відразу призначають III режим.

2. У фазі нестійкої ремісії або при частих загостреннях хворим перших 2 тижні призначають діету № 1 з переходом на діету № 2 (у разі покращення стану пацієнта). У фазі стійкої ремісії призначають діету № 2 або № 15. При наявності супутніх захворювань печінки, жовчних шляхів або підшлункової залози застосовують діету № 5, 5а або 5б.

3. **Медикаментозне лікування** в період стійкої ремісії основному контингенту пацієнтів не показане, крім хворих з супутньою патологією. Короткочасні курси медикаментозної терапії можуть застосовуватися у разі загострення на фоні санаторно-курортного лікування, а також при виникненні метео- і бальнеореакцій.

4. **Психотерапія**, вироблення установок на зміну стилю життя, ліквідацію шкідливих звичок, уникання стресових ситуацій.

5. ЛФК проводять, подібно до хворих на ХГ із зниженою секреторною функцією шлунка, залежно від рухового режиму. Однак, методика проведення занять дещо відрізняється. Так, заняття проводяться перед їдою і з наростаючим навантаженням, включаючи вправи для середніх і великих м'язових груп з багаторазовими повтореннями, махові рухи, вправи з гімнастичними предметами. Їх поєднують з вживанням лужної **мінеральної води**, яку п'ють за 0,5-1,5 год до їди, перед заняттям ЛФК. Питне лікування мінеральною водою в теплому вигляді призначають з перших днів перебування хворого в санаторії. Лікування починають з невеликих доз (100-150 мл), пізніше кількісно збільшують до 200-250 мл тричі на добу. Час приймання залежить від ступеня порушення секреції, – чим вища кислотність шлункового вмісту, тим більший проміжок між прийманням води і їжі.

6. Масаж, кліматотерапію, процедури теплолікування проводять так само як для хворих із зниженою секреторною функцією шлунка.

7. Зовнішня бальнеотерапія: ванни радонові (середньотерапевтичних концентрацій, температурою 36-37 °С, тривалістю 8-15 хв, через день, 8-10 на курс лікування), перлинні, натрієвохлоридні, вуглекислі, мінеральні, хвойні, шавлієві температурою 36-38 °С, 8-10 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування; циркулярний, віялоподібний, дощовий душі температурою 37-38 °С, 5 хв, 8-10 процедур на курс лікування.

8. Фізіотерапія: для відновлення механізмів саморегуляції призначають електросон, центральну електроаналгезію, транскраніальний електрофорез; з метою покращення трофіки та функціонального стану шлунка – солюкс, СМХ-, ДМХ-терапію, індуктотермію, ультразвук в середньотерапевтичних дозах на епігастральну ділянку; електричне поле УВЧ шийних симпатичних вузлів (дотеплова доза, 10-15 хв, щодня або через день), анодну гальванізацію шлунка тривалістю 10-15 хв з метою зниження збудливості нервової системи та пригнічення секреції, зменшення інтенсивності больового синдрому. З цією ж метою призначають новокаїнелектрофорез, електрофорез аналгетиків та спазмолітиків, діадинамотерапію (однотактними струмами) або ампліпульс-терапію (II-IV рід роботи) надчеревної ділянки.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі основними завданнями лікування є:

- активна медикаментозна терапія загострень захворювання з досягненням ерадикації *H. Pylori*;
- профілактика загострень захворювання та стабілізація ремісії;
- нормалізація стану вегетативної нервової системи та ЦНС;
- активна терапія порушень трофіки уражених відділів ШКТ (в тому числі відновлення захисних факторів слизової шлунка).

- нормалізація функціонального стану шлунково-кишкового тракту.
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу, в т.ч. відмова від шкідливих звичок, зміна режиму та характеру харчування (дієтотерапія, психотерапія).

У період загострення виразкової хвороби (ВХ) хворого доцільно госпіталізувати на 7-10 днів, призначити напівліжковий режим, **лікувальне харчування** (дієта № 1 за Певзнером), а також **медикаментозне лікування**. Адекватна медикаментозна терапія загострення ВХ має дуже важливе значення, оскільки її дієвість визначає тривалість і ефективність ремісії. На сьогодні з метою ерадикації (знищення) *H. Pylori* використовують різноманітні схеми лікування, – потрійну, четвертну терапію. Ці схеми будуються на використанні комбінацій потужних сучасних гіпосекреторних препаратів з антибіотиками і метронідазолом (Маастрих-2, 2000).

Лікувальна фізкультура головним чином проводиться у вигляді ранкової гігієнічної та лікувальної гімнастики. Вправи, які включаються у лікувальний комплекс, повинні знижувати збудливість ЦНС, помірно посилювати моторику шлунка та дванадцятипалої кишки. Значні фізичні навантаження, вправи, які виконуються у швидкому темпі, а також вправи, які значно напружують черевний прес, до наступлення стійкої ремісії *протипоказані*.

Фізіотерапія. У фазі загострення процесу хворим, особливо при наявності порушень функцій вегетативної нервової системи, розладів сну, рекомендують електросон, рефлексотерапію, КВЧ-терапію. Ефективно зменшує інтенсивність больового синдрому та має значний трофічний, протизапальний, регуляторний вплив електрофорез новокаїну з анода, розміщеного в епігастральній ділянці; загальний бромелектрофорез; ампліпульстерапія; діадинамотерапія. Виражений протизапальний та репаративно-регенераторний вплив має УВЧ-терапія (в загостренні застосовують субтермічні, слаботеплові дозування). Ультразвук показаний в невеликих дозах за лабільною методикою на надчеревну ділянку, причому перед процедурою пацієнт повинен випити 1-2 склянки води для відтискання газового міхура у верхні відділи шлунка. Вплив проводять у положенні пацієнта сидячи або стоячи. Останнім часом застосовується опромінення низькоенергетичним лазерним випромінюванням ділянки епігастрію, а також ефекту слизової безпосередньо через світловод фіброскопа.

Хворим з неускладненою виразковою хворобою у фазі затухаючого загострення починають призначати ДМХ-терапію епігастрально та на ділянку щитоподібної залози, парафінові, озокеритові аплікації на проекцію шлунка, що має значний трофічний, репаративний вплив.

Локалізація виразки у тілі шлунка потребує онкологічної настороженості з боку лікаря. Тому перед тим, як застосовувати фізичні фактори, необхідно провести гастроскопію шлунка з прицільною біопсією. При підозрі на малігнізацію виразки фізіотерапевтичне лікування не прово-

диться. Якщо ж виразка шлунка безперервно рецидивує і протягом року тенденції до рубцювання не відбувається, необхідно вирішити питання планового хірургічного лікування.

Післястаціонарний період реабілітації ***Диспансерно-поліклінічний етап***

Основним завданням диспансерно-поліклінічного етапу є досягнення і підтримання повної стійкої ремісії. Для досягнення цієї мети хворі на ВХ дванадцятипалої кишки перебувають під динамічним диспансерним спостереженням протягом п'яти років за відсутності загострень і постійно – коли загострення спостерігаються або хворий має виразку шлунка. Контрольні огляди та комплексні обстеження хворих проводять кожних півроку.

Загальна програма реабілітації хворих на ВХ на поліклінічному етапі включає:

1. Режим праці і відпочинку (звільнення від нічних змін та відряджень).
2. Здоровий спосіб життя, ліквідацію шкідливих звичок та стресових ситуацій.
3. Психотерапію, особливо хворих з невротичними розладами.
4. Діету № 1 з 4-5-разовим щоденним харчуванням протягом року.
5. ЛФК – загальнозміцнювальна гімнастика.
6. Масаж сегментарних зон.
7. Курси протирецидивного лікування весною і восени.
8. Санацію порожнини рота, при потребі – протезування зубів.
9. Боротьбу з ускладненнями.
10. Застосування фізичних факторів – електросон, КВЧ-, ДМХ-терапія, ультразвук, лужні мінеральні води (пляшкові).
11. Працетерапію – роботи на свіжому повітрі (присадибна ділянка, город).

Загострення захворювання або розвиток ускладнень (пенетрація, перфорація або малігнізація виразки, кровотеча, розвиток стенозування пілоричного відділу шлунка) потребує госпіталізації пацієнта в гастроентерологічний або хірургічний стаціонар. У випадку стійкої часткової або повної втрати працездатності хворого направляють на лікарсько-трудова експертизу.

Під час диспансерного спостереження проводять санаторно-курортний відбір і хворих на неускладнену ВХ в період затухаючого загострення та ремісії направляють на бальнеологічні (бальнеопитні) або бальнеогрязьові курорти.

Санаторний етап реабілітації

Санаторно-курортне лікування хворих на ВХ, як і поліклінічна реабілітація, направлене на максимальне подовження термінів ремісії та попередження ускладнень захворювання. Оздоровлення проводиться у гастро-

ентерологічних реабілітаційних лікарнях та на бальнеопитних курортах: “Поляна”, “Квітка полонини”, “Сонячне Закарпаття”, “Шаян” (Закарпатська обл.), Моршин (Львівська обл.), Березовські мінеральні води, Рай-Єленівка (Харківська обл.), “Восход” (Кримська обл.), санаторій ім. О.М. Горького (Одеса) та ін.

Програми медичної реабілітації хворих на ВХ на санаторному етапі включають:

1. Щадний режим з переходом на тонізуючий.
2. Лікувальне харчування (дієта № 1 з переходом на № 2 або № 5).
3. Психотерапію, вироблення установок на зміну стилю життя, ліквідацію шкідливих звичок, уникання стресових ситуацій.
4. ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, дозована ходьба, малорухомі ігри, плавання, лижні прогулянки.
5. Масаж сегментарних зон.
6. Кліматотерапію: перебування на відкритому повітрі до 8 годин на добу, повітряні ванни, денний сон на свіжому повітрі. При повній ремісії та відсутності ускладнень протягом 1-2 років призначають також сонячні ванни по щадній схемі, щоденно.
7. Бальнеопитне лікування: приймання мінеральної води (лужної) об'ємом від 50 до 150-200 мл 3 рази на добу в теплом вигляді. Час приймання залежить від секреторної функції шлунка, – чим вища секреція, тим триваліший період до приймання їжі (1-1,5 години).
8. Зовнішня бальнеотерапія: ванни перлинні, натрієвохлоридні, радонові індиферентної температури.
9. Теплолікування: в період затухаючого загострення – електрофорез грязі або грязьового віджиму, в ремісії – грязьові, озокеритові, парафінові аплікації на епігастральну ділянку.

Особливості медико-соціальної реабілітації хворих після операцій з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

Планове оперативне лікування в хірургічному стаціонарі отримують хворі, консервативна терапія для яких виявляється безуспішною, хвороба має безперервно рецидивуючий перебіг та значно погіршує якість життя пацієнта. Іншу частину оперованих пацієнтів з виразковою хворобою становлять особи з ускладненим перебігом захворювання (перфорація, пенетрація, малігнізація виразки, кровотеча з виразки, стеноз пілоруса та ін.). Найпоширенішими оперативними втручаннями у таких хворих є селективна ваготомія та резекція шлунка, які можуть ускладнюватися післяопераційним гастритом, рефлюкс-езофагітом, демпінг-синдромом, іншими проявами хвороби оперованого шлунка і потребують особливого підходу у відновному лікуванні. І навіть коли хвороба оперованого шлунка не ви-

никає, функціональний стан шлунково-кишкового тракту у всіх прооперованих пацієнтів вимагає додатково до стандартного післяопераційного догляду (викладений у відповідному розділі) ще й спеціальних обстежень і лікувальних маніпуляцій.

Програма реабілітації хворих після оперативних втручань на шлунку розроблена Вигоднером Є.Б., 1987; Рузовою Т.К., 1992. В основі розробленої реабілітаційної програми лежить корекція ряду ендокринних та імунних зрушень, а також функціональних розладів шлунково-кишкового тракту (зниження активності шлункової секреції, пришвидщення моторно-евакуаторної здатності шлунка). З цією метою проводять ДМХ-терапію епігастральної ділянки (покращення функціонування шлунка, печінки, підшлункової залози), щитоподібної залози (імуномодуляція) або комірцевої ділянки (усунення ендокринних зрушень). Ефективно відновлює функціонування органів травного тракту, має імунокоригуючий вплив ампліпульселектрофорез контрикалу, гордоксу.

Процедури бальнеотерапії, – натрієвохлоридні, вуглекислі ванни сприяють ліквідації астеничного синдрому, який є у більшості прооперованих пацієнтів, покращують печінковий кровообіг, вирівнюють ендокринні та імунні зрушення.

Слід відмітити, що застосування фізичних факторів у якомога ранні терміни (2-3 тижні після оперативного втручання) не лише зменшує функціональні порушення, але й запобігає розвитку пізніх ускладнень.

Лікувальне харчування, ЛФК, масаж застосовують як для всіх хворих на ВХ, але з урахуванням загального стану пацієнта, а також стану післяопераційної рани.

На диспансерно-поліклінічному, а пізніше санаторно-курортному етапах продовжують динамічне спостереження та виконання реабілітаційної програми, розпочатої на госпітальному етапі.

Орієнтовний комплекс реабілітаційних заходів у хворих без клінічних проявів післяопераційних розладів:

1. Режим щадний з поступовим переходом на тонізуючий.
2. Дієта № 1 та № 2, малими порціями, 5-6 разів на добу.
3. Бальнеотерапія (для внутрішнього вживання) – мінеральна вода в теплому вигляді за 30-40 хв до їди від 100 до 200 мл 3 рази на день.
4. Бальнеотерапія – хвойні, перлинні, мінеральні, радонові ванни.
5. Фізіотерапія: електрофорез новокаїну, кватерону, платифіліну, ампліпульстерапія, змінне магнітне поле, ультразвук, СМХ-терапія, КВЧ-терапія.
6. ЛФК, психотерапію, кліматолікування, культурно-масові заходи проводять хворим на щадному та тонізуючому режимах.

У хворих з проявами синдрому оперованого шлунка залежно від вираженості проявів рекомендується більш тривала курортна терапія (до 14-16 днів перебування на щадному режимі). Дієтичне харчування противиразкове, малими порціями, з обмеженням вуглеводів. Бальнеопитне

лікування звичайне, як для інших пацієнтів з ВХ. Пелоїдотерапію призначають лише при порушеннях легкого ступеня. Фізіотерапія показана у тому ж об'ємі, що і основному контингенту хворих на ВХ, крім того, застосовують електросонотерапію. ЛФК, кліматотерапію застосовують у більш щадній формі, ніж хворим на виразкову хворобу без ускладнень.

Захворювання кишечника

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі проводиться диференційна діагностика (в першу чергу з онкологічними процесами) та лікування загострень захворювання за відповідним алгоритмом (палатний режим, дієта №4, медикаментозна корекція різних видів обміну, антимікробна терапія, нормалізація моторно-евакуаторної функції, покращення процесів травлення і всмоктування, реімплантація нормальної кишкової флори, фізіотерапія).

Фізіотерапевтичне лікування починає проводитися вже з перших днів захворювання: термофор або зігріваючий компрес на живіт щоденно; платифілін- або новокаїн-електрофорез на передню черевну стінку; УФО ділянки живота (1 біодоза з поступовим її збільшенням на 0,5 біодози щоденно або через день); УВЧ-терапія або мікрохвильова терапія живота слаботепловими дозами по 10-15 хвилин щоденно або через день; індуктофорез новокаїну або пелоїдину на передню черевну стінку 15 хвилин через день).

Масаж і лікувальну фізкультуру призначають після стихання гострих проявів коліту. Застосовують диференційований підхід, враховуючи, в першу чергу, тип дисфункції кишечника. При **хронічних колітах, які супроводжуються спастичними запорами**, в I періоді ЛФК (максимальне щадіння ураженого органа) застосовують вихідні положення лежачи на спині з зігнутими у колінах ногами, стоячи на колінах, на боці, які сприяють розслабленню м'язів живота і зниженню внутрішньочеревного тиску. Комплекси лікувальної гімнастики тривають 10-12 хвилин і складаються з простих вправ для кінцівок, на розслаблення і дихальних з підніманням рук не вище рівня плечового поясу. Виконання вправ відбувається у повільному темпі, з неповною амплітудою, по 30-60 с з паузами для відпочинку. Виключають вправи, які супроводжуються напруженням м'язів живота і сприяють підвищенню тону м'язів кишечника. Крім лікувальної гімнастики, хворі виконують самостійні заняття 5-6 разів на день.

II період ЛФК (активне відновлення функцій ураженого органа) передбачає виконання вправ із різних вихідних положень у повільному і середньому темпі з повною амплітудою рухів до кінця періоду. Продовжують виконання вправ на розслаблення, вправи для тулуба та живота виконують без натужування, паузи для відпочинку скорочують, тривалість заняття збільшують до 20-25 хв. Силові вправи, підскоки, стрибки не про-

водяться. Хворі виконують також ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу.

Хворим з *хронічними колітами, які супроводжуються атонічними запорами*, у I період ЛФК рекомендується виконання вправ із різних вихідних положень з повною амплітудою рухів і поступовим збільшенням навантаження та використанням силових елементів. Темп виконання вправ повільний та середній. II період ЛФК передбачає часту зміну вихідних положень, підбір вправ для м'язів живота, а також вправ, які сприяють підвищенню тонуусу і перистальтики кишечника.

При стиханні гострих проявів захворювання застосовують сегментарно-рефлекторний, класичний і точковий *масаж*, піддаючи впливу паравертебральні зони спинномозкових сегментів, рефлексогенні зони тулуба, шлунок і товсту кишку. При *спастичних запорах* застосовують легкі прогладжування, розтирання, ніжні вібрації, при *атонічних запорах* діють енергійно, використовують усі прийоми, в тому числі безперервну і переривчасту вібрацію, струшування і підштовхування окремих частин товстого кишечника, струшування живота і таза.

Слід підкреслити, що ЛФК і масаж протипоказані хворим на виразковий коліт з кровотечами, з вираженими проносами, в загостренні захворювання.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

На даному етапі проводять як динамічне спостереження за пацієнтами, закріплюючи результати лікування госпітального етапу, так і, за можливостями поліклініки, у якій пацієнт перебуває під наглядом, проводять реабілітаційні заходи (див. санаторний етап).

Санаторний етап

Показання до санаторно-курортного лікування хворих з хронічними захворюваннями кишечника (хронічний коліт) на курортах з питними мінеральними водами: затухаюче загострення, фаза ремісії. Хворих на коліт дизентерійної етіології слід направляти на санаторно-курортне лікування лише через 4-6 місяців після останнього загострення хвороби при негативних даних бактеріологічного дослідження випорожнень та без дефектів слизової оболонки при ендоскопічному дослідженні кишечника. Протипоказане направлення на курорт хворих, які мають великий виразковий або ерозивний процес у кишечнику, а також хворих на туберкульоз кишечника, стенозуючий коліт, з наявністю поліпів кишки та з підозрою на злоякісні новоутвори.

Широко застосовується лікування на бальнеологічних курортах Моршина, Трускавця, Миргорода, Немирова і ін., а також на місцевих курортах.

Програма медичної реабілітації хворих на захворювання кишечника:

1. Хворим на ЗК середньої тяжкості призначають I кліматоруховий режим протягом 10-12 днів з переходом на II режим. При наявності

легкого перебігу захворювання на перші 10-12 днів призначають II режим з наступним переходом на III режим. Хворим у фазі стійкої ремісії у перші 6-7 днів призначають II режим, а потім – III.

2. Лікувальне харчування починають з дієти №4б або 4а з переходом через 8-10 днів на дієту №2 або №3. Окремим хворим за 5-6 днів до виписки із санаторію можна призначати дієту №15.

3. Медикаментозне лікування використовується зрідка, лише в період загострення процесу на фоні курортного лікування або для терапії супутньої патології.

4. Елементи психотерапії використовуються з метою вироблення установок на одужання, зміну стилю життя і харчування, ліквідацію шкідливих звичок, боротьбу з гіподинамією.

5. ЛФК проводять після стихання гострих проявів захворювання. Вправи для загального впливу на організм, спеціальні вправи для черевного пресу підбирають з урахуванням особливостей перебігу патологічного процесу. При *спастичних запорах* велику увагу надають вибору вихідних положень, здатних зменшити напруження передньої черевної стінки, при цьому обмежують навантаження на черевний прес. І навпаки, при переважанні *атонії кишечника* роблять акцент на вправи для м'язів живота. Тривалість процедур ЛФК, як і побудова лікувальних комплексів, залежить від режиму, на якому перебуває пацієнт.

Щадний режим: ранкова гігієнічна гімнастика за полегшеною схемою протягом 10 хв або прогулянка по санаторію протягом 25-30 хв; дозована ходьба проводиться також за полегшеною схемою, – по рівній місцевості в повільному темпі з відпочинком тривалістю до 15 хв; малорухливі ігри тривалістю до 30 хв.

Тонізуючий режим: ранкова гігієнічна гімнастика (12-15 простих вправ тривалістю до 20 хв); дозована ходьба по рівній місцевості в темпі 90-100 кроків за 1 хв 2-3 рази на день; лікувальна гімнастика – 2-3 полегшених комплекси в помірному темпі тривалістю до 30 хв, включають вправи з гімнастичними снарядами; малорухливі ігри (крокет, більярд, настільний теніс тривалістю до 40 хв), піші, лижні прогулянки, плавання, елементи спортивних ігор.

Тренувальний режим: ранкова гігієнічна гімнастика протягом 30 хв (10-15 вправ у середньому темпі, середньої інтенсивності, з легким бігом); дозована ходьба з прискоренням і елементами бігу підтюпцем в темпі 100-120 кроків за 1 хв; ближній туризм; плавання; лікувальна гімнастика тривалістю до 40 хв; лижні прогулянки в темпі 7-8 км/год; спортивні ігри (настільний теніс, крокет) тривалістю до 1 год.

6. Масаж сегментарних зон, у фазі стійкої ремісії – спеціальні види масажу, в т.ч. вакуумний, вібраційний, передньої черевної стінки та кишечника (непрямий).

7. Фізіотерапія: призначають СМХ-, ДМХ-терапію, індуктотермію в слаботеплових дозуваннях, а при переважанні спастичних явищ – у се-

редньотеплових; загальне УФО за основною схемою та місцеве (на передню черевну стінку), 2-3 біодози, через 2-3 дні; діадинамотерапію (двотактними струмами) або ампліпульс-терапію (I-III рід роботи) на ділянку кишечника поперечно; електрофорез новокаїну, аналгетиків, спазмолітиків; лазерне опромінення аноректальної зони та прямої кишки при їх ураженні, а також місцеву (ректальну) дарсонвалізацію або ультратонтерапію – при геморої, анальних тріщинах, супутньому простатиті.

8. Кліматотерапія також проводиться диференційовано, залежно від кліматорухового режиму.

Щадний режим: перебування на відкритому повітрі від 2 до 7 год/добу. Післяобідній сон на відкритому повітрі 1,5 год (в теплу пору року). Повітряні ванни в палаті при температурі повітря від 20 до 22 °С. Часткові (до пояса) сонячні ванни розсіяної радіації 5-15 хв. Обтирання морською водою.

Тонізувальний режим: перебування на свіжому повітрі до 8 год/добу. Післяобідній сон на відкритому повітрі 1,5-2 год (в теплу пору року). Повітряні ванни в палаті при температурі повітря від 20 до 22 °С до 15-20 хв. Сонячні ванни розсіяної радіації за режимом середнього ультрафіолетового впливу від 0,25 до 1,5 біодози. Купання у відкритій водоймі.

Тренувальний режим: дозволяються усі види кліматичних впливів, повітряні ванни за величиною холодового навантаження не нижче 18 °С, сонячні ванни сумарної радіації до 12 лікувальних доз.

9. Зовнішня бальнеотерапія: радонові (концентрація радону 20-40 нКи/л), перлинні, натрієвохлоридні, вуглекислі, мінеральні, хвойні, шавлієві ванни з температурою води 36-37 °С, через день, по 10-12 хв, 8-10 процедур на курс лікування; циркулярний, дощовий, віялоподібний душі температурою 35-37 °С, 2-3 хв, 8-10 процедур на курс лікування (останній – лише для хворих з атонією кишечника та незначно порушеною його функцією).

10. Бальнеотерапія для внутрішнього вживання проводиться у вигляді: **пиття мінеральних вод** – при колітах, які супроводжуються проносами, призначають гарячі маломінералізовані води в невеликій кількості, температурою 40-45 °С, по 1/2 склянки 2-3 рази на день; при запорах – води більшої мінералізації, без підігріву;

зрошувань товстого кишечника – при виражених і стійких запорах та функціональних розладах товстої кишки гіпокінетичного типу, проводять 2 рази на тиждень, на курс лікування 4-5 процедур;

кишкових ванн – показання як для зрошувань, процедури призначають 3 рази на тиждень, 4-5 процедур на курс лікування. Можуть бути призначеними для лікування проктитів та проктосигмоїдитів;

кишкових промивань розведеною грязьовою сумішшю показані при колітах зі стійкими ознаками гнильних та бродильних процесів, курс лікування – 3-4 процедури;

кишкового душу – призначають при наявності геморою у фазі ремісії, двічі на тиждень, 5-6 процедур на курс лікування;

мікроклізм мінеральною водою – показані при проктитах, анальному зуді, стійких запорах, призначають через день, на курс лікування 8-10 процедур.

Протипоказаннями до призначення ректальних процедур можуть бути гострі та підгострі коліти, виразкові коліти, поліпоз кишечника, випадання прямої кишки, шлунково-кишкові кровотечі, защемлення гемороїдальних вузлів, тромбофлебіт гемороїдальних вен, загострення проктиту, тріщини заднього проходу, обширні спайки в черевній порожнині, пахові грижі.

11. Теплолікування проводять залежно від фази загострення, як для хворих на хронічний гастрит. Відрізняється лише зона впливу – передня черевна стінка та поперекова ділянка (рефлекторно-сегментарний вплив).

Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів

Хронічний гепатит

(залишкові явища перенесеного гострого вірусного гепатиту)

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі лікування хворих на хронічний гепатит, який проводиться у випадку загострення захворювання або диференціально-діагностичного пошуку, призначають, у першу чергу, **лікувальний режим** (залежно від ступеня активності запального компоненту та порушення функції печінки) – I, II чи III, **дієтотерапією** (дієта № 5 або 5а з переходом у частини пацієнтів на дієту № 2 або № 15) та **медикаментозне лікування** (протівірусні, протизапальні засоби, інтерферон, спазмолітики, гепатопротектори, седативні засоби, метаболічна і коферментна терапія). Для хворих на гепатит токсичного генезу вкрай важливим є **обмеження впливу токсичного чинника**, повна заборона вживання алкоголю і т. д. Для пацієнтів після перенесеного гострого вірусного гепатиту найбільше значення для попередження прогресування захворювання має повна ерадикація (знищення) вірусу.

У міру стихання гострих проявів хвороби приєднують **лікувальну фізкультуру** загальнооздоровчого типу у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики, **питну бальнеотерапію**, - води середньої або малої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, хлору, сульфатів натрію і фосфору температурою 42-44 °С. В перший тиждень приймання застосовують 100-150 мл води за один прийом за 0,5-1 або 1,5 години до їди (залежно від секреторної функції шлунка) тричі на добу. В цей же період хворим призначають **фізіотерапію** у вигляді процедур індуктотермії, мікрохвильової або магнітотерапії, електрофорез амінокапронової кислоти або ціанокобаламіну на ділянку печінки поперечно. Дозування фізіотерапевтич-

них процедур здійснюється залежно від ступеня активності запального процесу. При збереженні невеликої активності застосовують слаботеплові дозування електромагнітного випромінювання, електрофорез не призначають. В неактивну фазу захворювання дозу впливу збільшують до середньотеплової.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний та санаторний етапи

Основні завдання диспансерного та санаторного етапів для хворих на хронічний гепатит (ХГП) (особливо вірусного генезу) є подібними і полягають у:

1. Досягненні та підтриманні повної клінічної ремісії.
2. Попередженні хронізації процесу, досягненні повного клінічного та біологічного видужання (для хворих із залишковими явищами перенесеного гострого вірусного гепатиту).
3. Синдромно-патогенетичній терапії на основі застосування немедикаментозного лікування.

В процесі диспансерного спостереження хворі продовжують отримувати **дієтичне харчування, адекватну медикаментозну терапію, охоронний режим**. Застосовують **ЛФК** загальнооздоровчого типу у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики, ближнього туризму, плавання, спортивних ігор.

Санаторно-курортний відбір враховує, в першу чергу, активність процесу в печінці. Санаторне лікування показане лише хворим на хронічний гепатит в неактивній фазі та при незначному відхиленні показників функціональних проб печінки і загальному задовільному стані, а також хворим із залишковими явищами вірусного гепатиту в неактивній фазі або у фазі затухаючого загострення. Причому, в останньому випадку пацієнтів направляють лише у місцеві спеціалізовані санаторії, де вони отримують дієтичне харчування, питні мінеральні води, кліматолікування, лікувальну гімнастику та при необхідності медикаментозну терапію.

Показані курорти з питними мінеральними водами та лікувальними грязями (Боржомі, Трускавець, Моршин, Железноводськ, П'ятигорськ, курорти Карпат та Одеська група курортів).

На сьогодні розроблені комплекси бальнеофізіотерапевтичного лікування хворих на ХГП (в першу чергу, вірусної етіології) залежно від провідного синдрому (Прусаков М.М., 1994).

При астеноневротичному синдромі гіперстенічного типу:

1. Лікувальні ванни (йодобромні, натрієво-хлоридні, хвойні) при температурі 36-37 °С, по 10-15 хв, через день.
2. Лікувальні душі (циркулярний, віялоподібний) при температурі 36-37 °С по 3-5 хв, через день.
3. Гальванічний комірць за Щербаком (анод на комірцевій ділянці).

4. Електрофорез седуксену, магнію, бромю на комірцеву ділянку.
5. Електросон частотою імпульсів 5-20 Гц, 20-40 хв, через день.

При астеноневротичному синдромі астеничного типу:

1. Лікувальні ванни (вуглекислі, кисневі, перлинні) при температурі 35-36 °С, по 10-12 хв, через день.
2. Лікувальні душі (дощовий, циркулярний) при температурі 35-36 °С з поступовим зниженням температури до 32 °С, по 3-5 хв, щоденно або через день.
3. Гальванічний комірць за Щербаком (катод на комірцевій ділянці).
4. Електрофорез кофеїну, кальцію, новокаїну на комірцеву ділянку.

При диспептичному больовому синдромі:

1. Лікувальні ванни (радонові, сульфідні – з концентрацією 10 мг/л, кисневі) при температурі 36-37 °С, по 10-12 хв.
2. Тюбаж теплою мінеральною водою (40-42 °С), 300-400 мл 2 рази на тиждень, курс 5-6 процедур.
3. Грязьові аплікації на ділянку правого підребер'я температурою 38-42 °С, по 30 хв, через день.
4. Гальваногрязь на ділянку правого підребер'я температурою 38 °С, сила струму 15 мА, по 12-15 хв.
5. УВЧ-терапія, індуктотермія, ДМХ-терапія на ділянку печінки.
6. Електрофорез (ампліпульсфорез) папаверину, новокаїну, магнію на праве підребер'я.

При залишкових проявах біохімічних синдромів, зокрема синдромі цитолізу і печінкової недостатності:

1. Лікувальні ванни (вуглекислі, радонові, кисневі) при температурі 35-36 °С, по 10-12 хв, через день.
2. Лікувальні душі (дощовий, віялоподібний) при температурі 36-37 °С по 3-5 хв, через день.
3. Гальваногрязь, електрофорез грязьового розчину на ділянку правого підребер'я температурою 38 °С, сила струму 20-25 мА, по 12-15 хв.
4. Тюбаж теплою мінеральною водою (40-42 °С), 300-400 мл 2 рази на тиждень, курс 5-6 процедур.
5. Ампліпульстерапія ділянки правого підребер'я.
6. Магнітотерапія на ділянку печінки.
7. Ультразвукова терапія на праве підребер'я та паравертебрально.

При залишковому мезенхімально-запальному синдромі:

1. Лікувальні ванни (радонові, вуглекислі, йодобромні) при температурі 36-37 °С, по 10-12 хв.
2. Грязьові аплікації на ділянку правого підребер'я і сегментарною температурою 38 °С, по 30 хв, через день.

3. Гальваногрязь (електрофорез грязьового розчину) на ділянку печінки температурою 38 °С, сила струму 15 мА, по 12-15 хв.
4. УВЧ-терапія, СИХ-, ДМХ-терапія на ділянку печінки слаботепловими дозами.
5. Магнітотерапія печінки магнітною індукцією 30 мТл.

При холестатичному синдромі:

1. Лікувальні ванни (радонові, йодобромні, кисневі) при температурі 36-37 °С, по 10-12 хв.
2. Грязеві аплікації на ділянку правого підребер'я температурою 38-42 °С, по 30 хв, через день.
3. Тюбаж гарячою мінеральною водою (42-44 °С), 300-500 мл зранку 2 рази на тиждень, курс 5-6 процедур.
4. Електрофорез спазмолітиків (папаверин, но-шпа), новокаїну, магнію на праве підребер'я.
5. УВЧ-терапія, індуктотермія, СМХ-, ДМХ-терапія на ділянку печінки.
6. Індуктотермія на ділянку правого підребер'я і паравертебрально справа на рівні хребців Th_{VI}-Th_{IX}.
7. Кисневі коктейлі з жовчогінними травами.

При дискінезії жовчовивідних шляхів за гіперкінетичним типом:

1. Лікувальні ванни (перлинні, кисневі, хвойні, радонові) при температурі 36-37 °С, по 10-12 хв.
2. Дощовий душ температурою 36-37 °С, по 3-5 хв.
3. Грязеві аплікації на ділянку правого підребер'я температурою 38-42 °С, по 20-30 хв.
4. Тюбаж гарячою мінеральною водою (42-44 °С), 300-500 мл зранку 2 рази на тиждень, курс 5-6 процедур.
5. Електрофорез спазмолітиків (папаверин, но-шпа) на праве підребер'я.
6. Діадинамо- і ампліпульстерапія на ділянку правого підребер'я за спазмолітичною методикою: діадинамотерапія (двотактний безперервний струм зі зміною полярності електродів по 3 хв); ампліпульстерапія (режим змінний, II вид струму, частота модуляції 70 Гц, глибина модуляції 50-75 %, тривалістю 10-12 хв, щоденно, 10-12 процедур на курс лікування).
7. УВЧ-терапія, СМХ-, ДМХ-терапія на ділянку правого підребер'я у слаботепловій дозі.
8. Індуктотермія (грязева індуктотермія) на ділянку правого підребер'я.
9. Кисневі коктейлі з жовчогінними травами.

При дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом:

1. Лікувальні ванни (вуглекислі, хлоридні натрієві, радонові) при температурі 36-37 °С, по 10-12 хв.
2. Лікувальний душ (циркулярний, віялоподібний).

3. Тюбаж теплою мінеральною водою (40-42 °С), 300-500 мл зранку 2 рази на тиждень, курс 5-6 процедур.

4. Електрофорез кальцію, магнію на праве підребер'я.

5. Діадинамотерапія на ділянку правого підребер'я за тонізуючою методикою: однотактний безперервний струм, хвильовий або "ритм синкопу" на праве підребер'я (5-7 хв); ампліпульстерапія: режим випрямлений, III вид струму, частота модуляції 100 Гц, глибина модуляції 50-75 %; згодом – II вид струму, 100 Гц, 50-100 % щоденно.

6. Кисневі коктейлі з жовчогінними травами.

При поєднанні кількох синдромів лікувальний комплекс підбирають індивідуально.

Хронічний холецистит

Лікарняний період реабілітації

Госпіталізація хворих на хронічний холецистит проводиться при загостренні патологічного процесу. Хворим призначають **дієтотерапію** (дієта № 5, 5а) з обмеженням вживання екстрактивних речовин, продуктів, багатих на холестерин, та виключенням смажених і копчених страв. Застосовують активну **медикаментозну терапію** (М-холінолітики, спазмолітики, холекінетики, холеретики, антибактеріальна терапія).

Приєднання холангіту потребує подібного лікування, але з акцентом на ефективну антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію. При загостренні хронічного калькульозного холециститу необхідні інтенсивна терапія та консультація хірурга. Показаннями до **оперативного лікування** хворих на хронічний холецистит (ХХ) є наявність каменів у жовчному міхурі, що супроводжується тяжкими больовими нападами та тривалою жовтяницею (більше 2-3 днів), жовчна коліка з активною інфекцією, що не піддається активній медикаментозній терапії, гнійний холецистит, хронічна емпієма або водянка жовчного міхура, холецистопанкреатит, відключений жовчний міхур.

Успішне лікування хворого в стаціонарі дозволяє перевести його на поліклінічний етап, де він повинен перебувати під постійним диспансерним спостереженням.

Диспансерний етап

Пацієнт продовжує отримувати лікувальне харчування (дієта № 5); лікування жовчогінними, спазмолітиками та іншими препаратами за показаннями; двічі або тричі на рік проводиться курс лікування пляшкови-ми мінеральними водами (моршинська, смірновська, боржомі тощо). Крім того, хворому проводяться лікувальні тюбажі.

Санаторний етап

Санаторно-курортне лікування показано хворим на хронічний холецистит без схильності до частих загострень, в період ремісії. Показані ті ж курорти з питними мінеральними водами і лікувальними грязями, що і для хворих на хронічний гепатит.

Провідну роль мають питні мінеральні води, які стимулюють процеси жовчоутворення та жовчовиділення. Разом з посиленням током жовчі з жовчного міхура і жовчовивідних шляхів елімінуються патогенна мікрофлора, продукти запалення, посилюється виведення жовчних пігментів. Одночасно покращуються фізико-хімічні властивості жовчі, а також функціональний стан печінки, підшлункової залози та інших органів травлення. Хворим показані курорти з питними мінеральними водами: вуглекислими гідрокарбонатними натрієвими, вуглекислими гідрокарбонатно-натрієво-кальцієвими, вуглекислими гідрокарбонатно-хлоридно-натрієвими, гідрокарбонатними кальцієвими, сульфатними кальцієво-магнієво-натрієвими та ін.

Ефективне також грязелікування будь-якими типами грязей. Звичайно на курортах грязьові аплікації чергуються з соляно-лужними, вуглекислими, хвойними або радоновими (40 нКи/л) ваннами. Можливість застосування сульфідних ванн обговорюється.

Хворим на калькульозний холецистит (*поза загостренням та без частих нападів печінкової коліки або інших ускладнень захворювання*) також показано курортне лікування, хоча сподіватися на розчинення та відходження усіх (або більшості) конкрементів особливих підстав немає. Можливе відходження одиничних дрібних конкрементів (до 1,5 см), що не може вважатися одужанням. Більше того, застосування курортних факторів може призвести до посилення рухової активності жовчного міхура, міграції камінця, защемлення його в жовчних ходах з виникненням блокади жовчних шляхів та жовчної коліки. Однак, питне вживання мінеральних вод сприяє зменшенню застою в жовчному міхурі, приводить до зменшення запального процесу в ньому та має ряд інших лікувальних ефектів. Тому бальнеопитна терапія є основним методом лікування таких хворих. Призначають пиття мінеральних вод в теплому або гарячому вигляді 3 рази на добу по 1 склянці. Обережно можна застосовувати грязьові аплікації за мітигованим типом (зниженої температури). Призначають також гальваногрязь, електрофорез 10 % розчину сульфату магнію, мінеральні, хвойні або радонові ванни.

Відновне лікування хворих після холецистектомії. Показане застосування фізичних факторів у якомога ранні строки (1,5-3 тижні після оперативного втручання) при задовільному загальному стані пацієнта і відсутності хірургічних ускладнень операції. На сьогодні доведено, що *чим раніше прооперований пацієнт починає отримувати бальнеологічні фактори, тим швидше відновлюється функціональна здатність печінки, підшлункової*

залози та інших органів травлення і тим швидше хворі повертаються до трудової діяльності. Поряд з дієтою та прийманням мінеральних вод (до 1 склянки тричі на день за 1 год до їди в підігрітому вигляді) призначають СМС-, ДМХ-терапію, ультразвукову, магнітотерапію печінки поперечно в середньотерапевтичних дозуваннях. Лікувальне харчування, ЛФК, масаж застосовують як і для інших хворих з патологією гепатобіліарної системи, але з урахуванням загального стану пацієнта, а також стану післяопераційної рани. Починають відновне лікування у спеціалізованому реабілітаційному відділенні стаціонару, а пізніше – у місцевому санаторії (через 1 місяць) та на бальнеологічному курорті (через 2 місяці) при задовільному загальному стані пацієнта та сформованому післяопераційному рубці.

Професійна та соціальна реабілітація при захворюваннях системи травлення. При оцінці працездатності враховують клінічний перебіг захворювання, його тяжкість, ускладнення, супутні захворювання та індивідуальні особливості хворого. В період загострення хворий тимчасово непрацездатний. У випадку стійкої втрати працездатності призначається група інвалідності.

Відновлення трудової діяльності повинно передбачати, перш за все, строгу регламентацію тривалості і тяжкості праці, обов'язкове використання обідньої перерви не тільки для приймання їжі, але і для відпочинку, виключення нервово-психічного перенавантаження, робіт в нічну зміну та пов'язаних з професійними шкідливими факторами, тривалих відряджень.

Разом з лікуючим лікарем хворому необхідно відрегулювати режим харчування, режим праці і відпочинку, стосунки в сім'ї, які б попереджували психічні перевантаження. Категорично забороняється куріння та вживання алкоголю.

При клініко-експертній оцінці працездатності осіб, що перенесли різні види оперативного втручання з приводу виразкової хвороби шлунка, враховують: ступінь проявів і стабільності клініко-функціональних ускладнень, їх поєднання; ступінь проявів і стабільність захворювань шлунка, кишечника, печінки, підшлункової залози (в першу чергу стан функціональної повноцінності органів), їх поєднання; стан фізіологічної компенсації органів системи травлення в цілому; ступінь адаптаційно-компенсаторних можливостей пацієнта у виробничих умовах (ступінь збереження фізичної і професійної працездатності в своїй професії); толерантність до фізичного навантаження і фізична працездатність (за даними велоергометрії); психоемоційна установка хворого на працю; особливості професійно-виробничих факторів (вид і зміст професії, категорія тяжкості і напруження праці, санітарно-гігієнічні умови на робочому місці); соціальні фактори (вік, освіта, трудовий стаж, матеріально-побутові умови тощо); фактори ризику: нічні зміни, відсутність можливості дотримуватися режиму харчування, часті і тривалі відрядження, віддаленість виробництва від місця проживання тощо).

Профілактика захворювань системи травлення. Важливе значення в профілактиці захворювань системи травлення має здоровий спосіб життя: раціональне, збалансоване, повноцінне харчування; відмова від куріння і вживання алкоголю; заняття фізичною культурою та спортом; правильно організований режим праці і відпочинку.

Профілактичне значення має задовільний стан жувального апарата, ретельне пережовування їжі, своєчасне лікування гострих і хронічних інфекційних захворювань, санація ротової порожнини, зміцнення нервової системи, проведення загальних санітарно-гігієнічних заходів.

Особливу роль в профілактиці відіграє система державного контролю за якістю продовольчої сировини, виготовленням та реалізацією продуктів харчування (держстандарт, санепідемстанції, ветеринарна медицина тощо).

3.2.4. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях дихальної системи

Бронхіальна астма

Лікарняний період реабілітації

Госпіталізація хворих на бронхіальну астму проводиться у випадку загострення основного захворювання, з метою санації вогнищ інфекції, лікування супутньої патології, а також для підбору препаратів і доз базисної терапії астми. На сьогодні існують основні стандарти медикаментозного лікування бронхіальної астми залежно від її ступеня тяжкості. Базисним для бронхіальної астми (БА) є **медикаментозне лікування**: мембраностабілізатори (кромоглікат або недокроміл натрію) на ранніх ступенях та інгаляційні глюкокортикостероїди (беклометазону дипропіонат, будесонід, флунізолід) для всіх ступенів БА. За необхідності використовуються також бронходилататори короткої дії (фенотерол, сальбутамол, сальметерол, атровент та ін.), теофілін короткої і тривалої дії (амінофілін, теопек), а також антигістамінні засоби.

Дієтотерапія застосовується не лише у вигляді повноцінного (гіпоалергічного) харчування, але й розвантажувально-дієтичної терапії. Цей вид лікування необхідно проводити лише в умовах стаціонару при обов'язковій згоді хворого, і лише лікарем, який пройшов спеціальну підготовку. За Г.Б. Федосєєвим, Г.П. Хлопотовою (1988 р.), розвантажувально-дієтична терапія протипоказана хворим із значно зниженою масою тіла, під час вагітності, в період лактації, при наявності тяжких супутніх захворювань (онкологічні хвороби, туберкульоз, ниркова або печінкова недостатність).

Лікувальна фізкультура сприяє покращенню прохідності бронхів та нормалізації акту дихання. В період загострення (приступний період, ас-

тматичний стан) ЛФК не призначається. У позаприступний період використовують загальнозміцнювальні вправи для тулуба і кінцівок; вправи на розслаблення, виключення форсованого дихання (короткочасна вольова затримка дихання після звичайного видиху); дихальні вправи з плавним подовженим видихом; звукову дихальну гімнастику (вправи з вимовою різних звуків з одночасним виконанням вправ на розслаблення, а згодом – на згинання, розгинання тулуба, відведення і приведення кінцівок); тренування довільної регуляції дихання для освоєння правильного ритму дихання; вправи для видалення залишкового повітря в легенях, на підвищення еластичності грудної клітки.

Дозована ходьба призначається в період затухаючого загострення і ремісії захворювання. Метод полягає в чергуванні повільної і швидкої ходьби, темп якої пацієнт підбирає індивідуально. Відстань, яку хворий повинен пройти за 1 годину, збільшують від 3-6 км на початку занять до 4-10 км в кінці курсу лікування (Є.В. Стрельцова, 1978).

Вольове керування диханням за методом К.П.Бутейка полягає в тренуванні повільного і неглибокого (0,3-0,5 л) дихання, майже непомітного зовні. Тривалість вдиху – 2-3 с, видиху – 3-4 с. Частота дихань 6-8 за 1 хв є важливим елементом перебудови дихання і тренування затримок дихання після звичного видиху (лише в період ремісії). Зусиллям волі хворий повинен постійно, не менше 3-х годин на добу, в спокої чи під час руху зменшувати швидкість і глибину дихання.

Оволодіння методом правильного дихання в частині випадків може попередити напад бронхіальної астми, який насувається. Для цього пацієнт повинен дихати повільно, переважно використовуючи діафрагмально-черевний тип дихання з подовженою фазою вдиху і паузою після нього. Вправи дихальної гімнастики доцільно супроводжувати автотренінгом.

Покращує ефективність лікування доповнення його легким поверхневим **масажем** грудної клітки з елементами вібрації для покращення відходження харкотиння, особливо у “дренажних” положеннях. Використовується також сегментарно-рефлекторний масаж комірцевої зони, а також точковий, вакуумний (в тому числі банковий) масаж.

Фізіотерапія передбачає вплив на окремі патогенетичні ланки захворювання. Так, з метою зменшення бронхообструкції використовують інгаляції бронхолітиків, ультразвук або фонофорез еуфіліну на ділянку грудної клітки. Терапевтичний ефект інгаляційної терапії підвищується при використанні електроаерозолів лікарських речовин з негативним електричним зарядом. Крім того, останнім часом для інгаляційного введення не лише бронхолітиків, але й кисню або препаратів базисної терапії все ширше використовують небулайзери (сучасні пристрої, які перетворюють рідину на аерозоль та забезпечують доставку ліків у бронхолегеневу систему навіть тяжкохворим із значно зниженими резервами дихання).

При достатній прохідності бронхів для санації бронхіального дерева призначають інгаляції антибіотиків, антисептиків (фурациліну) в поєднанні з аерозолями бронхолітиків (еуфілін) та муколітиків (ацетилцистеїн). З цією ж метою проводять процедури УВЧ-терапії, індуктотермії, мікрохвильової терапії.

Для гіпосенсибілізації проводять загальне і місцеве ультрафіолетове опромінення, електрофорез кальцію ендоназально або загальний за Вермелем, інгаляції антигістамінних препаратів, гепарину, глюкокортикостероїдів, фонофорез гідрокортизону. Індуктотермія або ДМХ-терапія на ділянку надниркових залоз має не лише десенсибілізуючий, але й виражений протизапальний вплив. Найбільш значний протизапальний та десенсибілізуючий вплив має ультрафіолетове опромінення та УВЧ-терапія.

При відновленні прохідності бронхіального дерева значно покращує оксигенацію тканин і активує трофічні процеси в усіх органах і системах перспективний метод лікування – валкіонтерапія (синглетно-киснева терапія), яка може застосовуватися в позаприступний період усім хворим на БА.

При переважанні змін нервово-психічної сфери для впливу на центральну нервову систему застосовують **психотерапію**, автотренінг, рефлексотерапію, електросон, електроаналгезію. З метою регуляції вегетативних розладів використовують методи водолікування (ванни, душі, обливання, обтирання, закутування), сегментарну електротерапію (гальванізація комірцевої зони за Щербаком, гальванізація або імпульсна електротерапія за очно-потиличною методикою).

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

Завдання диспансерно-поліклінічного етапу спостереження за хворими на бронхіальну астму полягає у:

- досягненні і підтриманні повної клінічної ремісії БА;
- підвищенні працездатності хворих;
- формуванні адекватної психологічної реакції хворого на хворобу;
- профілактиці загострень захворювання (припинення куріння, загартування, кліматотерапія).

Продовжуючи лікування, яке розпочиналося на госпітальному етапі, розширюють ЛФК в усіх її формах (ранкова гігієнічна гімнастика, процедури ЛФК під керівництвом методиста або самостійні по заданих комплексах лікування). Рекомендуються участь у спеціальних групах здоров'я, заняття на стадіонах, поєднання ЛФК з масажем грудної клітки, раціональне загартування, ігри, прогулянки, виїзди на природу, купання, гребля, велосипедні прогулянки, лижні та ковзанярські заняття. До вищеприписаних форм ЛФК в період ремісії захворювання підключають біг підтюпцем. Відстань підбирається індивідуально. Основний критерій при-

пинення навантаження – підвищення ЧСС більше ніж на 24 уд. за 1 хв, збільшення частоти дихання більше ніж на 10 дихань за 1 хв. У всіх випадках необхідний лікарський контроль. Протирецидивну терапію необхідно проводити весною і восени, а також після перенесених гострих респіраторних захворювань. Поряд із базисною медикаментозною терапією до неї повинні включатися і реабілітаційні немедикаментозні методи (описані вище).

Санаторний етап

Санаторно-курортне лікування показане хворим на БА у період стійкої ремісії при відсутності вираженої дихальної, серцевої недостатності або суттєвих порушень з боку інших органів і систем, в теплу пору року, в місцевих профільних санаторіях та приморських і середньогірських кліматичних курортах (Південний берег Криму, Закарпаття, Кисловодськ).

Завдання санаторного та поліклінічного етапів збігаються, хоча є і деякі особливості. Так, санаторно-курортне лікування обмежене терміном путівки, поєднується з організованим відпочинком, базується на використанні природних лікувальних факторів, значною мірою залежить від адаптації хворого до нових умов середовища, у ньому переважають загальнотренувальні завдання.

Кліматотерапія є основою курортного лікування хворих на БА. Основна форма кліматотерапії – перебування хворого на відкритому повітрі, тривалі прогулянки (аеротерапія). Повітряні ванни сприяють загартуванню організму, знижують сенсибілізацію, особливо до холодного подразника. Гіпосенсибілізуючу дію мають і сонячні промені (геліотерапія). Сонячні ванни розсіяної радіації слабкого променевого навантаження доцільно проводити лише хворим з легким і помірним перебігом БА.

Організація **рухового режиму** і **ЛФК** потребує поступового підвищення рухової активності хворих від щадного до тонізуючого і в подальшому – тренуючого режиму за умови достатньої адаптації хворого. Основні форми ЛФК: лікувальна гімнастика, теренкур, лікувальне плавання; додаткові – ранкова гігієнічна гімнастика, туризм, пішохідні екскурсії та ігри.

В комплекс санаторного лікування БА доцільно включати **масаж** грудної клітки і комірцевої зони (класичний, точковий).

Процедури **фізіотерапії** (електролікування) проводяться подібно до диспансерно-поліклінічного етапу (див. вище).

Водолікування сприяє нормалізації функціональних резервів не лише бронхолегеневої, але й серцево-судинної системи і проводиться у вигляді вуглекислих, перлинних ванн, теплих душів малого тиску.

Процедури **теплотолікування** проводяться у вигляді озокеритових, парафінових, грязьових аплікацій на ділянку грудної клітки і мають виражений протизапальний вплив.

У хворих з астеноневротичними розладами застосовують методи **психотерапії**, в першу чергу, автотренінг, рефлексотерапію. Усім хворим доцільно застосовувати методи ландшафто-, бібліо-, музикотерапії, які врівноважують процеси гальмування і збудження у ЦНС.

Хворим на БА без вираженого запального процесу у бронхах з легким або помірним перебігом захворювання показане лікування **мікрокліматом соляних шахт** (курорт Солотвино Закарпатської області) з їх чистим, без алергенів та бактеріальної флори повітрям, насиченим іонами хлориду натрію.

Курс лікування для вказаного контингенту хворих починається з 4-денної акліматизації до клімату с.Солотвино і поступовим нарощуванням тривалості перебування у копальнях: 1-й спуск – 3 год; 2-й спуск – 5 год; 3-й день – перерва; 4-й спуск – 5 год; 5-й спуск – 12 год; 6-й день – перерва, після чого – 14-16 щоденних 12-годинних спусків у підземне відділення. Останні 2-3 сеанси, як правило, скорочуються до 5 год. Весь курс лікування складає 20-24 сеанси.

Пацієнтам з бронхіальною астмою тяжкого перебігу, компенсованою, без значної дихальної недостатності (так звана контрольована астма) призначають щадний режим: 5-годинні щоденні спуски або по 12 год через день. У випадку погіршення стану спуски тимчасово припиняють і проводять медикаментозну корекцію.

Лікування у соляних шахтах протипоказане хворим з тяжким неконтрольованим перебігом астми, при наявності виражених морфологічних змін в бронхах і легенях (емфізема, пневмосклероз та ін.), легеневої недостатності III ст. або тяжкої супутньої патології.

Достатньо ефективними в лікуванні БА є карстові печери – спелеотерапія та камери штучного мікроклімату – галотерапія, яка може використовуватися не лише на санаторно-курортному, але й поліклінічному етапі реабілітації. Ще одним різновидом мікроклімату, створеного штучно, є гіпобаротерапія (баротерапія з пониженим атмосферним тиском) або її природний аналог – перебування в умовах середньо- і високогір'я. Вказані методи лікування можна застосовувати хворим з незначними порушеннями вентиляції легенів і в період стійкої ремісії.

Профілактика бронхіальної астми. Первинна профілактика включає заходи, спрямовані на ліквідацію факторів ризику розвитку захворювання (куріння, забруднення довкілля, сенсibiliзація організму), а також виявлення осіб з ознаками загрози виникнення астми (обтяжена спадковість по бронхіальній астмі та алергічних захворюваннях). Засобами первинної профілактики є ретельне спостереження за вагітними, перебігом пологів, вигодовуванням дитини. Важливим є виявлення і своєчасне лікування хронічних вогнищ інфекції, адекватне застосування антибіотиків.

Вторинна профілактика включає заходи, які проводяться в міжприсутний період і спрямовані на попередження загострення захворювання:

максимальне обмеження контакту з алергенами, гіпосенсибілізуюча дієта, ретельна чистка матраців, заміна подушок і ковдр з пір'я або пуху на поролоніві. У помешканні хворого на БА не повинно бути килимів, чучел птахів, тварин, шерстяних ковдр, відкритих полиць із книгами; обов'язкове щоденне вологе прибирання приміщення.

Працетерапію використовують для відновлення і підтримання працездатності та психоемоційного статусу організму. Рекомендують різні види трудової діяльності на відкритому повітрі, невеликої інтенсивності, з перервами, уникаючи втоми. Протипоказані роботи, пов'язані з контактом із алергенами (під час цвітіння дерев та інших рослин).

Професійна реабілітація. При працевлаштуванні хворого БА слід враховувати шкідливі фактори на виробництві: протипоказані роботи, пов'язані з агресивними факторами зовнішнього середовища (спека, холод, вітер, дощ); інгаляціями виробничих алергенів, хімічних та механічних інградієнтів; холодним, гарячим, сухим повітрям; нервово-психічними та фізичними перевантаженнями.

Лікарсько-трудова експертиза. Загострення БА призводять до тимчасової втрати працездатності хворого; часте повторення загострень, прогресуючий перебіг захворювання, як правило, потребує переведення пацієнта на групу інвалідності. Трудову експертизу у хворих на БА проводять у разі частих рецидивуючих або тривалих, затяжних нападів ядухи, клінічно вираженої хронічної недостатності легенів і кровообігу, а також коли перебіг основного захворювання ускладнюється емфіземою легенів, астматичним статусом, гормональною залежністю або бронхіальна астма перебігає на фоні хронічного запального процесу в легенях.

При легких нечастих нападах ядухи хворого необхідно захистити від впливу несприятливих метеорологічних умов, алергічних факторів. Хворим протипоказані види трудової діяльності, при яких несподіване припинення роботи, зумовлене нападом ядухи, є небезпечним для самого хворого, оточуючих чи виробничого процесу (водії транспорту, кранівники, робота на конвеєрі тощо). Осіб молодого віку, які вже почали трудову діяльність і виконували протипоказану їм роботу, необхідно направляти на перенавчання. Важливе значення має професійна орієнтація дітей із захворюваннями системи дихання щодо вибору майбутньої професії.

Хворим з легкими, але частими нападами ядухи призначають III групу інвалідності, при нечастих нападах середньої тяжкості вони можуть бути працездатними або переведеними на III групу інвалідності, а в тих випадках, коли напади ядухи кваліфікуються як середньої тяжкості і часто повторюються, хворого можуть перевести на II групу інвалідності.

Хворі з тяжкими нападами бронхіальної астми, частим астматичним статусом, а також дихальною недостатністю III ступеня і недостатністю кровообігу II-III стадії є інвалідами II групи, а в разі необхідності стороннього догляду – I групи.

Пневмонія

Для зручності проведення реабілітації хворих на пневмонію використовують поділ перебігу хвороби на 4 періоди за К.Г. Нікуліним (1977): I – бактерійної агресії, II – клінічної стабілізації, III – морфологічного відновлення та IV – функціонального відновлення. Періоди (етапи, фази) захворювання визначають на основі результатів клініко-рентгенологічного та бактеріоскопічного дослідження. Пацієнти в гострій фазі пневмонії (I, II періоди) повинні лікуватися в стаціонарі. Лише при легкому і неускладненому перебігу хвороби терапія може проводитися вдома при умові динамічного лікарського нагляду і адекватного лікування. Хворим на пневмонію тяжкого перебігу, з ускладненнями або у ослаблених пацієнтів стаціонарне лікування обов'язкове.

III та IV періоди захворювання можуть проходити як в спеціалізованих лікувальних установах (реабілітаційний центр, відділення поліклініки, місцевий або центральний санаторій, санаторій-профілакторій, будинок відпочинку), так і в домашніх умовах (обов'язково під динамічним лікарським контролем).

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі основними завданнями лікування є:

- етіотропна медикаментозна терапія;
- активна патогенетична терапія, в тому числі фізіотерапія;
- профілактика наслідків гіпокнезії, покращення вентиляції легенів та дренажної функції бронхів, – кінезотерапія, масаж;
- формування адекватної психологічної реакції пацієнта на хворобу (психотерапія).

Базисним для хворих на пневмонію є **медикаментозне лікування**, в першу чергу, антибактеріальні препарати, які підбираються, враховуючи форму пневмонії (позалікарняна, нозокоміальна), а також чутливість збудника (якщо це можливо).

Режим у гострому періоді – ліжковий, при тяжкому перебігу пневмонії – строгий ліжковий. Необхідним є провітрювання палати, вологе прибирання двічі на день, сумлінний догляд за шкірою та порожниною рота хворого. **Харчування** пацієнта повинно бути повноцінним за складом, вітамінізованим, механічно та хімічно щадним, їжа приймається малими порціями, з вкороченими інтервалами між її прийманням. Забезпечується достатня кількість рідини (не менше 2-2,5 л на добу) у вигляді фруктових соків, столових мінеральних вод. Приймання алкоголю заборонене.

Показання до застосування **лікувальною фізкультурою** визначають за загальним станом пацієнта. В гостру фазу захворювання проводять лікування положенням. Хворому рекомендують лежати на здоровому боці 3-4 години в день з валиком під грудною кліткою, періодично переверта-

ючись на живіт. Доцільно застосовувати положення на спині з розвантаженням ураженого боку (рука ураженого боку піднята догори і повернута назовні). Раціональні пози сприяють рівномірному вентиляванню легенів і попереджують розвиток спайок. Разом з тим, поступово підключають статичні вправи для посилення вдиху та видиху. Призначення дихальних вправ з подальшим розширенням рухової активності доцільне вже з 2-3 дня після зниження температури тіла. Хворого слід навчити правильному диханню з глибоким вдихом через ніс і повільним повним видихом через рот, з активним включенням діафрагмального дихання (черевний і нижньогрудний типи дихання).

При накопиченні бронхіального слизу і утрудненому його видаленні з легенів застосовують положення дренажного типу, в тому числі з опущеним головним кінцем з поворотом на здоровий бік та ін. (залежно від локалізації вогнища запалення). Описану дренажну гімнастику слід поєднувати з форсованим відкашлюванням і постукуванням по грудній клітці в ділянці вогнища ураження.

З метою впливу на бронхообструкцію необхідно обов'язково вводити вправи загальнотренувального характеру та *резистивний дихальний тренінг*. Тренінг здійснюють за допомогою спеціальних тренажерів, які створюють регульований опір вдиху і видиху; вправ на подовження видиху; вправ з видихом через стиснуті губи (ніс) або через трубку, кінець якої введено в посудину з водою; звукової гімнастики; надування еластичних емкостей (гумові іграшки, кульки).

При покращенні загального стану хворого до комплексу ЛФК включають динамічні вправи для рук і ніг з поступовим поглибленим диханням, продовжуючи резистивний дихальний тренінг. Перед випискою включають загальнотренувальні вправи, пов'язані з ходьбою або зі снарядами.

Фізіотерапевтичне лікування повинно починатися вже у першу фазу захворювання, оскільки, до прикладу, застосування інгаляцій антибіотиків посилює антибактеріальну дію препаратів, уведених всередину або парентерально. Збільшує концентрацію препарату у вогнищі запалення і внутрішньоорганний електрофорез (поперечна гальванізація грудної клітки з накладанням електродів на ділянку пневмонічного фокусу, проведена після введення антибактеріального препарату у вигляді аерозолу або іншим способом).

Для інгаляцій широко використовують різні типи інгаляторів, які забезпечують високий ступінь дисперсності розчинів лікарських речовин і, відповідно, проникнення їх у альвеоли. Застосовують аерозолі не лише антибіотиків (пеніцилін, ровамідин, гентаміцин та ін.), сульфаніламідів, але й еуфіліну, атропіну, папаверину та інших бронхолітиків для покращення дренажної функції бронхів і вентиляції легенів. З метою покращення виведення з дихальних шляхів слизу призначають тепловолі інгаляції фізіологічного розчину (0,9 % натрію хлориду) або 2 % розчину гідрокарбонату натрію.

У другій фазі захворювання (сформований запальний інфільтрат) пацієнтам проводиться активне протизапальне, в тому числі фізіотерапевтичне лікування. Як гальванізація легенів, так і, більшою мірою, електрофорез (діадинамофорез, ампліпульс-електрофорез) лікарських речовин (солей кальцію або магнію, діоніну, гепарину, еуфіліну) сприяють розсмоктуванню запального інфільтрату, зменшенню больового синдрому, покращенню відходження харкотиння. Виражену протизапальну, бактеріостатичну, імуностимулюючу дію має УВЧ-терапія, яка використовується у хворих на пневмонію у II періоді у слаботеплових дозуваннях.

Регресу запальних явищ та активному відновленню легеневої тканини сприяють ультразвукова терапія, індуктотермія і мікрохвильова терапія (ДМХ- і СМХ-терапія). Ці процедури призначають в третій стадії захворювання, використовуючи малі і середньотеплові дози впливу. Ультрафіолетове опромінення грудної клітки сприяє не лише зворотному розвитку запалення, але й має виражений десенсибілізуючий вплив, тому особливо показано хворим з алергічним анамнезом. Крім того, УФО слизових оболонок носа, зівя або мигдаликів проводять хворим з наявністю вірусної інфекції або з метою санації вогнищ інфекції.

Прискорюють розсмоктування запального інфільтрату в легенях процедури озокерито-, парафінотерапії, сухі теплі укутування, опромінення лампою соллюкс. З цією ж метою, а особливо у хворих із затяжним перебігом пневмонії, застосовують аплікації торф'яної або мулової грязі.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

Головною метою на усіх етапах реабілітації реконвалесцентів пневмонії є попередження хронізації процесу та забезпечення повної морфологічної та функціональної реституції органів дихання, по можливості досягнути повного біологічного видужання.

Основними завданнями лікування поліклінічного етапу є:

- при наявності залишкових запальних явищ – протизапальна терапія, в тому числі фізіотерапія;
- при наявності бронхообструкції – покращення вентиляції легенів та дренажної функції бронхів – коригуюча ЛФК, масаж (в т.ч. вібраційний), ультразвук, інгаляції бронхолітичних сумішей;
- психологічна установка на повне біологічне видужання;
- при повному клінічному одужанні – фізіопротекція (загартування, припинення куріння, кліматотерапія).

Слід зазначити, що повне біологічне відновлення після перенесеної пневмонії – процес тривалий і може затягуватися до 6-12 місяців. Саме тому для диспансеризації реконвалесцентів відводиться 6-12-місячний період для спостереження і лікування. При наявності ускладнень цей термін може бути подовжений.

В період диспансерного спостереження, особливо протягом перших 2 місяців, повинні бути виключені професійні шкідливості, куріння, переохолодження, необхідно забезпечити контрольоване загартування організму та раціональне лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій. Якщо на госпітальному етапі було досягнуто практично повне органічне і функціональне відновлення, реконвалесценти підлягають плановому динамічному спостереженню, контрольованому загартуванню, фізичному тренуванню. Рентгенівське дослідження органів грудної клітки, загальний аналіз крові, сечі і харкотиння проводять через 3 місяці після виписки із стаціонару. 1 раз на 3 місяці пацієнт має бути оглянутий терапевтом. Термін спостереження для цієї групи не повинен перевищувати 6 місяців.

Хворим із сповільненим відновленням функції зовнішнього дихання та прохідності бронхів (як правило, у пацієнтів із супутньою патологією бронхолегеневої системи) показана дихальна гімнастика з поступовим нарощуванням інтенсивності загальноукріплюючих вправ для усіх м'язових груп. Продовжують застосовувати вправи на подовження видиху, звукову гімнастику, видих через стиснуті губи або через трубку, опущену у воду, використовують спеціальні тренажери, які створюють дозований опір видиху. Призначають також масаж грудної клітки, інгаляції бронхолітичних препаратів (еуфілін, папаверин, платифілін) або сумішей. Найбільш ефективними фізіотерапевтичними процедурами у таких хворих є ультразвук або фонофорез еуфіліну, вакуумний масаж.

Пацієнти з переважанням астеновегетативних порушень (загальне нездужання, підвищена втомлюваність, знижена толерантність до фізичного і розумового навантаження, субфебрилітет, порушення судинного тону та ін.) потребують додаткового спостереження невропатолога. В першу чергу, необхідно в'ясувати причину субфебрилітету. **Якщо показники запального процесу (за загальним аналізом крові, гострофазові показники запалення в біохімічному аналізі крові) вказують на його відсутність, а проба з протизапальними препаратами негативна, слід розцінювати загальну астенизацію і субфебрилітет як прояви астеновегетативного синдрому і ні в якому разі не продовжувати антибактеріальну терапію, яка в даному випадку буде лише поглиблювати виснаження вегетативної нервової системи.** З метою лікування таких хворих доцільно застосувати адаптогени, біостимулятори, вітаміни (ехінацея, китайський лимонник, елеутерокок, алое, женьшень та ін). Позитивний вплив мають ЛФК в загальнотренувальному режимі, стимулювальний масаж. Ефективним є фізіотерапевтичне лікування, – кальцій-електрофорез на комірцеву зону, електросон, мінеральні ванни, душі. Підвищує результат лікування і раціональна психотерапія, автотренінг, рефлексотерапія.

Хворі на пневмонію, яка перебігає на фоні супутнього хронічного бронхіту, як правило, підлягають особливій увазі лікаря, оскільки у них не лише часто загострюється бронхіт, але й пневмонія перебігає значно тяж-

че. Оскільки патогенетичне лікування загострень бронхіту і пневмонії має багато спільного, у таких пацієнтів слід звернути особливу увагу на прохідність бронхіального дерева. З метою підвищення дренажної функції бронхів додатково можуть використовуватися інгаляційні бронходилататори (беротек, беродуал, сальбутамол, сальметерол, атровент та ін.).

Санаторний етап

В системі оздоровлення хворих на пневмонію обов'язковий санаторно-курортний етап як продовження стаціонарного лікування непередбачений. Однак, хворим на затяжну пневмонію (тривалість більше 8 тижнів) із залишковими явищами показане подальше санаторно-курортне лікування у місцевих санаторіях або на кліматичних курортах (Чорноморська група курортів, гірські курорти, курорти степової та лісостепової зони). Пацієнтам з неускладненим перебігом пневмонії рекомендоване лікування в санаторному відділенні реабілітаційного типу вже з 4-го тижня від початку захворювання. Через 2-3 місяці після пневмонії хворий може бути направлений на спеціалізований кліматичний курорт. При повному одужанні можна обмежитися організованим відпочинком, – турбаза, будинок відпочинку. Хворим, які перенесли затяжну пневмонію, показане лікування в умовах м'якого щадного клімату у сприятливу пору року. Реконвалесценти з переважанням астеничних явищ направляються на гірські кліматичні та лісові курорти.

Визначення **клімато-рухового режиму** проводиться залежно від загального стану пацієнта, його адаптації до нових кліматичних умов. Починають, як правило, для усіх хворих, зі щадного режиму, поступово переводячи їх на тонізуючий, а за умови швидкої ефективної кліматоадаптації, – і на тренувальний режим. Застосовують аеротерапію – денне або цілодобове перебування хворих на верандах, денний або нічний сон на свіжому повітрі (у теплий період), повітряні ванни, геліотерапію розсіяними променями з помірним променевим навантаженням.

Лікувальну фізкультуру якомога більше проводять на свіжому повітрі, використовуючи вправи дихальної гімнастики, направлені на ліквідацію обструкції, покращення дренажної функції, посилення рівномірної вентиляції легенів у поєднанні із загальнорозвиваючими вправами. Широко використовують спортивні ігри, ближній туризм, греблю та лікувальне плавання.

Пацієнтам із залишковими явищами запального характеру або вогнищевим пневмосклерозом показані **фізіотерапевтичні** процедури (УВЧ, індуктотермія, мікрохвильова терапія, грязьові аплікації). Якщо переважають залишкові явища бронхообструктивного типу, рекомендують тепловологі інгаляції морської води, аерозолів бронхолітичних або муколітичних засобів. Хворим з явищами астенії і вегето-судинної дистонії проводять масаж грудної клітки, електрофорез кальцію, магнію або седативних

засобів на комірцеву зону, процедури водолікування (седативного або тонізуючого типу, залежно від переважання процесів збудження чи гальмування). Усім хворим можуть призначатися морські, кисневі, перлинні ванни.

Працетерапію як основний метод **професійної реабілітації** використовують для відновлення і підтримання працездатності, покращення функції органів дихання. Рекомендують різні види трудової діяльності невеликої інтенсивності, особливо на відкритому повітрі. Протипоказані роботи, пов'язані із переохолодженням чи перегріванням організму, перебуванням у запиленому приміщенні, високою вологістю та іншими несприятливими факторами середовища.

Лікарсько-трудова експертиза хворих пульмонологічного профілю. В процесі реабілітації хворих на пневмонію орієнтуються на *повне клінічне виліковування* – стійка (не менше 6-12 місяців після курсового етіопатогенетичного лікування) ліквідація запального процесу в легенях, яка підтверджена інструментально-лабораторними дослідженнями. У випадку успішного лікування неускладненої пневмонії пацієнти потребують лише тимчасової непрацездатності на період стаціонарного етапу та частково – на диспансерно-амбулаторному етапі.

Особливого підходу потребують пацієнти з ускладненим перебігом пневмонії та хворі, у яких пневмонія виникає на фоні хронічного захворювання бронхолегеневої системи або іншого хронічного захворювання. Для них трудовий прогноз залежить від клінічних проявів захворювання, фази, перебігу хвороби, ступеня вираженості дихальної недостатності, толерантності до фізичного навантаження, характеру основної професії, санітарно-гігієнічних умов праці.

Такі хворі можуть працювати в чистому, сухому, теплому приміщенні, повітря якого не містить промислових отрут і алергенів. Ступінь навантаження залежить від вираженості порушень дихання і кровообігу. При дихальній недостатності I ступеня протипоказане значне, навіть тимчасове, фізичне навантаження. Дихальна недостатність II ступеня передбачає можливість роботи біля місця проживання без значного фізичного і психоемоційного навантаження. Хворим з недостатністю III ступеня рекомендується лише легка надомна праця.

Якщо професія хворого з недостатністю дихання I ступеня пов'язана з такими виробничими факторами, як несприятливі метеорологічні і санітарно-гігієнічні умови, значне фізичне і психоемоційне навантаження, то його визнають обмежено працездатним і призначають III групу інвалідності. При недостатності дихання II ступеня лише частина хворих молодого віку, які мають освіту і високу кваліфікацію, можуть вважатися обмежено працездатними. Усі інші хворі до професійної діяльності непридатні (III група інвалідності). При недостатності дихання II-III ступеня і недостатності кровообігу ІА-ІІБ стадії хворі є інвалідами II групи, а при

недостатності кровообігу ІІБ-ІІІ стадії – потребують стороннього догляду (інваліди І групи). В Україні створена спеціалізована служба надомного обслуговування одиноких непрацездатних громадян, однак, вона потребує подальшого вдосконалення.

Після резекції легень мінімальний термін для включення в трудову діяльність – 3 місяці. З метою адаптації до праці доцільне тимчасове переведення хворих, які перенесли резекцію легень, на полегшену роботу з видачею листка непрацездатності, завдяки чому заробітна платня не зменшується. Чим вища кваліфікація працівника, тим більша можливість його працевлаштування. Швидше адаптуються до праці після оперативних втручань люди молодого віку. Переохолодження, робота в нічну зміну, недосипання негативно впливають на трудову реабілітацію.

Побутова реабілітація осіб, що перенесли резекцію легень включає обслуговування самого себе, своєї сім'ї, ведення домашнього господарства.

Враховуючи, що відновлення основних життєво важливих функцій відбувається в середньому через один рік після резекції легень, вагітність і пологи необхідно рекомендувати не раніше, ніж через 2 роки після сприятливого перебігу післяопераційного періоду.

Профілактика захворювань системи дихання. Профілактика гострих запальних процесів системи дихання передбачає загальні оздоровчі і гігієнічні заходи. До них належать боротьба з алкоголізмом та курінням, дотримання правильного режиму праці і відпочинку, загартування організму, дозоване фізичне навантаження, гігієна житла, особиста гігієна.

Важливе значення має попередження гострих респіраторних інфекцій, своєчасне і наполегливе лікування захворювань верхніх дихальних шляхів: риніту, синуситу, тонзиліту, фарингіту; видалення поліпів, виправлення носової перегородки при її викривленні. В профілактиці виникнення хронічних захворювань бронхо-легеневої системи має своєчасне і високоефективне лікування гострих запальних процесів дихальної системи.

Важливу роль в попередженні захворювань системи дихання мають державні санітарно-гігієнічні заходи, спрямовані на охорону довкілля (уловлювання шкідливих газів промислових підприємств, боротьба з підвищеною запиленістю повітря), створення необхідних умов праці на виробництві.

3.2.5. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях ендокринної системи

Цукровий діабет

Проблема цукрового діабету (ЦД) викликає занепокоєння фахівців в усьому світі, вважається, що ми перебуваємо на шляху до глобальної епідемії

діабету. Згідно з даними ВООЗ, у 1985 році в усьому світі нараховувалося близько 30 мільйонів чоловік, які страждають на діабет, десять років потому – 135 мільйонів, у 2000 році – 177 мільйонів, а до 2025 року ця цифра подвоїться. Сьогодні дві третини всіх діабетиків проживають у розвинутих країнах; за рік 4 мільйони смертей в усьому світі настає через діабет. Витрати на лікування діабету і супутніх захворювань тільки в США в 1997 році склали більше 44 мільярдів доларів. У деяких країнах витрати на лікування діабету є основною частиною усіх витрат на охорону здоров'я.

Для боротьби з цим серйозним захворюванням створено Програму по цукровому діабету ВООЗ, у багатьох цивілізованих країнах прийняті алгоритми діагностики і терапії цукрового діабету, використовуються сучасні засоби індивідуального контролю діабету. Так, сучасні таблетовані цукрознижуючі препарати й інсуліни дозволяють досягнути цільових рівнів основних показників компенсації діабету і знизити ризик ускладнень.

Основні завдання, які ставляться при лікуванні хворих на ЦД:

- компенсація дефіциту інсуліну;
- корекція гормонально-метаболічних порушень;
- попередження і лікування пізніх ускладнень ЦД;

Ці принципи базуються на ключових ланках терапії ЦД.

- дієта;
- індивідуальні фізичні навантаження;
- цукрознижуючі лікарські препарати;
- навчання хворих.

Дієта є фундаментом, на якому базується *пожиттєва комплексна терапія хворих на ЦД* (табл. 25). Підходи до дієти при лікуванні діабету I і II типів кардинально відрізняються між собою. При ЦД II типу мова йде саме про **дієтотерапію**, основною метою якої є *нормалізація маси тіла як базисного лікування* цього типу захворювання. Без дієтотерапії будь-яке інше лікування приречене на невдачу або низьку ефективність.

При ЦД I типу основна проблема постає у вмінні хворого змінювати дозу інсуліну залежно від їжі, яку він приймає. В ідеалі їжа хворого на ЦД I типу при інтенсивній інсулінотерапії з точним підбором дози інсуліну не має будь-яких обмежень, пацієнт, як і здорова людина, може їсти все, чого хочеться, коли хочеться і скільки завгодно. Зрозуміло, що у реальному житті хворий повинен дотримуватися певних обмежень, однак, з набуттям досвіду в підборі індивідуальної дози цих обмежень стає все менше.

Основні загальні положення дієтотерапії для ЦД обох типів:

1. Гіпокалорійна дієта для хворих з підвищеною масою тіла (енергетична цінність їжі повинна бути меншою від енергетичних затрат пацієнта).
2. Ізокалорійна дієта для хворих з нормальною масою тіла (енергетична цінність їжі повинна дорівнювати енергетичним затратам пацієнта).
3. Гіперкалорійна дієта при вираженому дефіциті маси тіла у хворих з декомпенсацією ЦД.

4. Підвищення частки вуглеводів до 50-60 % загальної енергетичної цінності з одночасним обмеженням при цьому легкозасвоюваних вуглеводів (особливо сахарози і глюкози). Такий підхід забезпечує пришвидшення утилізації глюкози та знижує резистентність до інсуліну жирової тканини.
5. Обмеження жирів до 20-30 %, що, в свою чергу, знижує атерогенність дієти.
6. Зниження частки білків до 10-15 % сповільнює розвиток мікроангіопатій.
7. Застосування цукрозамінників: споживання фруктози обмежують до 30-40 г/добу, інші цукрозамінники суттєво не обмежують, оскільки вони не впливають на рівень глікемії у пацієнтів.

Слід зауважити, що ефективної компенсації ЦД II типу у хворих з ожирінням можна досягнути завдяки лише дієтотерапії. Орієнтуються на зниження маси тіла на 1-2 кг за місяць, яке можна досягнути, зменшуючи загальну калорійність їжі на 500 ккал за добу нижче індивідуального рівня енергозатрат або на 15-17 ккал на 1 кг. Особам похилого віку дієту максимально спрощують. На фоні приймання препаратів сульфамілсечовини необхідне регулярне (не менше 3 разів на день) харчування з включенням вуглеводів у кожне приймання їжі. Якщо планується значне фізичне навантаження, дозу препарату слід знизити; крім того, пацієнту необхідно прийняти додаткову кількість вуглеводів.

Дієтотерапія хворим на ЦД I типу передбачає розрахунок кількості хлібних одиниць, які складають енергетичну кількість кожного приймання їжі, і наступного розрахунку дози інсуліну. Для цього розроблені спец-

Таблиця 25

Дієта групи експертів Американського товариства з вивчення діабету (1998 р.)

Основні компоненти їжі	Рекомендовані пропорції	Продукти, небажані до вживання
Білки, %	10-20	М'ясні продукти (навіть пісне м'ясо). <i>Перевагу надають рибі</i>
Холестерин, мг/добу	<300	
Жири: сумарні, % насичені, % мононенасичені, % поліненасичені, %	<30 <10 <10-15 <10	Майонези на борошні
Вуглеводи, %	55-60	Карамель, шоколад, цукерки, торти, випічка, мед, желе, мармелад, варення, сироп, солодкі жувальні гумки, морозиво, солодкі креми і пасти
Клітковина, г/добу	Не <40	Фрукти в запеченому, сушеному або зацукрованому вигляді (південні солодощі)
Кухонна сіль, г/добу	<3	–
Напої	–	Солодкі соки і вина, лікери, звичайні цукровмісні лимонади, сект, кола, солодке молоко, міцні алкогольні напої

іальні таблиці (табл. 26). Пацієнта спеціально навчають принципам розрахунку ХО і обрахунку дози інсуліну. Одній хлібній одиниці відповідає 10-12 г вуглеводів, для утилізації яких потрібно близько 1 ОД інсуліну.

Таблиця 26

**Характеристика основних продуктів харчування,
які складають 1 хлібну одиницю**

Назва продукту	Маса, г	Об'єм	Енергетична цінність, ккал	Харчові волокна, г
Хліб житній	25	1 тонкий шматочок (шириною 1 см)	50	0,3
Каша рисова	50	2 ст. ложки	45	0,06
Картопля	50	1 середня	45	0,5
Яблуко	90	1 середнє	40	0,5
Полуниця	120	10 штук	50	4,9
Помідори	240	2-3 штуки	45	1,9
Молоко	251	1 склянка	125	–
Сік апельсиновий	100	½ склянки	45	–

Для того, щоб пацієнт свідомо контролював процес лікування діабету, він повинен знати основні аспекти свого захворювання та вміти змінювати лікування залежно від конкретної ситуації. З цією метою створені програми навчання хворих на ЦД – “Школа діабету”. Навчання проводиться в групах пацієнтів не більше 7-10 чоловік або індивідуально (для дітей, вагітних або осіб з вперше виявленим діабетом) і включає як ознайомлення з основними проявами захворювання, так і особливостями лікування (дієтотерапії, інсулінотерапії, застосування цукрознижуючих препаратів, психотерапії та ін.).

Орієнтовний перелік питань, на які повинен отримати відповіді хворий на ЦД в результаті навчання:

1. Навіщо контролювати рівень глюкози в крові?
2. Як контролювати рівень глюкози в крові шляхом правильної дієти, фізичної активності, приймання таблетованих цукрознижуючих препаратів і/або інсуліну?
3. Як контролювати свій стан шляхом тестування крові і сечі (самоконтроль) і як реагувати на результати тестів?
4. Які ознаки низького і високого вмісту глюкози в крові і кетозу; як попередити розвиток цих станів і як їх лікувати?
5. Що робити, якщо ви захворіли?
6. Які можливі віддалені ускладнення, включаючи ураження очей, нервової системи, нирок, артерій, стоп, їх профілактика і лікування?
7. Як поводити себе в різних життєвих ситуаціях, таких як фізичне навантаження, подорожі, соціальні заходи, включаючи вживання алкоголю?
8. Як справитися з можливими проблемами при працевлаштуванні, отриманні страховки або прав водія?

Лікувальна фізкультура при цукровому діабеті має також дуже важливе значення, оскільки помірне загальне фізичне навантаження забезпечує оптимальне споживання глюкози з крові та її повноцінний метаболізм. Занадто інтенсивні вправи, навпаки, виснажують уражену систему утилізації вуглеводів, посилюють дефіцит кисню в периферійних тканинах, активують анаеробні процеси у м'язах. Тому, значні силові напруження та вправи на швидкість пацієнтам, хворим на ЦД, протипоказані.

ЛФК призначається диференційовано. При легкому компенсованому діабеті заняття з лікувальної гімнастики триває 30-45 хв і включає в себе загальнорозвиваючі, дихальні вправи та вправи на розслаблення. Рухи виконують у повільному і середньому темпі з повною амплітудою. Рекомендуються ранкова гігієнічна гімнастика, ходьба у повільному темпі від 2-3 до 10-12 км, ближній туризм, ходьба на лижах, веслування, плавання, рухливі та деякі спортивні ігри.

Цукровий діабет середньої тяжкості потребує занять лікувальною гімнастикою протягом 25-30 хв, які складаються з вправ малої та помірної інтенсивності для усіх м'язових груп. Комплекси включають вправи на поліпшення функціональної здатності серцево-судинної, дихальної та травної систем. Крім цього, рекомендуються також ранкова гігієнічна гімнастика і лікувальна ходьба на відстань 2-7 км.

При тяжкій формі цукрового діабету ЛФК проводять як при захворюваннях серцево-судинної системи (згідно з призначеним руховим режимом).

Особливістю проведення занять лікувальною фізкультурою хворим на цукровий діабет є проведення їх не раніше ніж через годину після ін'єкції інсуліну і легкого сніданку. Якщо під час заняття або після нього у хворого виникає відчуття голоду, слабкість, тремтіння рук чи інші прояви гіпоглікемії, він повинен з'їсти 1-2 шматочки цукру і припинити заняття. Відновити заняття можна на наступний день, але при цьому знизивши навантаження.

Масаж проводять хворим на ЦД легкої та помірної форми у вигляді загального легкого, рефлекторно-сегментарного та місцевого масажу.

Фізіотерапію хворим на ЦД легкої та помірної форми при невеликій тривалості захворювання застосовують з метою загальної регуляції обміну речовин, вегетативної нервової системи, стимуляції кровообігу та ін. Призначають електрофорез цинку, ацетилсаліцилової кислоти на ділянку підшлункової залози, кальцій-електрофорез або аміназин-електрофорез на комірцеві ділянку, загальний електрофорез міді, калію або магнію, на курс лікування 12 процедур. Ефективними є також електросон частотою 5-15 Гц, тривалістю 30-40 хв, через день, 10-12 процедур на курс лікування; загальне УФО; електричне поле УВЧ, індуктотермія або ДМХ-терапія дотепловими або слаботепловими дозами на ділянку підшлункової залози тривалістю 8-10 хв, щоденно або через день, 10-15 процедур на курс лікування.

Бальнеотерапевтичні процедури включають вуглекислі ванни температурою 33-35 °С, тривалістю 10-12 хв; прісні або радонові ванни концентрацією 20-40 нКи/л, температурою 35-36 °С, тривалістю 10-15 хв через день, 12-14 ванн на курс лікування; дощовий душ температурою 34-35 °С, тривалістю 2-3 хв, щоденно або через день; щоденні загальні обливання температурою 28-32 °С з наступним обтиранням. Фізіотерапію поєднують з перебуванням на свіжому повітрі, дозованими прогулянками, повітряними ваннами, починаючи з 15 хв і поступово збільшуючи до 1 год, щоденно. Після 3-5 повітряних ванн призначають і сонячні ванни по щадній схемі (хворим молодого і середнього віку) при температурі повітря 19-22 °С і не раніше, ніж через 1 год після сніданку.

Лікування ускладнень цукрового діабету, в першу чергу, поліневропатій та мікроангіопатій, також обов'язково включає фізіотерапію: світло-теплові ванни, солюкс, діадинамотерапію, гепарин- або йод-новокаїн-електрофорез, УВЧ-терапію (поздовжньо), індуктотермію, еритемотерапію (полями по 400 см², 4-6 біодоз, через день, при невеликій тривалості захворювання) на ділянку нижніх кінцівок; чотири- або двокамерні гідрогальванічні ванни температурою 36-37 °С, тривалістю 15-20 хв, щоденно або через день.

Санаторно-курортне лікування показане хворим на ЦД легкої і помірної форми у стадії стійкої компенсації без схильності до ацидозу. Оздоровлюються такі хворі на бальнеологічних курортах з вуглекислими сульфатно-гідрокарбонатними, солянолужними, хлориднонатрієвими, кальцієвими та ін. водами, в першу чергу, в місцевих санаторіях, які не потребують тривалого переїзду (Трускавець, Моршин, Миргород і ін.).

Працетерапію застосовують з метою збереження працездатності та соціального статусу пацієнта. Рекомендують роботи на свіжому повітрі, у садку, на присадибній ділянці. Навантаження помірні, пацієнт не повинен відчувати втоми. Як і при заняттях ЛФК, хворий повинен при собі мати засоби для ліквідації гіпоглікемії, – цукор, солодоці.

Лікарсько-трудова експертиза та працевлаштування хворих на ЦД. Оцінка працездатності, раціональне працевлаштування і лікарсько-трудова експертиза займають центральне місце в системі соціальної адаптації і реабілітації хворих на цукровий діабет. Ці питання вирішуються з урахуванням типу і тяжкості діабету, наявності та тяжкості його ускладнень, характеру антидіабетичної терапії, супутніх захворювань та ін. Завдяки сучасним методам лікування та диспансеризації більшість хворих на ЦД протягом багатьох років зберігають трудову активність.

Однією з основних вимог до професійної діяльності хворих на ЦД є відповідність режиму харчування і лікування (в першу чергу, режиму інсулінотерапії). Тому протипоказаними є праця в нічну зміну, відрядження, робота, пов'язана у чітко заданому темпі біля конвеєра. У випадку раптової гіпоглікемії пацієнт повинен мати можливість відірватися від

роботи без негативних наслідків для себе, інших людей та виробництва. У зв'язку з цим протипоказані професії льотчика, водія, машиніста, праця поблизу вогню, відкритих водойм, електричних проводів, робота на висоті та ін. Небажано, щоб хворий працював при дуже низькій або високій температурі повітря, у приміщеннях з високою вологістю, наявністю токсичних речовин, на протягах, при різкій зміні погодних умов. Додаткових труднощів завдають також тяжка фізична праця, психоемоційні напруження. Ні в якому разі не повинно допускатися професійне перенапруження органа зору.

Хворі з легкою формою ЦД, як правило, працездатні. У більшості випадків це дорослі люди з багаторічним стажем за спеціальністю, які не потребують інсулінотерапії. Деякі обмеження трудової діяльності у зв'язку з діабетом (звільнення від нічних змін, відряджень і т. д.) здійснюються за висновком ЛКК. Якщо ж виключення шкідливих факторів призводить до втрати професії або зниження кваліфікації, то хворого направляють на МСЕК, і йому встановлюють інвалідність III групи.

Хворі з середньотяжкою формою діабету, які отримують інсулін або пероральні цукрознижуючі препарати, також звільняються від шкідливих умов праці згідно із висновком ЛКК, а якщо хворий втрачає професію або кваліфікацію, то МСЕК йому встановлює інвалідність III групи.

При тяжкій формі ЦД особам, які зайняті тяжкою фізичною працею, встановлюють інвалідність II групи. Особи розумової праці з високою кваліфікацією працевлаштовуються за тією ж професією, але з полегшеними виробничими умовами або правом виконувати частину роботи вдома (за рішенням ЛКК). Їм також може встановлюватися інвалідність III групи. Інвалідність II, а деколи і I групи отримують хворі з тяжким цукровим діабетом, ускладненим проліферативною ретинопатією, діабетичною нефропатією з розвитком нефротичного синдрому, хронічною нирковою недостатністю, діабетичною гангrenoю нижніх кінцівок, інфарктом міокарда, інсультом.

Профілактика інсуліннезалежного цукрового діабету може проводитися в групах високого ризику (супутня артеріальна гіпертензія, ожиріння, мала фізична активність, гіперліпідемія, вагітні з порушенням толерантності до глюкози, особи у віці 40-60 років та ін.) та серед усього. Профілактичні заходи включають:

- нормалізацію маси тіла;
- підвищення фізичної активності;
- регулювання дієтою надлишкового поступлення енергії (зменшення споживання легкозасвоєваних вуглеводів, алкоголю, насичених жирів);
- контроль холестерину;
- лікування артеріальної гіпертензії.

3.2.6. Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях сечовидільної системи

Гостра фаза захворювань сечовидільної системи передбачає лікування в умовах терапевтичного (при дифузних процесах) або хірургічного стаціонару (нефролітіаз). Госпітального етапу потребує і лікування ускладнень, – гостра ниркова недостатність, ниркова коліка або ін. Усі інші хворі потребують динамічного спостереження на поліклінічному етапі реабілітації з періодичними оглядами та обстеженнями. Планування і зміст реабілітаційно-оздоровчих заходів визначають з урахуванням особливостей нозології, клінічного перебігу захворювання.

Повернення до професійної діяльності або зміна профілю роботи (медико-професійна реабілітація) відповідають клінічному стану хворого (вираженість сечового синдрому, набряки, артеріальна гіпертензія). Багато пацієнтів при компенсованому перебігу захворювання зберігають працездатність. Продовження роботи в повному або обмеженому об'ємі, як і збереження звичного способу життя, сприяє максимальній медичній і соціальній реабілітації.

У лікуванні, і особливо реабілітації хворих традиційно застосовують кліматичні і бальнеологічні курорти. Одним з найкращих кліматичних курортів є курорт Байрам-Алі в Туркменістані. Клімат Байрам-Алі відноситься до аридного типу (клімату пустель) і є схожим за основними показниками до всесвітньовідомих єгипетських курортів (Асуан). Основою лікувальної дії цього клімату на хворих є активація шкірного, легеневого та ниркового апаратів, підвищення метеостабільності, позитивний вплив на обмін речовин, посилення ниркового кровотоку, покращення репаративних процесів у паренхімі нирок. Позитивний ефект лікування відмічений також на курортах Південного берега Криму. Для лікування пацієнтів з захворюваннями сечовивідних шляхів показані бальнеологічні курорти: Трускавець з його унікальною мінеральною водою „Нафтуся”, курорти Російської Федерації – Мінеральні Води, Країнка та ін. Слід також звернути увагу на лікувальні можливості місцевих санаторіїв – Гусятин (Тернопільська обл.), Сатанів (Хмельницька обл.).

Гострий гломерулонефрит

Лікарняний період реабілітації

На лікарняному етапі реабілітація полягає у призначенні строгого ліжкового режиму до ліквідації набряків і нормалізації артеріального тиску (2 і більше тижні). Перебування в ліжку забезпечує рівномірне зігрівання тіла, що приводить до збільшення клубочкової фільтрації і діурезу.

Дієтотерапія: обмежують рідину і кухонну сіль. При нефротичному синдромі рекомендують в перші 1-2 дні повний голод, приймання рідини

в кількості, рівній діурезу. На 2-3-й день призначають дієту, багату солями калію (рисова каша, картопля). Загальна кількість рідини повинна дорівнювати кількості виділеної сечі за попередню добу плюс 300-500 мл. Через 3-5 днів переводять на дієту з обмеженням білка до 60 г на добу при загальній кількості кухонної солі не більше 3-5 г/добу.

Медикаментозна терапія передбачає застосування антибактеріальних препаратів, гіпотензивних і сечогінних засобів, а також лікування ускладнень за відповідними алгоритмами. Особливого значення надають санації вогнищ інфекції (після стихання гострих проявів захворювання).

ЛФК на госпітальному етапі передбачає спочатку лише лікувальну гімнастику, яка проводиться за комплексами, розробленими для кардіологічних хворих. На ліжковому режимі співвідношення загальнорозвиваючих вправ до дихальних спочатку складає 1:1, а згодом – 2:1. Після переходу на вільний режим додають ранкову гігієнічну гімнастику, яка складається із 5-10 загальнорозвиваючих вправ.

З *перших днів* захворювання проводять **фізіотерапію**: УВЧ-терапію на ділянку нирок слаботепловими дозами (15-20 Вт), 8-12 хв, через день, до 10 процедур на курс лікування. Згодом призначають ДМХ- або СМХ-терапію на ділянку нирок дотепловими дозами (до 20 Вт), 15 хв, 8-10 процедур. Одночасно призначають двічі на день одну з рівнозначних за ефективністю теплових процедур, які значно покращують кровопостачання нирок: світлотеплову ванну на поперекову ділянку по 30-60 хв; опромінення поперекової ділянки лампою солюкс по 30-40 хв; аплікації парафіну (озокериту) температурою 50 °С по 60 хв.

Після стихання гострих запальних проявів захворювання терапію доповнюють лікарським електрофорезом кальцію, димедролу, новокаїну, баралгіну (з анода) або аскорбінової кислоти, саліцилатів (з катода), через день, для хворих з ізольованим сечовим синдромом. При нефротичному синдромі доцільно вводити гепарин з катода або еуфілін з обох полюсів. При гіпертензивному синдромі, крім перерахованих препаратів, можна вводити магній, папаверин, дибазол, платифілін, анаприлін (з анода на ділянку нирок) або, що більш доцільно, за модифікованою методикою Вермеля з розташуванням роздвоєного електрода не на гомілках, а на ділянці нирок. Тривалість процедур 20-30 хв, на курс лікування 10 процедур.

Психологічна реабілітація включає індивідуальні бесіди лікаря з фіксацією на позитивних зрушеннях та установкою на видужання.

Післялікарняний період реабілітації

Диспансерно-поліклінічний етап

На диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації хворих, які перенесли гострий гломерулонефрит, повинно проводитися динамічне диспансерне спостереження і оздоровлення. Для цього проводяться регулярні огляди терапевтом 1 раз на 2 місяці за перший рік неускладненого перебігу

захворювання. Нефролог оглядає пацієнтів 1 раз на півріччя, отоларинголог, стоматолог (для виявлення і санації вогнищ інфекції) – 1-2 рази на рік. При кожному огляді проводиться вимірювання артеріального тиску, загальні аналізи сечі і крові, дослідження сечі за Нечипоренко, ЕКГ – 1 раз на рік. За показаннями – функціональне дослідження нирок, рентгенологічне або ультразвукове дослідження нирок.

Окрім санації вогнищ інфекції, пацієнтам протягом 3-6 місяців необхідно уникати переохолоджень і надмірних фізичних навантажень, роботи в сирих і холодних приміщеннях, на відкритому повітрі при низьких температурах, уникати підвищеної інсоляції, а також обов'язково продовжувати призначене лікування, дотримуватися дієти з обмеженням солі, виключенням консервованих продуктів, копченостей, прянощів (дієта №5 або 10).

Фізіотерапія на поліклінічному етапі включає процедури стаціонарного етапу, а також загальне УФО за основною схемою, місцеву дію ультразвуком на ділянку нирок лабільною методикою в імпульсному режимі, інтенсивністю 0,4 Вт/см², по 2-4 хв з кожного боку, через день, 8-10 процедур на курс лікування. Призначається також ампліпульстерапія: активний роздвоєний електрод на ділянку нирок, індиферентний – на епігастральну ділянку, режим I, вид струму – IV, частота 30 Гц, глибина модуляції 100 %, сила струму до відчуття вібрації, тривалість процедури 10 хв, щоденно, 6-8 процедур на курс лікування.

В кінці річного безперервного диспансерного спостереження приймають рішення про результат лікування, видужання або переходу гострого гломерулонефриту у вторинно-хронічний.

Санаторний етап

Хворі із залишковими явищами сечового синдрому або без них можуть направлятися на кліматичні курорти не раніше, ніж через 2 місяці після перенесеного гострого гломерулонефриту.

В ході реабілітації оцінюють динаміку сечового синдрому і функції нирок.

Дієтотерапія: дієта №10 з включенням до раціону кавунів, винограду, гарбузів, фруктових соків, абрикосів, кураги, зеленого чаю, відвару шипшини.

Кліматорухові режими: спочатку щадний з переходом на щадно-тренуючий.

Застосовують усі форми **ЛФК:** ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, дозовану ходьбу.

В комплексі санаторної реабілітації використовують усі доступні методи кліматотерапії: повітряні ванни (температурою не нижче 21 °С, а згодом – 17 °С); сонячні ванни за режимом слабкого впливу – до 1 біодози з можливим збільшенням тривалості до кінця санаторного лікування до 1,5 біодози; морські купання за режимом слабкого впливу (при

температурі води і повітря не нижче 21 °С). Застосовують також описані вище методи апаратної фізіотерапії та бальнеотерапію, – питтєве лікування лужною мінеральною водою, слабомінералізованою, без вираженого хлоридного компонента, 3 рази на день за 40-45 хв до їди, в теплому вигляді (38-40 °С).

Особливості медичної та соціальної реабілітації після операцій на органах сечовидільної системи

Відновне лікування після операцій на нирках та сечоводах у ранньому післяопераційному періоді (*лікарняний етап*) направлене на:

1. Попередження гнійно-септичних ускладнень шляхом повноцінного дренивання післяопераційної рани та інтенсивної антибактеріальної, інфузійної, десенсибілізуючої терапії.

2. Збільшення діурезу шляхом водного навантаження та сечогінних трав'яних зборів.

3. Нормалізацію функцій основних систем організму за допомогою як медикаментозного лікування, так і методів ЛФК та фізіотерапії.

4. Пришвидшення процесів регенерації та репарації, попередження утворення спайок (фізіотерапія).

5. Формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія).

Дієтотерапія в перших 2 дні після оперативного втручання передбачає застосування нульової дієти за Певзнером, наступних 3-4 дні призначають дієту № 4, а з 5-го дня – дієту № 5. З метою *ранньої активізації* пацієнтів, попередження бронхолегеневих ускладнень, тромбоемболій, серцево-судинних порушень, парезу кишечника вже з перших днів раннього післяопераційного періоду проводять активні рухи кінцівками, дихальну гімнастику, активне відкашлювання, масаж грудної клітки і спини. Вставання з ліжка і ходьба по палаті призначаються пацієнтам з неускладненим післяопераційним періодом на 3-й день. В подальшому до комплексу **ЛФК** включають вправи для зміцнення м'язів передньої черевної стінки та крупних м'язових груп, відновлення нормальної осанки пацієнтів. Після знімання дренажів та загоєння рани заняття лікувальною гімнастикою проводять в кабінеті ЛФК. **Психологічна** реабілітація направлена в основному на формування у пацієнтів адекватних уявлень про хворобу, ліквідацію пов'язаних з нею нервово-емоційних розладів, розуміння необхідності тривалої профілактики рецидивів, вироблення мотивації на свідому, активну і вольову участь в реабілітаційному процесі. З цією метою застосовують психотерапевтичні бесіди, психотропні засоби, гіпноугестивні впливи.

В подальшому, на *диспансерно-поліклінічному етапі* продовжують **дієтотерапію** (дієта № 5-10), лікувальну **фізкультуру** загальнотонізуючого типу, медикаментозну терапію (антибіотики, уросептики, відвари сечо-

гінних трав та ін.). **Фізіотерапевтичне лікування** направлене в основному на терапію супутнього пієлонефриту і описане у відповідному розділі.

Вторинна профілактика нирково-кам'яної хвороби як основної причини хірургічного втручання при захворюваннях сечовидільної системи передбачає вживання хворими рясного пиття та збільшення добового діурезу до 2,5-3 л на добу. При переважанні оксалатів у сечовому осаді виключають з раціону продукти, які містять багато оксалатів (чай, ревінь, буряк, шпинат, бобові, стручковий перець та ін.), зменшують споживання жирів, цукру, картоплі, помідорів. Крім того, застосовують речовини, які призводять до олужнювання сечі, – лужні мінеральні води, цитратні препарати, магурліт. Олужнювання сечі необхідне і у випадку переважання уратного типу осаду. Коли у хворого спостерігається стійка урикозурія, рекомендується вилучити із вжитку міцні м'ясні бульйони, субпродукти, копченості, алкогольні напої, обмежити вживання м'яса, твердого сиру, меду.

Санаторно-курортне лікування на бальнеопитних курортах показано через 1,5-2 місяці після оперативного лікування з приводу сечокам'яної хвороби. У випадку спонтанного відходження конкрементів або консервативного лікування хворих на нефролітіаз направляють в санаторій незалежно від строків відходження конкрементів. Санаторно-курортне лікування не протипоказане хворим з супутнім пієлонефритом і циститом поза загостренням, а також з наявністю дрібних конкрементів у тому випадку, коли стан сечових шляхів, форма і розміри камінців не перешкоджатимуть їх спонтанному відходженню та відтоку сечі.

Основні завдання санаторного етапу реабілітації:

- ліквідація залишкових явищ та закріплення лікувального ефекту попередніх етапів;
- відновлення функціонального стану органу;
- профілактика рецидивів захворювання.

На початку лікування усім хворим призначають перший **кліматоруховий режим** з дозуванням усіх лікувальних процедур по щадному режиму. При покращенні загального стану пацієнта і позитивній динаміці перебігу захворювання пацієнтів переводять на щадно-тренуючий санаторний режим. **Лікувальне харчування та психологічну реабілітацію** продовжують згідно із принципами, описаними вище. **ЛФК** направлена на відновлення повноцінної рухомості поперекового відділу хребта, нормальної осанки; укріплення черевного пресу та адаптацію органів черевної порожнини до переміщення і струшування під час ходьби; нормалізацію тонуусу сечовивідних шляхів і пасажу сечі. Крім того, спеціальним завданням лікувальної фізкультури є покращення кровопостачання поперекової ділянки і органів малого таза, нормалізація трофіки нирок та їх функціонального стану.

Питна бальнеотерапія (маломінералізовані гідрокарбонатні натрієво-кальцієво-магнієві мінеральні води) має протизапальну дію, збільшує діу-

рез, олужнює сечу. Призначається в перші дні лікування по 200-300 мл 3 рази на добу за 1-1,5 год до їжі біля джерела. Через 3-5 днів об'єм води перед сніданком або вечерею збільшують до 300 мл, а перед обідом – до 400 мл. До кінця лікування кількість води за прийом знову зменшують. Хворим, у яких можливе відходження дрібних конкрементів, призначають “водне навантаження” – пиття 1 л води до сніданку, 1 л після сніданку і 1-2 л перед обідом. Навантаження мінеральною водою поєднують з фізичними вправами, які сприяють відходженню камінців. При супутніх захворюваннях печінки, жовчних шляхів, колітах застосовують мінеральну воду у теплому вигляді.

Зовнішня бальнеотерапія застосовується у вигляді теплих ванн, душів, обтирань. Для місцевого впливу на ділянку нирок використовують грязелікування, озокерито- і парафінолікування. Крім процедур теплотікування, значний лікувальний вплив мають і інші методи **фізіотерапії**: імпульсний ультразвук на ділянку конкрементів (дрібних), загальна вертикальна вібротерапія, ампліпульс, діадинамотерапія. Слід підкреслити, що описані методи фізіотерапії застосовуються лише у неактивній фазі запального процесу та при збереженій функції нирок.

Професійна та соціальна реабілітація захворювань сечовидільної системи. Експертиза працездатності нефрологічних хворих передбачає комплексний підхід з урахуванням медичних і соціальних факторів. До медичних критеріїв відносять нозологічну форму, характер перебігу патології, фазу, частоту загострень, особливості та ступінь вираження порушень функціонального стану нирок, інших органів та систем, наявність ускладнень, супутніх захворювань. Із соціальних факторів важливе значення у визначенні працездатності має професія, умови праці, стаж, освіта, місце проживання і можливість працевлаштування хворого в тій місцевості, де хворий проживає, вік, стать пацієнта.

Тимчасову непрацездатність визначають при гострих захворюваннях сечовидільної системи, рецидивному перебігу хронічного захворювання, необхідності проведення лікування високоактивними засобами в умовах стаціонару тощо. Якщо хворий після проведеного лікування може повернутися до попередньої праці без її зміни (сприятливий прогноз), то тимчасову непрацездатність визначають на весь період захворювання.

Основними протипоказаннями для повернення пацієнта на попереднє місце роботи є: інтенсивні фізичні навантаження, праця в умовах високих та низьких температур, струмів високих та надвисоких частот, високої вологості повітря, протягів, вібрації, постійного контакту з нефротоксичними речовинами, робота переважно у положенні стоячи. За таких умов показане відповідне працевлаштування хворого. При цьому він може бути влаштований за висновком ЛКК на іншу роботу без зниження кваліфікації.

У випадку неможливості повернення хворого на попереднє місце роботи, його направляють на МСЕК. III групу інвалідності призначають при

значних порушеннях функціонального стану сечовидільної системи, які призводять до втрати кваліфікації, значного звуження об'єму роботи і зменшення заробітної плати.

II групу інвалідності призначають при значних порушеннях функціонального стану сечовидільної системи, які унеможливають роботу у звичайних виробничих умовах.

I групу інвалідності призначають у випадку виражених порушень функціонального стану сечовидільної системи, при яких хворий вимагає постійного стороннього догляду, перебуває на гемодіалізі чи у нього констатують абсолютно несприятливим прогноз для життя.

Профілактика захворювань сечовидільної системи:

- попередження, своєчасне і активне лікування гострих інфекційних захворювань;
- санація вогнищ інфекції в організмі, своєчасне лікування запальних процесів статевої сфери, кишечника;
- дотримання спеціальних гігієнічних норм жінками (особливо в період вагітності);
- попередження різкого переохолодження, проживання і робота в сухому та теплому приміщенні;
- загальногігієнічний режим, достатня рухова активність, загартування організму, правильне і різноманітне харчування, режим праці і відпочинку.

3.3. Медична та соціальна реабілітація після оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини

Даний розділ включає *загальні принципи медико-соціальної реабілітації* після оперативних втручань. Реабілітація хірургічних хворих при окремих захворюваннях, – операції з приводу ішемічної хвороби серця, виразкової хвороби, захворювань сечовидільної системи, тощо, - викладені у відповідних розділах (див. вище).

Лікарняний період реабілітації

Відновне лікування після операцій на органах черевної та грудної порожнини у ранньому післяопераційному періоді направлене на:

1. Нормалізацію функцій основних систем організму за допомогою медикаментозного лікування, методів ЛФК та фізіотерапії.
2. Попередження гнійно-септичних ускладнень шляхом повноцінного дренирування післяопераційної рани та інтенсивної антибактеріальної, інфузійної, десенсибілізуючої терапії, фізіотерапії.

3. Попередження застійної пневмонії, атонії кишечника, застійних та тромбоемболічних ускладнень шляхом ранньої рухової активації хворого, фізіотерапії.

4. Пришвидшення процесів регенерації та репарації, попередження утворення внутрішньочеревних або плевральних зрощень (фізіотерапія, ЛФК).

5. Формування адекватної психологічної реакції пацієнта на хворобу (психотерапія).

Після оперативного втручання хворим послідовно призначають рухові режими з наростаючим фізичним навантаженням. **Суворий ліжковий режим** призначається на кілька годин безпосередньо після проведеного оперативного втручання з метою створення хворому умов для фізичного і психічного спокою та реалізації вищеперерахованих завдань. Наступних 1-2 доби режим змінюється на **ліжковий**, під час якого пацієнт постійно перебуває у ліжку, лежачи на спині, на боці або напівсидячи. Зміну положення хворого, повертання тулуба, туалет та годування проводять при допомозі обслуговуючого персоналу.

Лікувальну фізкультуру тяжкохворим у суворому ліжковому та ліжковому режимах проводять під наглядом лікаря, інструктора ЛФК або самостійно за індивідуальними завданнями. На 1-2-у добу, залежно від об'єму оперативного втручання та загального стану пацієнта, виконують повороти в ліжку у бік операційної рани (для операцій на черевній порожнині), згодом переводячи у положення сидячи. У подальшому він набуває цього положення самостійно 3-4 рази на добу по 5-10 хв. Під кінець режиму, коли пацієнт адаптується до положення сидячи, йому дозволяють вставати.

Використовують переважно статичні та динамічні дихальні вправи середньої глибини у повільному темпі. Під час виконання вправ хворих вчать правильно дихати, безболісно видаляти харкотиння. З цією метою рекомендують щогодини (для хворих після операцій на черевній порожнині кожних 15-20 хв) робити 8-10 глибоких дихальних рухів, стимулювати відкашлювання харкотиння, обов'язковою фіксоюючи післяопераційну рану руками інструктора, а пізніше – пацієнта.

Допускають рухи у дистальних відділах кінцівок, помірне 2-3-секундне ізометричне напруження м'язів кінцівок. Особливу увагу звертають на ефективне використання діафрагмального дихання, яке дозволяє покращувати кровообіг у нижньобокових відділах легенів та черевній порожнині, усунути застійні явища в печінці, посилити моторну функцію шлунково-кишкового тракту, стимулювати відходження газів та сечовипускання в лежачому положенні.

Хворим у стані середньої тяжкості призначають дихальні вправи статичного і динамічного характеру, активні рухи для дрібних та середніх м'язів верхніх і нижніх кінцівок з поступовим переходом на рухи у великих суглобах. Загальнозміцнювальні вправи поєднують з дихальни-

ми у співвідношенні 1:1 і проводять їх у повільному темпі. Під час заняття, яке триває 8-10 хв, хворого переводять у положення сидячи. Рекомендують надування гумових камер, імітацію ходьби, не відриваючи п'ятки від ліжка, відведення і приведення ніг з відривом від ліжка, проводять самостійні заняття 3-5 разів на добу. Для усіх пацієнтів після операцій на черевній порожнині, а особливо з приводу гриж, не використовують вправ, пов'язаних з напруженням черевного пресу. Перехід в положення сидячи, а згодом стоячи, затримується на 3-5 діб.

Напівліжковий режим триває від 1-4 до 7-10 діб, залежно від об'єму операції та перебігу післяопераційного періоду. Причому, сучасні хірургічні технології (малоінвазивні втручання, малотравматизуюче технічне обладнання, адекватна анестезія) дозволяють максимально скорочувати період малої рухомості пацієнта, що дозволяє уникнути великої частини післяопераційних ускладнень, пов'язаних саме з гіподинамією. Вставання з ліжка і ходьба по палаті призначаються пацієнтам з неускладненим післяопераційним періодом вже на 2-3-й день. Хворим після апендектомії при задовільному загальному стані дозволяється вставати вже через 8-10 год після операції, а на 2-3 день ходити по коридору і сходах.

Призначають лікувальну гімнастику тривалістю 15 хв, ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття 4-6 разів на добу. ЛФК проводять індивідуальним методом у положенні сидячи або лежачи з поступовим переходом до ходьби і занять малими групами. В подальшому до комплексу ЛФК включають вправи для зміцнення м'язів передньої черевної стінки (нахили тулуба хворим після операцій на черевній порожнині проводять обережно) та крупних м'язових груп, відновлення нормальної осанки пацієнтів. Слід звертати увагу на правильну поставу хворого, оскільки вона зумовлює нормальне положення внутрішніх органів і сприяє швидшому відновленню оперованого органа, попереджує ускладнення.

Після знімання дренажів та загоєння рани заняття лікувальною гімнастикою проводять у кабінеті ЛФК групами по 3-4 особи. Комплекси ускладнюють за рахунок збільшення частки загальнорозвиваючих вправ, амплітуди рухів та тривалості заняття до 12-15 хв. Крім цього, використовують самостійні заняття 5-6 разів на добу, лікувальну ходьбу на 100-150 м, малорухливі ігри.

При переході до **вільного режиму** (орієнтовні строки – від 5-ї до 10-15-ї доби після операції) додаються 30-40-хвилинні прогулянки у повільному і середньому темпі, піднімання по сходах. Застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, тривалість занять лікувальною гімнастикою збільшують до 20 хв. До лікувальних комплексів включають вправи для усіх м'язових груп, вправи з невеликим обтяженням і опором, використовують гімнастичні прилади. Вправи виконують з різних вихідних положень у помірному і середньому темпі. Доповнюють лікувальні комплекси настільними і малорухливими іграми.

З метою *ранньої активізації* пацієнтів, попередження бронхолегеневих ускладнень, тромбоемболій, серцево-судинних порушень, парезу кишечника вже з перших днів раннього післяопераційного періоду проводять **масаж** живота, грудної клітки і спини, при цьому фіксуючи однією рукою післяопераційний шов. Застосовують ніжні погладження довкола шва, погладження, поверхневу стабільну і лабільну вібрацію, перкусію, ритмічні натискування кінцевими фалангами пальців. Обов'язково масажують нижні кінцівки, виконують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони шийних, грудних і поперекових спинно-мозкових сегментів.

Психологічна реабілітація направлена в основному на формування у пацієнтів адекватних уявлень про хворобу, ліквідацію пов'язаних з нею нервово-емоційних розладів, розуміння необхідності тривалої профілактики рецидивів, вироблення мотивації на свідому, активну і вольову участь в реабілітаційному процесі. З цією метою застосовують психотерапевтичні бесіди, психотропні засоби, гіпносуґестивні впливи.

Фізіотерапія застосовується з першого дня після оперативного втручання з метою знеболення, попередження розвитку інфекції або інших післяопераційних ускладнень, покращення перистальтики, прохідності бронхіального дерева, активації кровообігу та процесів репарації, регенерації. Для цього застосовують УФО післяопераційної рани, УВЧ-терапію, електростимуляцію м'язів, електрофорез аналгетиків, діадинамо- та ампліпульстерапію, аерозолі та електроаерозолі лікарських речовин, солюкс, мікрохвильову терапію та ін. На сьогодні набувають поширення різноманітні методики озонотерапії та лазеротерапії, як потужні антибактеріальні та метаболічні засоби. Якщо фізіотерапію застосовують у передопераційному періоді при плановому хірургічному втручанні, її слід припинити за 2-3 дні до операції для запобігання ризику капілярної кровотечі.

Післялікарняний період реабілітації

Післялікарняний період реабілітації хірургічних хворих проводиться у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії або поліклініці з використанням лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапії, працетерапії. Основні завдання даного етапу:

- пришвидшення процесів регенерації та репарації, попередження утворення внутрішньочеревних або плевральних зрощень (фізіотерапія, ЛФК);
- відновлення функції ураженої системи або систем, вироблення і закріплення постійних компенсацій (фізіотерапія, масаж, ЛФК);
- підвищення функціональної здатності серцево-судинної і дихальної систем (фізіотерапія, масаж, ЛФК);
- підвищення толерантності до фізичного навантаження, підготовка до навантажень побутового і виробничого характеру (ЛФК, масаж, працетерапія);

– формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія).

Починають відновне лікування з призначення **щадного, щадно-тренувального**, а згодом **тренувального режимів**, в комплекси лікувальної гімнастики включають вправи для усіх м'язових груп з предметами і без них, з обтяженнями, опором, вправи на рівновагу і координацію, а також коригуючі. Застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу, теренкур, рухливі і спортивні ігри за спрощеними правилами, ближній туризм. Тривалість занять складає у щадний період 20-25 хв, щадно-тренувальний – 25-30 хв, тренувальний – 30-40 хв.

Застосовують місцевий, сегментарно-рефлекторний і загальний масажі, а також підводний душ-масаж.

Фізіотерапевтичне лікування включає електрофорез лікарських речовин, електросон, електростимуляцію м'язів, загальне УФО-опромінення, ДМХ- та СМХ-терапію, лазеротерапію; хвойні, кисневі, вуглекислі і радонні ванни; обливання, обтирання, душі, повітряні та сонячні ванни, інші процедури кліматотерапії.

Санаторно-курортне лікування проводиться на кліматичних (переважно місцевих) рівнинних, лісових курортах, можливе оздоровлення в умовах низькогірних курортів у передгір'ях Карпат та на Закарпатті.

Працетерапія включає відновлення професійних навичок та набуття нових професій для повернення пацієнта до праці у повному чи обмеженому об'ємі. Хворим після апендектомії у перші 2 місяці не рекомендується піднімати важкі речі, а пацієнтам, які перенесли операції на шлунку, інших органах черевної порожнини або з приводу гриж, слід уникати тяжкої фізичної праці протягом 6-12 місяців.

Працездатність пацієнта вирішується лікарсько-консультативною комісією, вирішення питання інвалідності приймає медико-соціальна експертна комісія. При сприятливому перебігу післяопераційного періоду у хворих з приводу операцій на легенях працездатність відновлюється орієнтовно через 2-6 міс, з приводу вроджених вад – через 1-3 міс, набутих вад – 6-12 міс, з приводу ІХС – через 2-3 міс.

3.4. Медична та соціальна реабілітація хворих з наслідками травматичних пошкоджень м'яких тканин та опорно-рухового апарату

За даними статистики, 25 % від загального числа ушкоджень опорно-рухового апарату, призводить до інвалідності, а половина з них – це тяжка інвалідність. Близько 90 % травмованих, які втратили працездатність, – це особи молодого і середнього віку.

Травми виникають внаслідок дії на організм механічного, термічного, електричного, хімічного чи променевого чинників. Травматичні чинники призводять до виникнення анатомічних і функціональних порушень у тканинах і органах, що супроводжуються розвитком місцевої і загальної реакції організму, яка називається травматичною хворобою.

Пошкодження бувають відкритими та закритими. До відкритих відносять рани, опіки, відмороження, до закритих – забої, розтягнення, розриви зв'язок, сухожилків, м'язів. Вивихи і переломи кісток можуть бути відкритими і закритими.

Розрізняють наступні види травматизму: виробничий (промисловий і сільськогосподарський); невиробничий – дорожньо-транспортний, вуличний, спортивний, дитячий, побутовий; кримінальний (навмисний); воєнний. В Україні найбільш поширеним є побутовий травматизм, друге місце посідає вуличний, третє – виробничий (Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2002 р.).

Причини травматизму різноманітні. Причиною побутового травматизму є насамперед втома, погані побутові умови, алкоголізм, наркоманія; дитячого – недостатній догляд за дітьми, рівень виховання і культури, незнання правил дорожнього руху або недотримання їх дітьми, вікові психофізіологічні особливості; дорожньо-транспортного – технічні чинники, перевтома, порушення правил вуличного руху водіями та пішоходами, поганий стан доріг, алкоголізм, наркоманія; виробничого – матеріально-технічні, організаційні, санітарно-гігієнічні чинники.

Серед причин травматизму в наш час значне місце відводять остеопорозу (ОП), який найбільш поширений серед населення розвинутих країн і швидкими темпами зростає паралельно тривалості життя. Так Національна фундація остеопорозу США вказує, що 70% всіх переломів пов'язані з остеопорозом. Із збільшенням кількості населення похилого віку кількість хворих на ОП збільшується дуже швидко, але, разом з тим, рівень переломів зростає, незалежно від постаріння населення. Ці тенденції відображають зміни у фізичній діяльності, особливостях харчування, збільшенні вживання алкоголю, курінні, екології. Вірогідність розвитку ОП значною мірою визначається максимальною масою кістки, набутою в процесі розвитку (пікова маса, що набута в другому та четвертому десятиріччі) та швидкістю і тривалістю прискореної постменопаузальної та вікоіндукованої втрати кісткової маси. З кожним хронічним прогресуючим захворюванням ризик перелому подвоюється (цит. за Л.Я. Ковальчуком, 2002).

В побуті найчастіше зустрічаються травми нижніх кінцівок, на виробництві – верхніх кінцівок, при остеопорозі – травми стегна, хребта, дистального відділу променевої кістки, при дорожньо-транспортних пригодах найбільш поширеними є травми нижніх кінцівок, які нерідко супроводжуються великою кількістю тяжких пошкоджень грудної клітки, хребта, кісток таза, центральної та периферійної нервової систем, внутрішніх органів.

3.4.1. Медична та соціальна реабілітація при переломах хребта

Переломи хребта відносять до найтяжчих ушкоджень опорно-рухового апарату. Вони призводять до порушення опорної, ресорної, рухової, захисної (щодо спинного мозку) функцій хребтового стовпа і нерідко супроводжуються пошкодженням спинного мозку.

За локалізацією розрізняють переломи тіл хребців, дужок, суглобових і остистих відростків. Частіше виникають компресійні переломи, які призводять до клиноподібного стиснення тіл одного чи декількох хребців найбільш рухомих відділів хребтового стовпа: шийного (С 5-С 6), нижньогрудного (Т XI-Т XII), поперекового (L I- L III).

Завдання реабілітації: розвантаження ушкодженої ділянки хребта, попередження подальших деформацій пошкоджених хребців і травматизації спинного мозку, виправлення тіла хребця; стимуляція трофічних і регенеративних процесів, відновлення повноцінної структури хребців, функціональної здатності хребта, його рухомості і гнучкості; зміцнення м'язів тулуба; максимально можливе відновлення працездатності і повернення хворого до суспільно корисної праці.

Засоби реабілітації компресійного перелому хребта визначаються локалізацією, характером та об'ємом пошкодження, періодом реабілітації, індивідуальними особливостями хворого.

Медична реабілітація

Лікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: усунення загальних і місцевих проявів травматичної хвороби, розвантаження ушкодженої ділянки хребта, попередження подальших деформацій пошкоджених хребців і травматизації спинного мозку, виправлення тіла хребця, стимуляція трофічних і регенеративних процесів, відновлення повноцінної структури хребців, функціональної здатності хребта, зміцнення м'язів тулуба, профілактика ускладнень, зумовлених тривалим вимушеним перебуванням хворого у ліжку.

Засоби реабілітації залежать від методу лікування і вони включають консервативне чи хірургічне лікування, охоронний режим, психотерапевтичне лікування, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичні процедури, лікувальний масаж, працетерапію тощо.

Хірургічне лікування.

Застосовують в окремих випадках: при переломах хребців зі значним роздробленням і з небезпекою підвивиху. Найчастіше проводять оперативну фіксацію пошкодженого і сусіднього з ним хребців на тривалий термін – до чотирьох і більше місяців.

Консервативне лікування.

Серед консервативних методів лікування основними є: одномоментна репозиція, поступова репозиція, функціональний метод. При перших двох методах лікування хворий повинен тривалий час носити ортопедичний корсет, що призводить до тривалого знерухомлення хребта та атрофії м'язів тулуба.

Функціональний метод лікування.

Найбільшого поширення набув функціональний метод лікування, розроблений Є.Ф. Древінг (1940). Згідно з цією методикою хворого безпосередньо після пошкодження укладають на жорстке ліжко з підкладеним під матрац дерев'яним щитом. Під шийний і поперековий лордози підкладають ватно-марлеві валики. Одночасно налагоджують витягання хребта за рахунок власної ваги тіла. При переломах грудних та поперекових хребців його проводять за допомогою лямок, накладених на пахвові западини (рис. 29), при переломах шийних і верхньогрудних хребців – за допомогою витягнення за тім'яні бугри чи петлі Гліссона, які фіксують до головного кінця ліжка, піднятого на 15-35 см (рис. 11).

Охоронний режим. Хворому призначають суворий ліжковий режим: забороняється сидіти, згинати тулуб вперед, лежати на боці. В перші дні хворому необхідно дати можливість заспокоїтися від тяжких переживань, зв'язаних з травмою.

Догляд за хворим передбачає виконання загальноприйнятих вимог догляду за хворими, що перебувають на ліжковому режимі. Він передбачає створення відповідного психологічного клімату, дотримання гігієнічних нормативів, лікувального харчування, залучення хворого до самообслуговування в межах режиму.

Психотерапевтичний вплив. Хворого розміщують в палату, де сусіди по палаті лежать з подібними травмами і вже одужують. Це дає можливість йому бачити, як хворі після тяжких травм займаються лікувальною фізкультурою, встають, виписуються додому. Віру у видужання на прикладі сусідів по палаті постійно підкріплюють позитивним психотерапевтичним впливом весь медичний персонал, родичі, відвідувачі.

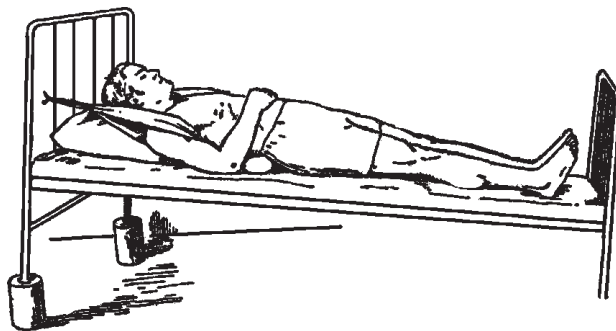


Рис. 29. Положення хворого з переломом грудного та поперекового відділів хребта на спині.

Лікувальна фізкультура. Лікувальна фізкультура – це основний засіб реабілітації хворих з переломами хребта при функціональному методі реабілітації.

Засоби лікувальної фізкультури: лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття. Пізніше включають лікувальну ходьбу по палаті, відділенню.

Лікувальна фізкультура при компресійних переломах нижньогрудних і поперекових хребців

Призначають ЛФК з 3-5 дня після травми при покращенні загального стану хворого. Супутні захворювання можуть віддалити час початку занять. Відповідно до різних фаз лікування переломів хребта Є.Ф. Древінг всі вправи поділяє на 4 періоди.

В першій період вправи спрямовані на усунення загальних та місцевих проявів травматичної хвороби, покращення загального стану, попередження ускладнень, зумовлених тривалим знерухомленням хворого (пневмонії, емболії, атонії кишечника, пролежнів, атрофії м'язів тощо), стимуляцію процесів регенерації.

В цей період осьові навантаження на хребет протипоказані, хворий перебуває в положенні лежачи на спині. З перших днів занять їх вчать повному грудному і черевному типу дихання. Пізніше в комплекс включають загальнорозвиваючі вправи для м'язів і середніх м'язових груп. Причому рухи кінцівками на початку курсу, а у ослаблених хворих і більш тривалий час, не повинні супроводжуватися активним підніманням їх над площиною ліжка (рис. 30). Лямки під час занять знімають. Основна умова – безболісні рухи.

Метод проведення занять індивідуальний. Їх тривалість – 10-15 хв, не менше 3-5 разів на день. Один раз заняття проводить методист, а інші – хворий виконує під керівництвом чи контролем медичної сестри відділення.

Тривалість періоду вирішується індивідуально, найчастіше буває 10-14 днів і закінчується, коли хворий зможе піднімати пряму ногу до кута 45° , не маючи при цьому неприємних відчуттів чи болю в ушкодженному відділі хребта.

Другий період триває також біля двох тижнів, тобто до кінця першого місяця від дня травми. Він спрямований, в першу чергу, на зміцнення м'язів тулуба і підготовку хворого до подальшого розширення режиму.

В цей період комплекс попереднього періоду поступово доповнюють вправами для м'язів спини, живота, верхніх та нижніх кінцівок статичного та динамічного характеру. У комплекс включають також вправи на почергове піднімання ніг, ізометричні напруження м'язів живота (починати з 2-3 с і поступово тривалість доводити до 5-7 с (рис. 31).

В межах третього тижня від дня травми хворого переводять у положення лежачи на животі (рис. 32). Для цього хворий обережно переміщується на край ліжка, одну руку розміщує вздовж тулуба, другою тримається за головний кінець ліжка і, при обов'язковому збереженні прямого положення тулуба, повертається на живіт. Спочатку поворот він виконує з допомогою, потім – самостійно по декілька разів на день.

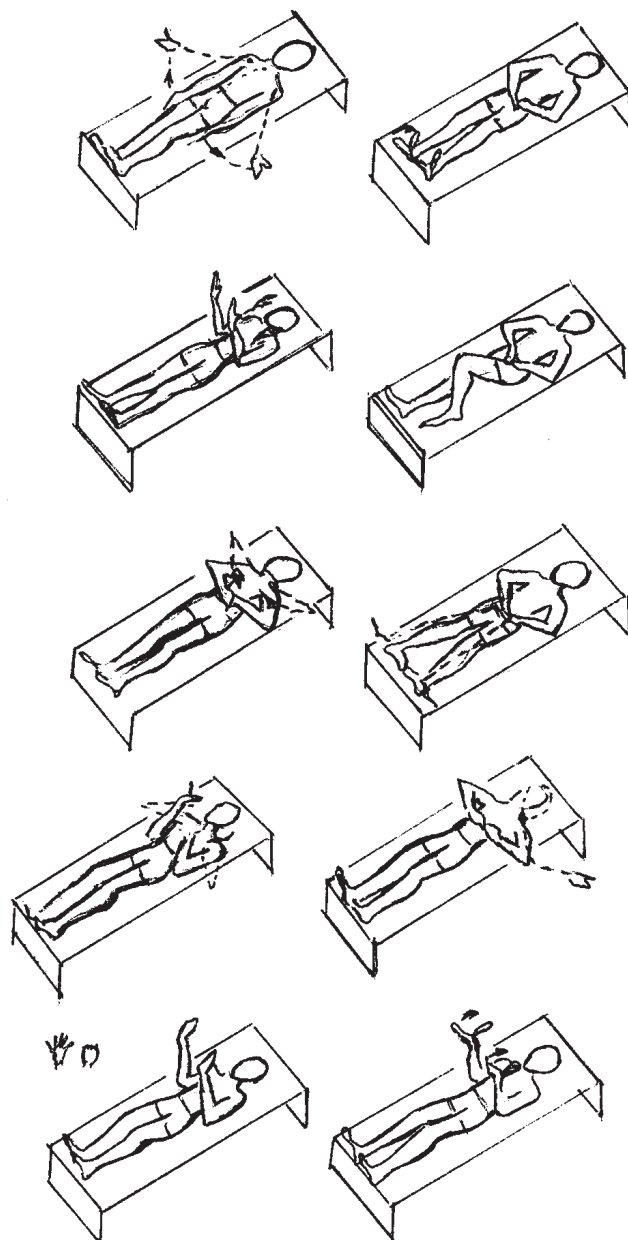


Рис. 30. Вправи при переломах хребта. Комплекс перший (Є.Ф. Древінг, 1940).

В положенні лежачи на животі, хворий виконує незначні прогинання тулуба з опорою і без опори на руки. Одна з основних умов проведення занять – безболісність. Рухи виконуються лише до межі болючості, а якщо хворий відчуває біль на початку руху, вправи не виконують, методист чи

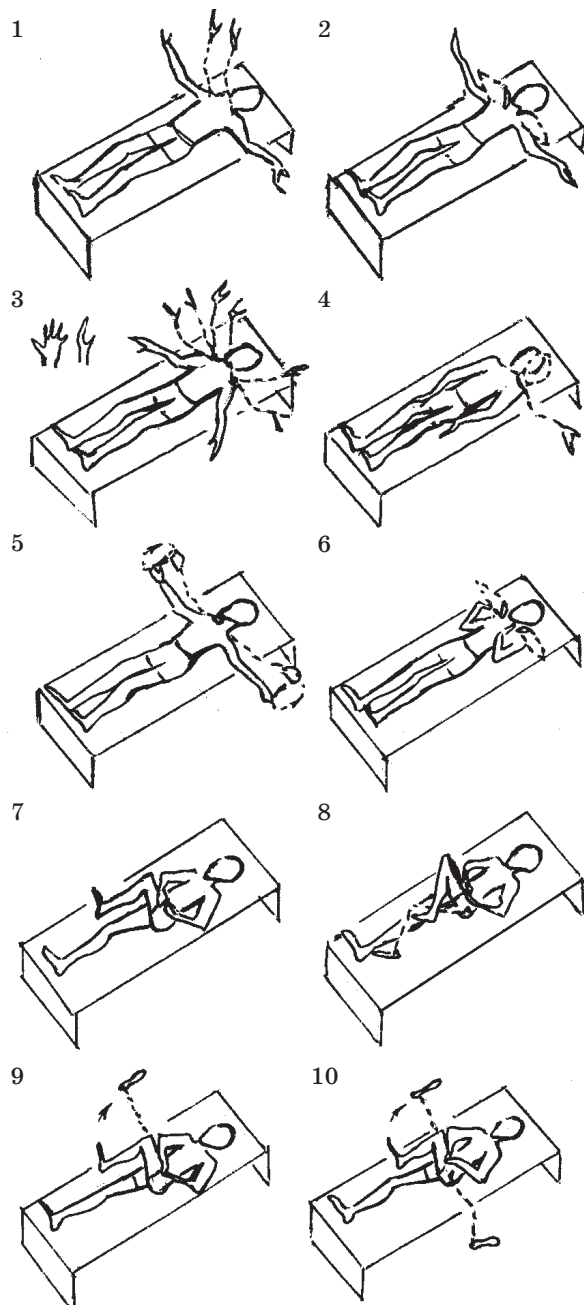


Рис. 31. Вправи при переломах хребта. Комплекс другий (Є.Ф. Древінг, 1940).

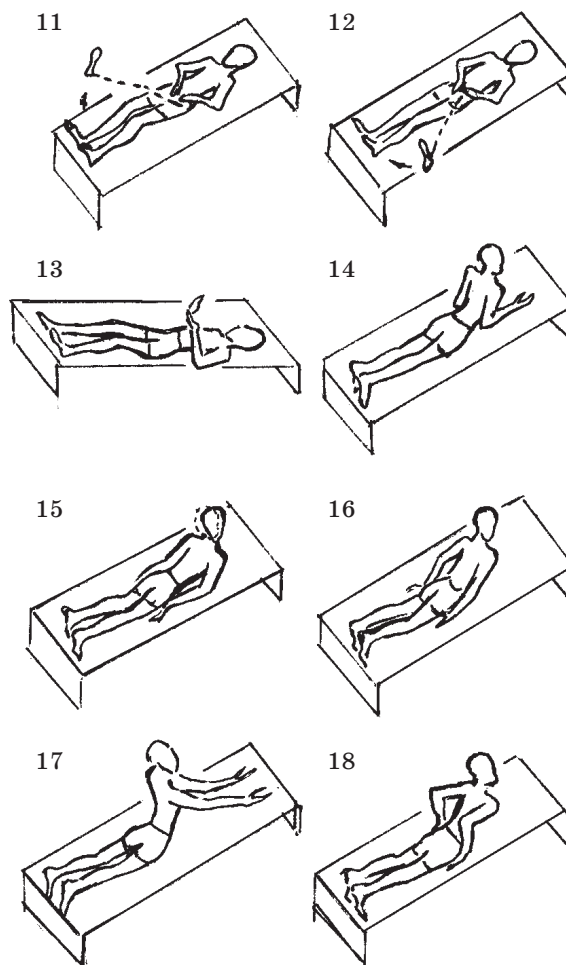


Рис. 31. Вправи при переломах хребта. Комплекс другий (Є.Ф. Древінг, 1940).
(продовження)

медична сестра інформує про це лікаря, який вивчає причину болю і намагається її ліквідувати.

Метод проведення занять – індивідуальний та малогруповий. Тривалість занять 15-20 хвилин по 3-5 разів на день, одне з них – під керівництвом методиста, інші проводяться під контролем медичної сестри відділення чи хворий виконує самостійно.

В положенні лежачи на животі, хворий може залишатись стільки, скільки йому приємно. При цьому хребет повинен знаходитись у розігнутому положенні: для цього під груди і плечі підкладають подушку так, щоб нижні ребра, епігастральна ділянка і весь живіт лежали на площині ліжка. В такому положенні хворий може тримати в руках книгу, газету. Для відпочинку він кладе голову на подушку. Особам старшого віку та хворим із захворюваннями серцево-судинної і дихальної систем тривале

перебування в такому положенні небажане. Не показане воно і при високих переломах грудних хребців.

Тривалість періоду – до кінця першого місяця з дня травми і вважається завершеним, якщо хворий в положенні лежачи на спині може підняти обидві прямі ноги до кута 45° , не відчуваючи при цьому дискомфорту чи болю в ушкодженому відділі хребта.

Третій період орієнтовно охоплює другий місяць лікування (від дня травми). Основні завдання періоду: зміцнення м'язів тулуба, тазового дна, кінцівок, поліпшення координації рухів і мобільності хребта, підготовка хворого до вставання.

В цей період в комплекс вправ поступово включають вправи з підніманням таза, нахили тулуба в положенні лежачи, розгинання спини з розведенням рук (з положення лежачи на животі), вправи в упорі стоячи на колінах (почергове піднімання рук та ніг, легкі нахили тулуба в боки, переміщення на ліжку вперед-назад). Після освоєння таких рухів хворий переходить до виконання вправ стоячи на колінах. При цьому нахил ліжка усувається (рис. 33).

Загальне фізичне навантаження поступово зростає за рахунок збільшення тривалості і щільності занять, використання гімнастичних вправ з опором і обтяженням, більш тривалих ізометричних напружень.

Тривалість заняття 40-45 хв. Хворі займаються по 5-6 разів на день.

Для визначення ступеня зміцнення м'язів спини враховують час утримання тулуба в позі "ластівки" (лежачи на животі). Завдання періоду вважаються виконаними, якщо хворий може утримувати в положенні лежачи на спині підняті прямі ноги під кутом 45° протягом 3-5 хв.

Четвертий період. Призначається орієнтовно через два місяці від дня травми і визначається з моменту, коли хворий стає на ноги до виписки з лікарні і триває 10-20 днів. Основні завдання періоду: подальше зміцнення м'язів тулуба, збільшення мобільності хребта, відновлення правильної по-

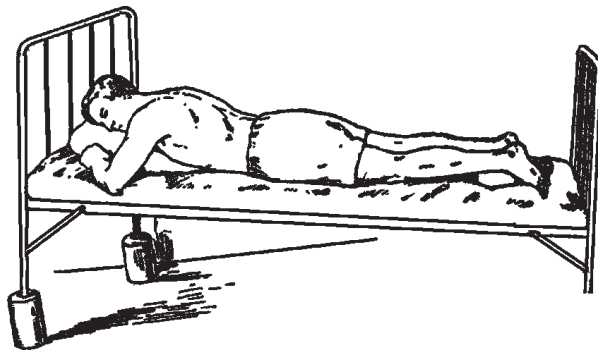


Рис. 32. Положення хворого з травмами поперекового та грудного відділів хребта на животі.

стави і навичок ходьби, відновлення повного (фізіологічного) навантаження на хребет і нижні кінцівки.

Вставати хворому дозволяють через 45-60 днів від травми за відсутності больових відчуттів, зменшення виступу травмованого хребця в ділянці перелому.

Правила переведення хворого у вертикальне положення. Хворий повинен вставати з положення лежачи на животі (минаючи положення сидячи), не згинаючи при цьому спини, спираючись на випрямлені руки, опускати на підлогу спочатку одну, потім другу ногу.

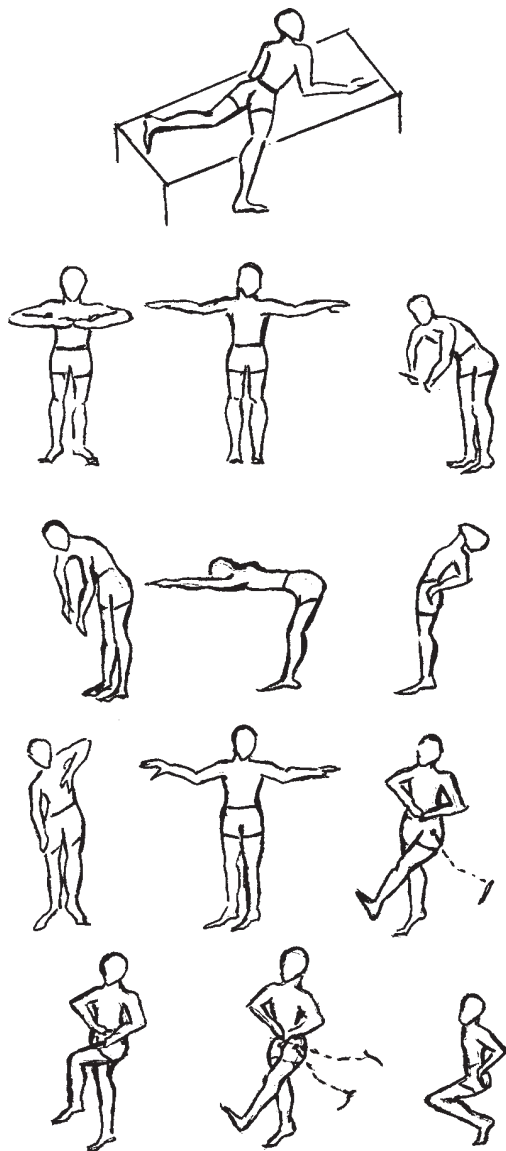


Рис. 34. Перехід в положення стоячи і вправи при переломах хребта. Комплекс четвертий (С.Ф. Древінг, 1940)

Стояти і ходити спочатку дозволяється короткий час (починати з 3-5 хвилин). Перші дні хворим рекомендується вставати для ходьби 3-4 рази на день, після чого відпочивати лежачи. В перші дні може появлятися незначний біль в ділянці перелому, тягнучий біль в попереку і в стопі, який звичайно швидко проходить. У протилежному випадку медична сестра повинна інформувати про це лікаря, який, обстеживши хворого, може навіть продовжити ліжковий режим. Наприкінці третього місяця хворий повинен ходити 1,5-2 год, не відчуваючи при цьому болю і дискомфорту в ділянці ушкодження.

Після вставання хворий продовжує виконувати гімнастичні вправи в положенні лежачи. Крім цього, в комплекс включають вправи в положенні стоячи. Особливістю їх є те, що амплітуда рухів збільшується поступово. Призначають напівприсідання з прямою спиною, почергове відведення прямих ніг (з опорою руками на спинку стільця), нахили тулуба назад, вбік, перекошування з п'ятки на носок тощо (рис. 34). Рекомендується проводити заняття не тільки в палаті, а і в

кабінеті ЛФК. Це дає можливість включати вправи на похилій площині, вправи, що супроводжуються інтенсивним напруженням м'язів (з гантелями, набивними м'ячами) і вправи для вироблення правильної постави (перед дзеркалом, з палицею тощо).

Тривалість занять 45-60 хв по 3-5 разів на день.

Лікувальна фізкультура при компресійних переломах шийних хребців

Лікарняний період реабілітації

При переломах шийних хребців ділянку травмування утримують в спокої протягом 6 тижнів. Лікування положенням супроводжується витягненням за тім'яні бугри чи за допомогою петлі Гліссона. Противагою служить вага всього тіла, яке розміщене на похилій площині (головний кінець ліжка піднятий на 15-35 см). Голова лежить з більшим чи меншим нахилом назад (залежно від типу та місця перелому), що досягається підкладанням ватного валика під плечі чи подушки під голову і напрямком тяги. Хворий постійно перебуває в положенні лежачи.

Призначається лікувальна фізкультура на 2-5 день, після покращення загального стану хворого з метою загальнозміцнювального впливу і профілактики ускладнень, зумовлених тривалим вимушеним перебуванням хворого в ліжку. В цей період призначають дихальні та загальнорозвиваючі вправи при абсолютній іммобілізації ділянки пошкодження: рухи головою виконувати забороняється.

Через 15-30 днів витягання замінюють на гіпсовий напівкорсет чи гіпсовий нашійник. Завдання лікувальної гімнастики: попередження атрофії м'язів шиї, плечового пояса, зміцнення м'язів тулуба, відновлення правильної постави і навичок ходьби, а не збільшення рухомості в шийному відділі хребта.

Зміцненню м'язів шиї сприяють вправи з статичним напруженням м'язів шиї – натискування головою на опшийник, намагання нахилити голову при легкій протидії рук методиста, а також поступове посилення натискування головою на матрац. Показані обмежені повороти голови в межах іммобілізації. Призначають вправи для зміцнення м'язів пояса верхніх кінцівок (піднімання рук, плечей, відведення рук з гантелями), вправи на рівновагу і координацію рухів.

Після зняття іммобілізації. Завдання лікувальної фізкультури: зміцнення м'язів шиї, плечового пояса, відновлення рухомості в шийному відділі хребта. Перші рухи головою (повороти, бічні нахили) хворий виконує в положенні лежачи на спині. Пізніше включають вправи в положенні сидячи, а згодом – і стоячи. У комплекси лікувальної гімнастики та самостійних занять поступово включають також нахили, повороти і колові рухи головою, піднімання і утримання голови в положенні лежачи на спині, на боці. Застосовують статичне напруження м'язів, напруження

м'язів шиї при легкій протидії рук методиста, а далі – самого хворого. Призначають вправи для зміцнення м'язів пояса верхніх кінцівок, на координацію рухів, для виправлення постави. Усі спеціальні вправи повинні проводитись з поступовим збільшенням амплітуди рухів та м'язових зусиль, без болю і неприємних відчуттів у ділянці травми.

Лікувальний масаж. Призначається масаж після стабілізації стану хворого. При переломах поперекового і нижньогрудного відділів хребта в перший період призначають масаж живота, передньої та бічних ділянок грудної клітки, кінцівок (погладження, розтирання, розминання). У другий період масаж доповнюють позавогнищевим масажем спини. Використовують погладження, ніжне розтирання, розминання. У третій період масаж нижніх кінцівок проводять більш інтенсивно (для підготовки ніг до вставання). У четвертий період до вказаних ділянок додають ніжне погладження і розтирання в ділянці ураження.

При травмах шийного відділу хребта в період витягання та іммобілізації призначають масаж грудної клітки, кінцівок, живота. Після закінчення витягання в процедуру включають масаж спини (погладження, ніжне розтирання та розминання). Після зняття іммобілізації спочатку проводять позавогнищевий масаж шиї, плечового пояса, спини. Використовують прийоми погладження, розтирання, ніжного розминання. При зниженні тону м'язів верхніх кінцівок масаж поширюється і на руки.

Фізіотерапевтичне лікування. Призначають з другого дня з метою зняття больового синдрому, стимуляції трофічних і регенеративних процесів, розслаблення м'язів, попередження ускладнень. Призначають УВЧ-терапію, електрофорез новокаїну, пізніше – електрофорез кальцію, діадинамотерапію.

Працетерапія. В період перебування хворого на ліжковому режимі призначають загальнозміцнювальну трудову терапію без значного фізичного зусилля, але яка вимагає певної уваги, мобілізації волі: картонажні роботи, плетіння, в'язання, виготовлення ватних кульок, згортання серветок, ліплення з пластиліну. Ходячим хворим в умовах стаціонару пропонують виконувати просту роботу в палаті, яка не вимагає згинання тулуба.

Післялікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: відновлення повноцінної структури хребців, функціональної здатності хребта, його рухомості та гнучкості, зміцнення м'язів тулуба та шиї, відновлення працездатності, повернення хворого в суспільство.

Засоби реабілітації: симптоматичне лікування, лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, працетерапія, професійна та соціальна реабілітація.

Після виписки з стаціонару хворий продовжує лікування в умовах санаторію чи поліклініки.

Лікувальна фізкультура. Засоби ЛФК: фізичні вправи, загартовуючі процедури. Форми проведення занять: лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття, піші прогулянки, ближній туризм, плавання.

Перші 2 тижні після виписки необхідно більше лежати, ніж ходити. Протягом цього часу хворий повинен привчатися ходити не тільки в межах кімнати, але і щоденно по 2-3 рази на день прогулюватися по 20-30 хвилин, після ходьби – відпочинок лежачи.

Через 3-4 тижні після виписки можна привчатись сидіти. При цьому під поперековий лордоз необхідно підкладати валик, який, підтримуючи попереки, значно зменшує напруження м'язів спини, необхідного для підтримання тулуба при сидінні і одночасно допомагає спині залишатись прямою, не згинатися під вагою тулуба і голови.

Повна консолідація ушкоджених хребців відбувається протягом 10-12 місяців після травми, тому весь цей час і далі необхідно звертати увагу на зміцнення м'язового корсета, покращення рухомості і ресорної функції хребта. Слід постійно стежити за поставою хворого, звертати увагу, щоб у зоні ушкодження зберігався лордоз.

Хворі можуть займатися лікувальною гімнастикою, лікувальною ходьбою, дозованим сходженням, ходьбою на лижах, ближнім туризмом, плаванням в лікувальних закладах і самостійно. Протягом 12 місяців від дня травми виключають стрибки, біг, підскоки та інші вправи, що стрясують хребет. Не показана їзда на велосипеді. Особливо ефективним є плавання, що прискорює відновлення рухливості і гнучкості хребта.

Через 4 місяці від дня травми перевіряють функціональну здатність хребта. З вихідного положення стоячи хворі виконують: нахили тулуба вперед з прямою спиною, руки вгору; нахил тулуба вперед з діставанням руками підлоги; нахил тулуба вліво та вправо; прогинання тулуба назад з піднятими вгору руками. Стан хребта вважається задовільним, якщо хворий може виконувати ці вправи вільно і безболісно (рис. 35).

Лікувальний масаж. Завдання: нормалізувати скоротливу здатність і тонус м'язів шиї, верхнього плечового пояса, спини, сідниць, тазового дна, нижніх кінцівок. Призначають масаж спини, комірце-

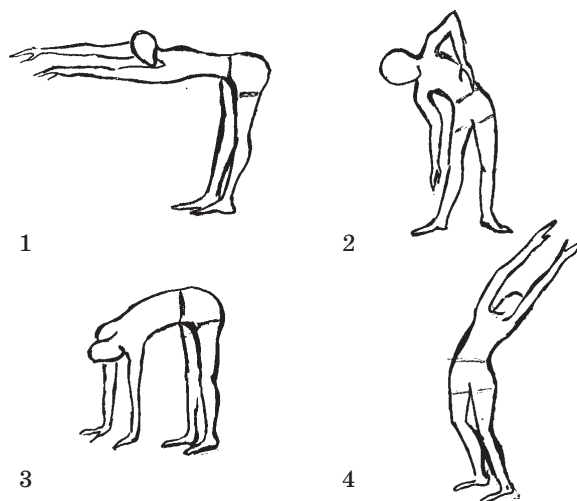


Рис. 35. Вправи для перевірки гнучкості хребта (4 місяці після перелому хребта).

вої зони з більш ніжним впливом в ділянці ушкодження. Використовують класичний масаж, душ-масаж, підводний масаж.

Фізіотерапевтичні процедури призначають для зміцнення м'язів, завершення формування повноцінної структури хребців, загартування організму. Застосовують електростимуляцію ослаблених м'язів, соляно-хвойні і йодобромні ванни, обливання, обтирання, душ, повітряні і сонячні ванни, кліматолікування.

Працетерапія. Відновну і професійну працетерапію проводять до повернення хворого на роботу. При виконанні трудової діяльності необхідно звертати увагу, щоб у зоні ушкодження зберігався лордоз. Протипоказана робота, пов'язана з фізичним навантаженням, тривалим вимушеним положенням тулуба, вібрацією, стрясуванням тіла.

Соціальна реабілітація

Режим праці і відпочинку. При закінченні стаціонарного лікування хворим дають рекомендації щодо поведінки і режиму рухової активності в побуті, навчають фізичним вправам, які він повинен виконувати в домашніх умовах. Хворому рекомендують: спати на рівному (під матрацом щит) ліжку не менше року; займатися лікувальною гімнастикою весь рік і далі, причому напружені вигинання тулуба, лежачи на животі, виконувати щоденно. Родичів навчають проводити хворому масаж.

Експертиза працездатності. Клінічний і трудовий прогнози значною мірою залежать від характеру травми, зміни осі хребта в сагітальній площині, стадії репаративного процесу, переносимості вертикального положення хребта, больового синдрому, соціального статусу (вік, освіта, професія, умови праці).

При сприятливому перебігу хворі приступають до роботи в межах 4-5 місяців з дня травми. Ці терміни у осіб з гарно підготовленою мускулатурою можуть бути коротшими і дещо довшими – у ослаблених хворих та у осіб похилого віку.

На попередню роботу через 4-5 місяців повертаються особи розумової праці, слюсарі, електромонтери, ткалі, інженери, лікарі за умови повного відновлення опорної функції хребта. Однак, при компресійному переломі шийних хребців не рекомендується робота з нахиленою вперед головою.

Хворих інших професій через 4-5 місяців виписують на полегшену роботу. Полегшеною для осіб, що перенесли перелом хребта, вважається робота, на якій хворий не повинен піднімати значну вагу, працювати у вимушеному зігнутому положенні, перебувати в небезпечному положенні на висоті, де невпевненість в себе може бути пагубною, виконувати тривалі переїзди (стрясування тіла).

На роботу з помірним фізичним навантаженням можна переводити через 6-8 місяців. Повернення до попередньої роботи осіб, що займаються фізичною працею (різноробочі, слюсарі, вантажники) можливе лише через 8-10

місяців. До важкої фізичної праці можна приступати не раніше, ніж через 1,5-2 роки. На цей час таким хворим доводиться поміняти свою професію або протягом всього періоду працювати зі зменшеним навантаженням.

На комісію по визначенню ступеня непрацездатності направляють хворих, які через 4-5 місяців не можуть приступити до роботи.

III група інвалідності призначається хворим, якщо вони переведені на іншу роботу, де знижується їх кваліфікація, якщо у хворих періодично з'являється локальний чи іррадіюючий біль після 8-10 місяців від дня травми.

II група інвалідності призначається після 4 місяців лікування, у яких виражений вертеброгенний і корінцевий синдром, деформація хребта з несприятливим клінічним прогнозом.

I групу інвалідності призначають хворим, які вимагають стороннього догляду.

3.4.2. Медична соціальна реабілітація при опіковій хворобі

Опіки – пошкодження тканин організму, що виникають внаслідок місцевої дії високої температури, а також хімічних речовин, електричного струму або іонізуючого випромінювання. Виділяють 4 ступені опіків: I ступінь – поверхневі ураження шкіри, які характеризуються її почервонінням; II ступінь – більш глибокі ураження шкіри з утворенням пухирів; IIIA ступінь – частковий некроз шкіри зі збереженням камбіальних елементів дерми; IIIB ступінь – некроз шкіри на всю її товщину; IV ступінь – змертвіння шкіри та глибше розміщених тканин. Тяжкість опіку визначає не тільки глибина, але й його площа.

Найбільш поширеними є термічні опіки, що виникають внаслідок дії джерел тепла (полум'я, розжарених металів, пари, рідин, променевої енергії та ін.).

При опіках, крім місцевих проявів, виникає загальна реакція організму, що проявляє себе сукупністю порушень діяльності органів і систем, яка отримала назву опікової хвороби. Розрізняють чотири стадії опікової хвороби: перша – опіковий шок, який залежно від тяжкості ураження триває 2-4 доби; друга – опікова токсемія, що триває 10-12 діб після опіку; третя – септикотоксемія та інфекційні ускладнення, яка в ускладнених випадках може тривати від 2-3 місяців до одного року і більше; четверта – реконвалесценція, яка продовжується 2-4 місяці і довше. Перша і друга стадії – це гострий період опікової хвороби. Він має характерний патогенез і клінічні ознаки, які визначають відповідну лікувальну тактику.

Медична реабілітація

Періоди реабілітації. В лікуванні опікових хворих виділяють два періоди: до загоєння опікових ран та виписки хворого із стаціонару і

період ліквідації наслідків термічного ураження. Важливе значення має правильно надана перша допомога, яка найчастіше виконується немедичними працівниками.

Порядок дій при наданні першої допомоги: попередити дію термічного агента на шкіру (постраждалого винести з вогню, зняти з нього розпечені предмети тощо); охолодити обпечені ділянки (за допомогою пузиря з льодом чи холодної води протягом 10-15 хвилин); накласти асептичну пов'язку (акуратно зрізають одяг з обпеченої ділянки тіла і накладають асептичну пов'язку, на лице пов'язку не накладають, а обробляють вазеліном); знеболити і почати (за наявності відповідних засобів) протишокові заходи; зігріти хворого (укутуванням, дати випити теплий чай); якнайшвидше доставити хворого в медичний заклад.

Лікарняний період реабілітації

Завдання лікарняного періоду: зменшення явищ інтоксикації, болю, нормалізація діяльності ЦНС, попередження ускладнень з боку внутрішніх органів; покращення трофічних процесів, сприяння швидкому загоєнню ран, приживленню пересаженої шкіри або тканинного клаптика; профілактика ускладнень, зумовлених тривалою вимушеною гіпокінезією; попередження утворення келоїдних рубців, контрактур, м'язових атрофій, обмеження рухомості в суглобах.

Засоби реабілітації залежать від ступеня, площі і локалізації ураження, перебігу захворювання, віку, методів лікування, періоду і етапу реабілітації, порушення функцій, наявності косметичних дефектів. Вони включають консервативне, хірургічне лікування, догляд за хворим, дієто-терапію, ЛФК, масаж, фізіотерапію.

Лікування загальних проявів термічного впливу. Лікування опіків комплексне і спрямоване на ліквідацію місцевих і загальних проявів термічного впливу, залежить від стадії і тяжкості опікової хвороби.

В стадії опікового шоку хворим проводиться протишокова терапія, застосовують також аналгетичні, нейроплегічні засоби, 4 % розчин натрію гідрокарбонату, антигістамінні засоби, інгібітори калікреїну, осмодіуретики, салуретики, кортикостероїди, серцево-судинні препарати тощо.

У стадії гострої опікової токсемії лікування хворих полягає в проведенні неспецифічної і специфічної дезінтоксикації, підтримці гомеостазу на компенсованих або субкомпенсованих рівнях, підвищенні імунологічної реактивності організму, боротьбі з інфекцією.

Місцеве лікування. Місцеве лікування проводиться відкритим і закритим способом. Закритий спосіб полягає у використанні пов'язок з різними лікарськими речовинами. Відкритий спосіб передбачає якнайшвидше утворення сухого струпа, який являє собою немовби біологічну пов'язку (попереджує попадання інфекції і сприяє епітелізації дефекту). Для цього використовують осушувальну дію повітря, УФ-опромінення, деякі коагу-

люючи білки речовини, палати з ламінарним потоком стерильного підігрітого до 30-34 °С повітря, боксованих палат з інфрачервоним опроміненням і очищувачем повітря.

Шок навіть легкого ступеня є протипоказанням до будь-яких маніпуляцій на опіковій рані. Лише після проведення протишокової терапії і стабілізації гемодинаміки, не раніше, ніж через 12-24 години, допускається туалет опікової рани. Туалет опікової поверхні, перев'язки і дермопластику проводять під наркозом. Основна мета місцевого лікування при опіках в цьому періоді спрямована на попередження розвитку вологого некрозу і мікрофлори.

Поверхневі опіки лікують консервативним методом. При опіках I ступеня одужання настає на 4-5 день, II ступеня – при відсутності інфекції через 10-15 днів без утворення рубців. Опіки III-IV ступенів лікують хірургічним методом, що полягає у відсіканні змертвілих ділянок і у відновленні шкірного покриву шляхом пересадження власної (автотрансплантант) або чужої (гомотрансплантант) шкіри чи клаптя тканини. Загоєння дефектів відбувається дуже повільно, часто утворюються грубі рубці, контрактури і деформації, що є головною причиною інвалідності потерпілих.

Догляд за хворим. Належний догляд за хворим попереджує виникнення супутніх ускладнень (пневмонії, пролежнів тощо), має психотерапевтичний вплив. Надзвичайно важливо позбавити хворого болювих відчуттів, забезпечити йому нормальний і достатній сон, своєчасно призначати раціональну дієту.

Для попередження розвитку гнійно-некротичних процесів використовують абактеріальні приміщення чи локальні абактеріальні ізолятори з регульованим середовищем, в яке розміщують уражену кінцівку, де періодично проводять обдування рани ламінарним вертикальним потоком стерильного теплого повітря. М.І. Кузін, В.К. Сологуб, В.В. Юденич (1982) звертають увагу на високу ефективність перебування опікових хворих в палатах-ізоляторах з інфрачервоним опроміненням.

Суттєвим прогресом при лікуванні (особливо відкритим способом) опікових хворих стало введення в клінічну практику спеціальних ліжок на повітряних подушках. У пацієнтів, що лежать на таких ліжках, тканини не стискаються під вагою тіла, немає додаткового порушення мікроциркуляції і механічної травматизації обпечених ділянок.

Лікувальне харчування. При опіковій хворобі порушуються всі види обміну речовин і перш за все білкового, різко підвищуються енергетичні витрати організму. Крім цього, значно порушується функція травної системи. Харчування повинно призначатися залежно від тяжкості опікової хвороби.

При опіках I-II ступенів призначають загальну лікарняну дієту, висококалорійні продукти з переважанням білка. При опіках II-III ступенів – опікову дієту А, з помірним підвищенням вмісту білків, підвищеною ка-

лорійністю і підвищеним вмістом жирів. При опіках III Б-IV ступенів призначають опікову діету Б, зі значним збільшенням вмісту білка, підвищеною калорійністю і підвищеним вмістом жирів. Харчування проводять невеликими порціями 5-6 разів на день механічно щадними продуктами з достатньою кількістю свіжих овочів, фруктів. Після кожного приймання їжі рот необхідно полоскати розчином питної соди.

При необхідності харчування проводиться ентеральним чи парентеральним шляхом. Парентерально вводять білкові препарати, жирові емульсії, а ентерально через зонд висококалорійні суміші. Призначають пиття великої кількості лужно-солевого розчину (на 1 літр води 1 чайна ложка кухонної солі і половину ложки харчової соди). При блюванні пиття призначають дрібними дозами.

Лікувальна фізкультура застосовується у всіх періодах опікової хвороби, за винятком опікового шоку. **Призначають** лікувальну фізкультуру після виходу хворого з тяжкого стану з метою психотерапевтичного впливу і попередження застійної пневмонії. Використовують статичні дихальні вправи через 1,5-2 години. Для попередження утворення контрактур проводять лікування положенням: сегмент чи кінцівку встановлюють у функціонально вигідну позицію.

У II-III стадіях призначають лікувальну, гігієнічну гімнастику, самостійні заняття. Останні проводять по декілька разів протягом дня. Комплекс включають загальнорозвиваючі вправи, вправи для неушкоджених кінцівок, статичні напруження м'язів, уявні рухи. У подальшому комплекс доповнюють рухами в неушкоджених сегментах ураженої кінцівки, потім – в uszkodжених ділянках. Останні виконують обережно, з невеликою амплітудою, у повільному темпі, з полегшених вихідних положень (похилі площини, гамачки, ковзкі поверхні). Поступово включають вправи для розроблення суглобів у зоні ураження. Приділяють увагу вправам, які сприяють формуванню компенсацій, навичок самообслуговування. Між заняттями та під час сну кінцівка укладається в лонгету в положення, досягнуте під час занять.

При хірургічному методі лікування. У передопераційний період хворого необхідно навчити фізичних вправ, які він буде виконувати після оперативного втручання. Через декілька годин після нього призначають дихальні вправи. Тип дихання вибирають залежно від характеру і ділянки оперативного втручання. Активні рухи в суглобах оперованої ділянки починають з 7-10 дня і виконують в повільному темпі, з невеликою амплітудою.

У IV стадії призначають лікувальну гімнастику, гігієнічну гімнастику, самостійні заняття, ходьбу. В комплекси включають загальнорозвиваючі вправи для неушкоджених м'язових груп, спеціальні пасивні та активні вправи в повільному темпі, без напруження, з урахуванням локалізації опіку. Необхідно звернути увагу на попередню підготовку хворого до вставання та ходьби. Ефективними є заняття у воді.

Масаж призначають після очищення опікової поверхні від відмерлих тканин і закриття ран. Застосовують сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних та рефлексогенних зон відповідних спинномозкових сегментів, масаж симетричних здорових ділянок тіла. При ураженнях кінцівок в процедуру поступово включають масаж ділянок, розміщених проксимальніше, потім – дистальніше місця ураження та з протилежного боку відносно локалізації опіку. Травмовану поверхню спочатку обминають, але з утворенням рубця починають обережно масажувати поверхню опіку.

Фізіотерапію призначають після виведення хворого з шокового стану і хірургічної обробки опікової поверхні з метою зменшення болю, проти-запальної, антитоксичної дії, прискорення відділення відмерлих тканин, стимуляції епітелізації, попередження утворення келоїдних рубців, контрактур, підготовки до пересадки шкіри, відновлення нервово-психічного стану. Застосовують УФО ділянки опіку, сегментарних ділянок, повітря палат і перев'язувальної, мікрохвильову або УВЧ-терапію, діадинамотерапію, солюкс, електрофорез з новокаїном, індуктотермію, електросон.

Психотерапевтичний вплив. Однією з суттєвих завад у профілактиці виникнення контрактур є боязкість хворого рухатися. Вона викликає негативне відношення до занять і нерідко призводить до рефлекторного напруження м'язів. Медичні працівники повинні дуже обережно переконувати хворого в необхідності занять, звести до мінімуму біль при заняттях. Значно полегшаться завдання реабілітації, якщо медичний персонал буде спокійним, доброзичливим, тактичним, а також створить доброзичливу атмосферу для одужання хворого.

Післялікарняний період реабілітації

В момент виписки хворого із стаціонару повинна бути визначена подальша програма реабілітації, яка залежить від тяжкості опікової травми, ускладнень, методів лікування, функціонального стану кістково-м'язової системи та внутрішніх органів. Всі хворі підлягають диспансерному спостереженню, яке включає як відновлювальне лікування, так і оцінку стану всіх органів і систем, захоплених в процес. При виявленні соматичної патології, хворих направляють на консультацію до відповідних спеціалістів і виконують їх рекомендації.

Завдання реабілітації: максимально можливе відновлення фізичної працездатності, функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем, рухомості суглобів, скорочувальної здатності, сили і тонуусу м'язів; активізація обмінних і трофічних процесів, підвищення еластичних та пружних властивостей обпечених і навколишніх тканин, розм'якшення і розсмоктування рубцевих змін та контрактур; попередження росту патологічних рубців; збереження існуючих і відновлення тимчасово знижених трудових навичок і побутових дій, адаптація до фізичних навантажень побутового і трудового характеру.

У випадку інвалідності – зменшення її проявів, тренування збережених рухів, удосконалення постійних компенсацій, розширення можливостей самообслуговування, побутової активності.

Засоби реабілітації: симптоматична медикаментозна терапія, хірургічне лікування, ЛФК, масаж, механо-, фізіо-, бальнео-, працетерапія, психотерапевтичне лікування.

Етапи реабілітації. В реабілітації хворих на опікову хворобу після виписки зі стаціонару виділяють три етапи. Перший етап – ранній, починається безпосередньо після виписки зі стаціонару із загоєними опіковими ранами, коли достатньо реабілітації консервативними методами. Другий етап – хірургічної реабілітації. Третій етап – заключний, коли проводять консервативне доліковування, розширення і стабілізація відновлених функцій.

На початку першого етапу виділяють 4 групи реабілітованих: 1) особи, що не потребують спеціального доліковування; 2) особи, що потребують фізіотерапевтичного і загальнозміцнювального лікування; 3) особи, що вимагають відносно термінового оперативного втручання; 4) особи, що потребують систематичного комплексного консервативного лікування.

Реабілітацію хворих 2 групи проводять у вільний від роботи час в поліклініках. Хворі 3 групи направляються в центри реабілітації для проведення хірургічного, а потім – відновного лікування. Реконструктивні операції проводять у відділеннях і центрах реабілітації хірургами, які пройшли спеціалізацію по відновній і пластичній хірургії опіків. Пацієнтів з більш складними ураженнями направляють для реконструктивних операцій в спеціалізовані відділення відновної хірургії обласних і республіканських лікарень. При виписці після реконструктивних операцій реконвалесценти підлягають диспансерному спостереженню.

Четверта група хворих перебуває під диспансерним контролем і потребує комплексного консервативного лікування. Хворих, що мають рубцеві контрактури, а також ті, у яких почали рости гіпертрофічні і келоїдні рубці, направляють в бальнеологічні лікарні. Курс лікування триває 6 місяців, після чого проводять контрольний огляд реабілітованого і вирішують питання щодо працездатності і подальшої програми реабілітації. Огляди і лікування повторюють до повного чи максимального відновлення фізичної активності і зовнішнього обліку.

Лікування келоїдних рубців проводиться після опіків III А ступеня, якщо вони є суттєвим косметичним дефектом. Для цього використовують лікування пірогенамом чи введення в рубцеву тканину лідази з кортикостероїдними гормонами. Інколи позитивні результати досягаються після використання електрофорезу з ронідазою, ультразвуку з емульсією гідрокортизону тощо. При безуспішності консервативного лікування виникає необхідність в оперативній корекції рубців, яку проводять в спеціалізованих відділеннях (Б.С. Віхрієв, В.М. Бурмистров, 1986).

Ці ж методи використовуються при реабілітації пацієнтів, яким було проведене оперативне відновлення шкірних покривів на ділянках опіків III Б ступеня. Основним завданням є розтягнення рубців, прискорення їх дозрівання, а також попередження незворотної ретракції трансплантатів. Це досягається, в першу чергу, пасивними рухами в суглобах, виконаними за допомогою інструктора ЛФК. Для боротьби з контрактурами важливо зміцнити м'язи-антагоністи, що досягається активними силовими вправами і розслабленням м'язів, що знаходяться в стані контракції, для чого виконуються вправи невеликої амплітуди з розвантаженням. Комплекс вправ визначає методист ЛФК залежно від терміну, що пройшов від моменту травми, місцевих змін і локалізації опіку (Бутиріна Г.Я., 1965).

Реабілітація обпечених хворих після ампутації нижньої кінцівки утруднена несприятливим загоєнням кукси і наслідками опікової хвороби. Найбільш часто зустрічаються рубці та контрактури і для того, щоб провести протезування, необхідно розтягнути і розм'якшити рубці на куксі, зміцнити м'язи і збільшити амплітуду рухів в суглобі. Для цього призначають лікувальну фізкультуру, масаж, УВЧ, ультрафіолетове опромінення, парафінові аплікації та інші фізіотерапевтичні процедури. Патологічні рубці підлягають хірургічній корекції.

Лікувальна фізкультура. Поступово включають всі види фізичних вправ. Характер навантажень залежить від виду контрактури, ступеня порушення глибоких структур, часом після опіку, характеру лікування. Загальними положеннями ЛФК є безболісні, повільні, з максимально можливою амплітудою рухи. У зв'язку з повільним відновленням у хворих на опікову хворобу функції внутрішніх органів, ЦНС, імунної системи, фізичної працездатності інтенсивність фізичного навантаження необхідно нарощувати дуже повільно. Із спеціальних вправ особливо ефективними є вправи у теплій воді, купання, плавання. Їх рекомендується виконувати після попередньо проведених фізіотерапевтичних процедур та масажу або під час останнього.

Лікувальний масаж. Застосовують ручний і апаратний (підводний душ-масаж, вібраційний) масаж. Використовують класичний і сегментарно-рефлекторний масаж. До плану процедури попереднього періоду включають ще масаж ділянки опіку. При контрактурах використовують інтенсивно виконані прийоми поздовжнього і поперечного розтирання, штрихування, зміщення, розтягування шкіри і підшкірної основи, безперервну і переривчасту вібрацію.

Фізіотерапія. Застосовують парафінові та озокеритові аплікації, грязелікування, індуктотермію, діадинамотерапію, електростимуляцію, мікрохвильову та ультразвукову терапію, електро- і фонофорез з розсмоктувальними речовинами, теплі прісні, сірководневі, вуглекисло-радонові, скипидарні, йодобромні, шавлієві ванни, душ, геліотерапію. Терапію рубців проводять лідазою (ін'єкції, електро- і фонофорез), ультразвуком, магнітотерапією, рентгенотерапією.

Механотерапію проводять за допомогою блокових та маятникових апаратів. При можливості їх розміщують у воді. Хворі займаються на апаратах під час занять лікувальною гімнастикою, самостійних занять, після теплових процедур, масажу.

Працетерапія залежить від характеру порушення функцій. Використовують всі види працетерапії: відновну, загальнозміцнювальну, виробничу. При виборі характеру трудового процесу необхідно враховувати наявний функціональний дефект, загальну клінічну картину хвороби. Трудові процеси призначають з врахуванням професії хворого (підбирають знайомі види роботи) і віку (наприклад, діти із задоволенням займаються різними іграми, ліпленням, малюванням, склеюванням тощо).

Можливість виконання трудових операцій полегшується також регулюванням ваги різних інструментів, пристосувань, які фіксують чи утримують руку під час роботи при зниженій м'язовій силі, різних стабілізуючих пристосувань, насадок на інструменти.

У випадку відсутності перспективи на повернення до попередньої роботи, проводять навчання елементам можливої в перспективі роботи. Більш тяжких хворих навчають прийомам самообслуговування, побутових дій.

Психотерапевтичне лікування. Важливу роль при проведенні реабілітації опіковим хворим треба надавати психотерапії, оскільки у випадках розвитку функціональних, а особливо косметичних дефектів у багатьох хворих спостерігаються психічні відхилення різного ступеня, пов'язані з їхньою неповноцінністю. У деяких хворих спостерігається головний біль, порушення сну, дратівливість, уразливість, замкнутість. Ці хворі найкраще себе почувають серед таких самих "товаришів по горю". Ці розлади є показанням до призначення транквілізаторів та седативних препаратів, використання різних методів психотерапевтичного впливу. Важливим в такій ситуації є правильний підхід лікаря до хворого, створення доброзичливої атмосфери для його одужання.

Санаторно-курортне лікування. Для санаторно-курортного лікування найчастіше використовують місцеві санаторії з їх фізіотерапевтичними та бальнеологічними чинниками, лікувальною фізкультурою, масажем, механо-, праце-, психотерапією.

Соціально-реабілітація

Після виписки із стаціонару виділяють наступні групи патологічних станів, які вимагають різних методів соціальної та професійної реабілітації: 1) порушення функції і косметичні дефекти після консервативного лікування поверхневих, у тому числі, обширних опіків; 2) порушення функції і косметичні дефекти, що залишилися після оперативного лікування опіків III Б ступеня; 3) наслідки опіків IV ступеня, а також втручань, які призводять до каліцтва (ампутацій, екзартикуляцій, резекцій сут-

лобів; 4) пізні дерматози; 5) різні функціональні порушення і захворювання внутрішніх органів, що є наслідком опікової хвороби або її ускладнень (Б.С. Віхрієв, В.М. Бурмистров, 1986).

Опікова хвороба дає велику кількість інвалідів. За даними В.В. Юденича, В.М. Гришкевича (1986) зразу після виписки зі стаціонару інвалідами було визначено 6,9 % хворих, що лікувалися в опіковому центрі. За групами інвалідності вони розподілялися наступним чином: I група – 56,5 %, II – 40,5 %, III – 3 %. Причинами інвалідності були рани і виразки, що не загоюються, післяопікові рубцеві деформації і контрактури (68,6 %). У 19 % хворих відмічались порушення функції кисті, у 9 % – ампутація кінцівок. Серед інвалідів 82 % складали особи найбільш працездатного віку (від 29-49 років). У віддалені терміни (3-10 років) інвалідами залишилось 69 %, у більшості з них (71 %) ступінь інвалідності зменшився, тобто, з I та II груп перейшла в III.

Це типовий приклад того, наскільки важливою є своєчасно і правильно проведена реабілітація осіб з тимчасовою та стійкою втратою працездатності. Важливе місце в цьому процесі займає своєчасне залучення необхідних спеціалістів, максимально ефективного використання всіх можливостей, спрямованих на повернення до праці хворих з наслідками опіків, їх професійна підготовка, перепідготовка, раціональне працевлаштування.

У відновленні професійних можливостей велике значення має забезпечення хворого спеціальними пристосуваннями, які дають можливість працювати навіть при наявності значних анатомічних дефектів. Так пацієнтам, що перенесли ампутацію обох верхніх кінцівок, протезування дає можливість частково або і значною мірою повернути здатність до самообслуговування і навіть праці шляхом складних реконструктивно-відновних операцій. Забезпечення сучасними багатофункціональними протезами дає можливість повернути до праці чи навчання значну частину пацієнтів (Б.С. Віхрієв, В.М. Бурмистров, 1986).

3.4.3. Медична соціальна реабілітація при переломах кісток кінцівок

За даними лікарсько-трудової експертизи у 26,1 % випадків причиною інвалідності є функціональні, а не морфологічні зміни (В.В. Кляпчук, Г.В. Дзяк, 1995). Вони виникають внаслідок тривалої акінезії, пов'язаної з іммобілізацією та ліжковим режимом і є результатом несвоечасного, нерегулярного застосування засобів відновного лікування. Тому важливим фактором скорочення термінів тимчасової непрацездатності і профілактики інвалідності є своєчасна і добре організована реабілітація травматологічних хворих, бо навіть незначні порушення функції опорно-рухового апарату безпосередньо впливають на їх працездатність.

Медична реабілітація

Етапи реабілітації. Нинішня структура лікувально-профілактичної допомоги населенню складається з долікарняної (само- і взаємодопомога), амбулаторної допомоги. Далі це станція швидкої медичної допомоги, травматологічний пункт, травматологоортопедичний кабінет поліклініки (району, області), а при необхідності – травматологічне відділення стаціонару (хворого в тяжкому стані направляють у реанімаційне відділення чи палату інтенсивної терапії) – реабілітаційне відділення стаціонару – травматологічний кабінет поліклініки – санаторно-курортне лікування – повернення до трудової діяльності (при потребі – перекваліфікація).

Засоби та завдання реабілітації. Відновлення здоров'я досягається за допомогою комплексу медичних засобів: хірургічного чи консервативного лікування травм, медикаментозної терапії, лікувальної фізкультури, масажу, працетерапії, ортопедичних засобів та протезування, фізіотерапевтичного, механотерапевтичного лікування, психотерапевтичного впливу.

Гостра стадія. Насамперед хворого необхідно вивести із тяжкого стану. Незалежно від виду пошкодження і ускладнень лікування переломів і вивихів базується на трьох основних принципах: негайна анатомічна реконструкція, зіставлення кісткових відламків; ретельна і безперервна іммобілізація перелому до досягнення зростання кістки; якнайшвидший початок відновного лікування.

Вибір оптимальної тактики лікування хворих з переломами кісток кінцівок вирішується у кожному випадку індивідуально. Для цього використовують консервативний (фіксаційний та ексензійний) і оперативний методи лікування (остеосинтез відкритий і закритий).

Після вирішення хірургічних чи ортопедичних завдань, на перший план виходять лікувально-реабілітаційні заходи загального плану.

Реабілітація на стаціонарному етапі спрямована на:

- попередження гнійно-септичних ускладнень шляхом хірургічної обробки рани при відкритій травмі та адекватної антибактеріальної, інфузійної, десенсибілізуючої терапії, фізіотерапії;
- нормалізацію функцій основних систем організму за допомогою медикаментозного лікування, методів ЛФК, праце- та фізіотерапії;
- попередження застійної пневмонії, атонії кишечника, тромбоемболічних ускладнень шляхом ранньої рухової активації хворого, масажу, фізіотерапії;
- формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу (психотерапія);
- максимально можливе збереження функціональної здатності іммобілізованої кінцівки;
- пришвидшення процесів регенерації та репарації, попередження утворення рубцевих та постіммобілізаційних контрактур;

- профілактика атрофії м'язів і підтримання повного об'єму рухів в неімобілізованих суглобах;
- підготовка хворого до ходьби на милицях (при травмах нижніх кінцівок);
- навчання хворого самообслуговуванню.

Для вирішення п'ятьох останніх завдань застосовують лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапевтичне лікування, механо-, працетерапію, психотерапевтичний вплив.

Післялікарняний період повинен забезпечити виконання наступних завдань:

- сприяння утворенню рухливого еластичного рубця;
- попередження виникнення контрактур та атрофії м'язів;
- відновлення функціонального стану ураженого органа (кінцівки) та функціонування організму в цілому.

Для вирішення цих завдань застосовують лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапевтичне, ортопедичне лікування, механо-, працетерапію, психотерапевтичний вплив.

Лікувальну фізкультуру, масаж та фізіотерапію призначають відповідно до періоду захворювання, – імобілізаційний (I), постімобілізаційний (II) та відновний (III).

I період триває від 60 до 90 і більше діб (залежно від характеру травми та загальної реактивності організму) і характеризується гострими проявами травми та початком регенераторного процесу.

Лікувальну фізкультуру призначають залежно від локалізації, ступеня тяжкості травми, виду імобілізації. При лікуванні переломів та вивихів найчастіше застосовують знерухомлення зовнішніми засобами (гіпсова пов'язка, ортопедичні шини, апарати зовнішнього притискання); внутрішнє знерухомлення (пластини, гвинти, цвяхи, металеві стержні) та за методикою скелетного витягнення.

В період імобілізації призначають вправи загальнозміцнювального характеру, дихальні (статичні і динамічні), а також вправи для симетричної здорової кінцівки. З метою попередження розвитку контрактур і пришвидшення консолідації кісток призначають ідеомоторні (посилання імпульсів без ефективного скорочення м'язів), ізометричні (статичні напруження м'язів) вправи, а також вправи для неімобілізованих суглобів ураженої кінцівки. В подальшому підключають вправи з поступовим нарощуванням тиску по осі ураженої кінцівки, масаж здорової кінцівки та сегментарних рефлексогенних зон для стимуляції процесів репарації.

За відсутності протипоказань призначають УВЧ-терапію, магнітотерапію, індуктотермію, мікрохвильову терапію на ділянку ураження з метою ліквідації больового синдрому, покращення кровопостачання, зменшення ексудації, стимуляції остеосинтезу.

II період характеризується консолідацією перелому, утворенням кісткової мозолі і починається відразу після зняття іммобілізації. Продовжуючи проведення загальнозміцнювальних та дихальних вправ, у цей період активно застосовують спеціальні (відновлювальні) вправи для уражених кінцівок, – активні рухи із збільшенням їх амплітуди, вправи на розтягування м'язів, ізометричне напруження м'язів, статичні утримання кінцівки, тренування осьової функції, вправи зі снарядами та пристосуваннями (блоки, палиці, булави, гантелі, ковзкі площини та ін.). Особливо ефективними в цей період є вправи у ванні або басейні (гідрокінезотерапія), поєднання їх з процедурами класичного і сегментарного масажу, теплолікуванням (парафіно-, озокеритотерапія) та бальнеотерапією (ванни, напівванни, гідрогальванічні ванни).

У III періоді захворювання, під час якого здійснюється повне відновлення функцій ушкодженої ділянки та організму в цілому, продовжується призначення як загальнорозвиваючих вправ, так і спеціальних. Останні виконуються з максимальними амплітудою та навантаженням, використанням снарядів та апаратів механотерапії. Особлива увага приділяється вправам на активне і пасивне розтягування м'язів з метою максимального відновлення рухливості ушкоджених кінцівок. Найбільш ефективними в плані оптимального відновлення функції є процедури гідрокінезотерапії, механотерапії та поєднання останніх з теплолікуванням, бальнеотерапією, масажем.

Працетерапія проводиться за наступними її видами:

– тонізуючої (на початку захворювання) – для підвищення тону, мобілізації волі хворого, покращення функціональної здатності рухового апарату;

– відновної – для активації зниженої функції рухового апарату, враховуючи при цьому як інтереси хворого, так і характер та ступінь порушення функцій;

– орієнтовної – для оцінки працездатності та професійного профілю хворого;

– продуктивної працетерапії – як заключної фази лікування і для одночасного переходу до виробничої діяльності.

На ліжковому режимі трудова терапія носить відволікаючий характер, заповнює вільний від лікування час хворого. Призначають прості, доступні види діяльності. Найбільш показані трудові операції з виготовлення марлевих тампонів і серветок, в'язання, прості картонажні роботи. Для зручності на ліжку хворого розміщують спеціальні пристосування (столики), на яких знаходяться робочі інструменти, сировина, виготовлені вироби.

В наступні періоди в процесі проведення працетерапії виявляються функціональні можливості хворого, відновлюються необхідні для роботи трудові навички, що дозволяє в подальшому орієнтувати хворого на професію, яка відповідає його руховим можливостям. Використовують різно-

манітні трудові операції. Плетення із соломки, в'язання, виготовлення конвертів, коробок, перепльотів, різьба по дереву, виготовлення виробів із глини сприяють тренуванню верхніх кінцівок, суглобів і пальців кистей. Швейні роботи сприяють відновленню функціональної здатності як верхніх, так і нижніх кінцівок. Робота в положенні стоячи, з переважною опорою на здорову кінцівку (після травм нижньої кінцівки) допомагає у відновленні опорної функції ураженої кінцівки та рівноваги. Прядіння, робота на ткацькому верстаті мають загальнорозвиваючий вплив.

Працетерапія є основою побутової реабілітації, при якій хворий навчається основним навичкам самообслуговування (приймання їжі, гоління, одягання, пересування), тому у відділеннях працетерапії застосовують побутові стенди, на яких розміщують основні предмети побуту.

Психологічна реабілітація. Рання психологічна підготовка хворого до можливих змін професії попереджує виникнення невротичних реакцій, допомагає хворому в активній і свідомій участі в процесі реабілітації. Вона включає психотерапевтичні бесіди, психотропні засоби, гіпносугестивні впливи.

Соціальна реабілітація

Пошкодження кісток кінцівок вимагає особливо ретельної соціальної та професійної реабілітації. Важливе значення має професійна реабілітація молодих людей, коли внаслідок травм виникають стійкі деформації, які різко порушують функцію рухового апарату, особливо верхніх кінцівок. Аналіз характеру професійної діяльності осіб, які надалі визнані інвалідами, проведений В.Ф. Трубніковим та співавт. (1986) показав, що до травми 79,7 % постраждалих були висококваліфікованими робочими і спеціалістами.

Відновлення побутових навичок включає виховання навичок самостійного переміщення, самообслуговування. Хворого вчать приймати їжу, одягатися, умиватися, користуватися апаратами, милицями, ціпком, коляскою, міським транспортом. Важливо пристосувати до можливостей хворого домашню обстановку: меблі, розміщення предметів, одягу. Наприклад, пристосувати меблі і посуд в кухні так, щоб полегшити працю жінки-інваліда.

Експертиза працездатності. Правила видачі листків непрацездатності при побутовій й виробничій травмі дещо відрізняються. При втраті працездатності у зв'язку з побутовою травмою на перші п'ять днів видається довідка, а починаючи з шостого дня – листок непрацездатності. Якщо травма виникла внаслідок стихійного лиха або анатомічного дефекту постраждалого, лікарняний листок видається на весь період непрацездатності.

При тимчасовій непрацездатності від травми внаслідок зловживання алкоголем, сп'яніння чи дій, з цим пов'язаних, замість листка непрацездатності видається довідка спеціального зразка.

При виробничій травмі листок непрацездатності видається з першого дня непрацездатності. Такий же порядок передбачено і для травм невиробничого характеру, якщо нещасний випадок стався по дорозі на роботу чи з роботи, при виконанні донорських функцій, при виконанні громадянського обов'язку і рятуванні людей, під час участі у спортивних іграх на офіційних змаганнях. В усіх зазначених випадках травма підлягає розслідуванню і спеціальному обліку (Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2002 р.).

В реабілітації хворих з стійкою втратою працездатності важливим є програмування і плановість. В цьому відношенні важливу роль повинні відіграти спеціалізовані МСЕК, які визначають ступінь втрати працездатності і розробляють план реабілітаційних заходів: направлення для хірургічного лікування чи проведення поліклінічного відновного лікування, на перенавчання, працевлаштування відповідно до функціональних можливостей хворого.

Працевлаштування реабілітованого хворого, є логічним завершенням реабілітації (повернення до праці). Особливо важливе значення в поверненні хворого до суспільно корисної праці має правильний вибір для інваліда професії, яка повинна відповідати його можливостям. Це створює умови для самозабезпечення інваліда, його матеріальної незалежності.

Хворим з порушенням функції верхніх кінцівок можна рекомендувати роботу на комп'ютері, професії лаборанта, економіста, бухгалтера; хворим з порушенням функції нижніх кінцівок – будь-яку сидячу роботу.

Профілактикатравматизму

Профілактика травматизму потребує великої уваги від держави, міністерств, відомств, всіх медичних працівників. Вона вимагає впровадження загальнодержавних заходів профілактики травматизму, особливо в умовах запровадження сімейної медицини.

Профілактика травматичного пошкодження опорно-рухового апарату базується на визначенні провідної ролі певних видів травм для окремих груп населення. В основі визначення лежить раціональна реєстрація травм, яка має юридичне, наукове, оперативне значення. Усунення та зменшення поширеності всіх провідних причин травм суттєво впливають на рівень травматизму. Розроблена стосовно провідних причин санітарно-просвітня робота, підвищення зайнятості дітей, контроль за ними, розроблення і виконання нормативів з техніки безпеки на виробництві, дотримання вимог безпеки праці в побуті і на виробництві, співпраця лікарів і спеціалістів з техніки безпеки на виробництві, з представниками правоохоронних органів, ДАІ – це далеко не повний перелік реальних засобів профілактики травматизму.

Профілактика остеопорозу включає раннє виявлення пацієнтів групи ризику з метою своєчасного початку профілактики та лікування захворювання, що буде сприяти припиненню подальшої втрати та збільшенню мінеральної щільності кісткової тканини, попередженню виникнення переломів кісток.

В профілактиці виникнення опікової хвороби важливу роль відіграє санітарно-просвітня робота (особливо серед дітей та підлітків) щодо правил поводження з вогнем та вогненебезпечними засобами в побуті та на виробництві.

Важливе значення в проведенні профілактичної роботи мають постійні навчання дітей, підлітків, організованих груп населення з надання само- і взаємодопомоги при нещасних випадках.

3.5. Медична та соціальна реабілітація в педіатрії

У 1959 році Генеральна Асамблея ООН ухвалила Декларацію прав дитини – перший документ такого змісту в історії міжнародних відносин. У схваленій Декларації вказується: “Усім дітям людство зобов’язане дати найкраще, що воно має”. 10 принципів Декларації визначають права кожного маленького громадянина Землі. Четвертий принцип проголошує право дитини на здоров’я та повноцінний розвиток.

В Україні хронічні захворювання у дітей, дитяча інвалідність є складною медичною і соціальною проблемою. За даними МОЗ України, в структурі первинної інвалідності серед дітей на першому місці знаходяться вади розвитку, на другому – хвороби нервової системи, на третьому – розлади психіки та поведінки. Серед соматичних захворювань до інвалідності найчастіше призводять хвороби органів дихання, гепатобіліарної системи та ін. Всі вони вимагають розробки комплексної системи медичної, педагогічної, соціальної реабілітації. Наявність єдиної системи медико-соціальної реабілітації дітей з хронічною патологією та інвалідів з дитинства дасть можливість підвищити ефективність лікування та прискорить повернення дитини до суспільного життя.

3.5.1. Медична та соціальна реабілітація дітей з дитячими церебральними паралічами

Дитячі церебральні паралічі (ДЦП) – це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком ураження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному та ранньому постнатальному періодах (ВООЗ, 1980).

За даними МОЗ України, ДЦП в 2001 році склали 2,64 на 1000 у дітей віком до 14 років, що складає 0,16 % серед усіх зареєстрованих захворювань. Наявність рухових, мовних, психічних порушень у дітей з ДЦП є причиною інвалідизації. У 50-70 % таких хворих є контрактури та деформації кінцівок.

ДЦП являють собою резидуальні стани з непрогресуючим перебігом. Однак, інфекційні захворювання, інтоксикації, повторні травми сприяють погіршенню стану хворого. З віком виникає невідповідність між можливостями нервової системи, що патологічно змінена, і потребами, що висуває навколишнє середовище до організму, наростає декомпенсація.

Підходи до реабілітації хворих залежать від форми ДЦП. В класифікації за Л.О. Бадалян (1984) виділені наступні форми:

Молодий вік: 1) спастичні форми (геміплегія, диплегія, двобічна геміплегія); 2) дистонічна форма; 3) гіпотонічна форма.

Старший вік: 1) спастичні форми (геміплегія, диплегія, двобічна геміплегія); 2) гіперкінетична форма; 3) атактична форма; 4) атонічно-астатична форма; 5) змішані форми (спастико-атонічна, спастико-гіперкінетична).

Запровадження інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації хворих на ДЦП (В.І. Козьявкін, 1992-1999) спонукала до створення реабілітаційної класифікації ДЦП.

В основному діагнозі виділяють три провідних синдроми:

1. Синдром рухових порушень:

а) вираженість пірамідних рухових порушень: парез і плегія;

б) поширеність рухових порушень: моно-, пара-, три-, тетра-, геміплегія (парез);

в) тип порушень (за змінами м'язового тону): гіпертонія м'язів, гіпотонія, дистонія.

2. Синдром порушення інтелекту:

а) затримка психічного розвитку легкого ступеня;

б) виражена затримка психічного розвитку.

3. Синдром мовних розладів:

а) затримка мовного розвитку;

б) алалія (сенсорна, моторна або змішана);

в) дислалія;

г) дизартрія (спастична, гіперкінетична, атактична, змішана).

Ця класифікація дає можливість дати оцінку тривалої реабілітації хворого.

Перебіг захворювання ДЦП розділяють на три стадії: 1) ранню (від 3 тижнів до 4 місяців); 2) початкову хронічно-резидуальну (від 5-6 місяців до 2-3 років); 3) кінцеву резидуальну (понад 3-4 роки).

На ранній стадії захворювання лікування направлене на профілактику подальшого пошкодження структур мозку та корекцію наслідків уражених ділянок, ліквідацію чинників, які пошкоджують мозок, відновлення ще життєздатних локусів в зоні ураження.

В наступній стадії звертають увагу на вироблення компенсаторних механізмів за рахунок здорових і відновлених ділянок мозку в зоні його ураження; по можливості усунення або зменшення деформації кінцівок та контрактур суглобів.

Прогноз залежить від ступеня ураження, часу, коли почалося лікування, етапності та послідовності реабілітації.

Дитина з ураженням ЦНС неуточненого генезу та після встановлення діагнозу повинна лікуватися у відділі патології новонароджених, дитячому неврологічному відділенні, кабінеті дитячого невролога поліклініки, в центрі реабілітації ДЦП, місцевому санаторії, на курорті. Крім того, в домашніх умовах повинна постійно здійснюватися реабілітація хворої дитини. В цьому повинні бути переконані батьки і володіти методами масажу, ЛФК, педагогічними прийомами, розуміти їх необхідність.

Завдання реабілітації. Основною метою реабілітації та лікування дітей з ДЦП є найбільш повна соціальна адаптація, суть якої багато в чому залежить від збереженості психічних функцій і моторного розвитку. Хворі з тяжкими руховими дефектами, що пересуваються за допомогою підручних засобів, але із збереженим інтелектом, можуть бути повноцінними членами суспільства.

Медична реабілітація повинна бути довготривалою з поступовим за віком призначенням елементів соціальної адаптації і соціальної реабілітації.

Методи та засоби реабілітації. В даний час існує значна кількість методів реабілітації хворих на ДЦП, більшість з них ґрунтується на фізичній реабілітації. В останні десятиріччя світового визнання набула система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР), розробленої професором В.І. Козьявкіним, поширені в світі методика розвитку Бобата, метод рефлекс-локомоції Войта, кондуктивна педагогіка Петьо. Крім того, широко застосовуються медикаментозні і немедикаментозні засоби (фізіотерапія, рефлексотерапія, черезшкірна нейроелектростимуляція, лікувальні блокади, ЛФК, бальнеотерапія, психотерапія, працетерапія, санітарно-просвітницькі засоби).

Лікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: ортопедичні заходи, зниження м'язового тону, зменшення гіперкінезів, покращення нервово-м'язової провідності, нормалізація обміну м'язової тканини, стимуляція обмінних процесів в нервовій тканині.

Засоби реабілітації

Лікування положенням. Ортопедичні засоби є важливою складовою комплексного лікування ДЦП у дітей раннього віку. Вони забезпечують фізіологічне взаємовідношення голови, тулуба, кінцівок. Ортопедичний режим попереджає формування патологічної пози, контрактури, деформації. Вже з періоду новонародженості малюку надають фізіологічного положення. Голова дитини фіксується валиками з обох сторін по середній лінії злегка зігнутою. Якщо голова доліхоцефалічної форми, то її укладають на "бублик" (спеціально зшитий круг) (рис. 36).



Рис. 36. Ортопедичні засоби для надання правильного положення тілу дитини.

Фізіологічне положення кінцівок також забезпечується спеціальними укладками та лонгетами (рис. 37). При порушенні згинання кисті в руку дитини вкладають шарик або валик, далі на 40-60 хв фіксують лонгету з наступним проведенням масажу та лікувальної гімнастики.

Для попередження аддукторного спазму стегна у дітей раннього віку застосовують широке пеленання або одягання шинки-штанці на 2-3 години. У дітей 2-3 років можна використовувати спеціальні розпірки.

Стопи в фізіологічному положенні утримують лонгети, які одягаються на шкарпетки на 40-60 хв.

Медикаментозна терапія. Залежно від форми ДЦП хворим із спастичною формою призначаються препарати, що знижують тонус м'язів (мідокалм, мілектин, тропацин, елатин та інші).

Хворим з ататично-гіпотонічною формою призначають препарати, які підвищують тонус м'язів (прозерин, галантамін, карнітину хлорид, фосфаден, актовегін та інші).



Рис. 37. Спеціальні укладки та лонгети для надання правильного положення тілу дитини.

При виражених тонічних скороченнях м'язів, неможливості утримувати голову по середній лінії, застосовують спеціальні обручі, які через спеціальну дугу фіксуються до спинки ліжка. За допомогою такого пристосування голову фіксують по середній лінії по 30-40 хв 3-4 рази на день.

При травматичній або спастичній кривошії голову в правильному положенні утримують за допомогою картонно-ватного комірця Шанца.

При змішаних формах невролог підбирає медикаментозні препарати з вищеназваних груп.

В комплексному лікуванні широко застосовують **фізіотерапевтичні засоби**. В ранньому дитячому віці перевагу надають лікувальним ваннам, гарячим укутуванням, електрофорезу з лікарськими препаратами, електростимуляції, НВЧ-терапії.

Лікувальна гімнастика більш ефективна на фоні фізіотерапевтичного лікування. За допомогою цього методу досягається гальмування патологічної тонічної рефлекторної активності, нормалізація м'язового тону, покращання довільних рухів, тренування послідовного розвитку вікових моторних навичок. Рефлекторне гальмування та покращання рухів забезпечується лікувальною гімнастикою в положенні на спині, на животі, сидячи, на колінках.

В першому півріччі життя вправи носять пасивний характер, швидкість і амплітуда рухів нарастають поступово. З другого півріччя значення набуває ігрова гімнастика. Рефлекторна гімнастика ґрунтується на включенні в рух м'язів при викликанні вроджених безумовних рефлексів (в перші 3-4 місяці життя). Її не можна призначати на ранній стадії ДЦП при активації безумовних рефлексів.

Лікувальний масаж. Поряд з лікувальною гімнастикою застосовують класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий масаж. Залежно від форми порушення м'язового тону призначають масаж за гальмівною або збуджуючою методикою. При виражених симптомах ДЦП лікувальний масаж застосовують переважно для м'язів спини, живота, сідниць. Точковий масаж в комплексі з лікувальною гімнастикою активізує розгинання рук, ніг, відведення плеч, стегон; зміцнює м'язи живота, спини, сідниць.

Післялікарняний період реабілітації

Після виписки дитини із стаціонару, якій встановлений діагноз ДЦП, їй складається програма реабілітації (не менше ніж на рік). Оскільки хворі на ДЦП є інвалідами дитинства, під терміном "реабілітація" розуміють процес, метою якого є допомога інвалідам в досягненні оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня діяльності та підтримання його; створення умов для зміни їх життя та зменшення обмежень їх життєдіяльності. Надзвичайно важливо допомогти батькам усвідомити сутність проблем їх дітей та допомогти їм оволодіти методикою індивідуального навчання дитини, перетворити батьків на активних учасників реабілітаційного процесу.

При Кабінеті Міністрів України у 2002 році створена Міжвідомча координаційна рада з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. В безперервному реабілітаційному процесі беруть участь фахівці різних установ і підпорядкування, зокрема, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти, Міністерство праці та соціальної політики.

Після виписки дитини із стаціонару реабілітація проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах або в центрах (відділеннях) медичної реабілітації. На сьогодні в Україні відкриті 61 Центр та відділення з медико-соціальної реабілітації, де впроваджена єдина модель реабілітаційного процесу "Тандем-партнерство", "Дитина-сім'я-фахівець". МОЗ України рекомендує впроваджувати методи реабілітації, що розроблені і

застосовуються в Інституті проблем медичної реабілітації (м. Трускавець), центрах реабілітації м. Донецька та Києва, в санаторних комплексах м. Одеси і Євпаторії. В реабілітаційний процес хворих на ДЦП залучені медики, педагоги, психологи, логопеди, батьки (основа усього процесу). Серед дітей інвалідів 89 % виховуються вдома, 6,4 % – в дитячих будинках та школах-інтернатах, системи Мінісвіти, 3,2 % – в будинках-інтернатах системи Мініпраці, 1,2 % – у закладах інших міністерств і відомств.

Засоби реабілітації: медикаментозна терапія, фізична реабілітація, система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, іпотерапія, ортопедичне лікування, психотерапія, працетерапія, логопедична корекція.

Медикаментозна терапія. В цей період роль медикаментозної терапії зменшується. Об'єм останньої залежить від форми ДЦП. Призначаються L-карнітин, елькар, стимул, неотон, інстенон. При необхідності проводиться лікування бронхолегеневої патології, кардіоміопатії, імунної недостатності на фоні ДЦП.

Фізична реабілітація: методика розвитку Бобата, метод рефлекс-локомації Войта, кондуктивна педагогіка Петьо (застосування повторення для всіх вправ – основа терапії).

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за методом В.І. Козьяккіна – лікувальна система включає в себе різноманітні засоби реабілітації: терапевтичні блоки, повторення фізичних вправ, покрокова деблокада суглобів, лікувальний тренінг на біговій доріжці, загальний масаж, мобілізуюча гімнастика, пасивно-активна гімнастика на дистальні відділи кінцівок; вправи на розвиток функції кисті та дрібної моторики; ритмічна гімнастика, музикотерапія, використання комп'ютерних ігор в поєднанні з психотерапією та інші методи, які підбираються індивідуально для кожного хворого. Створена кінезотерапевтична система для інтенсивної реабілітації хворих з застосуванням біодинамічного коректора "Спіраль" (мобілізуюча гімнастика, велотренування, механотерапія, заняття на біговій доріжці, комп'ютерна ігротерапія з кистевим маніпулятором та кріслом для мультивекторної мобілізації хребта).

Психотерапія: корекція порушень особистості спільно з батьками - подолання негативізму та інфантилізму невротичних, аутичних рис характеру. Повинна бути мотивація пацієнта до одужання, активне залучення його в реабілітаційний процес. Складовими ланками цієї програми є: 1) створення оптимальної реабілітаційної атмосфери; 2) узгодження системи цінностей пацієнта та лікаря; 3) формування соціальних контактів; 4) усвідомлення та використання пацієнтом своїх нових моторних можливостей (С.М. Гордієвич, О.О. Кочмар, 2003). Застосовують ряд методик, спрямованих на підвищення мотивації до одужання, встановлення соціальних контактів, ритмічна гімнастика, дитячі олімпіади, реабілітаційні комп'ютерні ігри, музикотерапія, арт-терапія та інші.

Лікувально-педагогічна робота спрямована на розвиток рухів, сенсорного сприйняття, мови, формування предметної діяльності та комунікативної поведінки. Маніпулятивна гра стимулює прагнення до пізнання та цілеспрямованих рухів. В процесі гри виробляються і закріплюються рухові стереотипи. Педагогічну корекцію можна починати з раннього віку дитини із залученням в цей процес матері. В подальшому формується і розвивається система “мати-дитина”. Гра активізує розвиток емоційної і мотиваційної сфери.

Логопедична корекція рухових мовних порушень: нормалізація мовленнєвого дихання, ліквідація функціональних блоків в шийному відділі хребта та нормалізація тону м’язів; боротьба з вторинними контрактурами та деформаціями; моделювання та формування нових стереотипів рухів обличчя та скронево-нижньощелепових суглобів, орофациального апарату, виховання потрібного артикуляційного праксиса (Н.В. Козявкін та співавт., 2003). Зменшення моторних та мовних порушень сприяють соціальній реабілітації хворих на ДЦП.

Іпотерапія – (лікувальна “верхова гра” на конях) приводить до зниження м’язового тону в дітей зі спастичними формами; розвитку вестибулярної функції і функції рівноваги; зміцнення м’язів тазового дна і кінцівок; створення правильного рухового стереотипу, формування позитивного психосоціального статусу (І.В. Вовченко та співавт., 2003). В процесі іпотерапії покращується психоемоційний статус хворої дитини; виникають передумови її соціальної і професійної реабілітації.

Ортопедичне лікування: ортопедичні пристрої, ортопедичні режими і укладки, фіксуючі апарати.

Хірургічне лікування. В разі неефективності консервативного лікування, розвиток контрактур і деформацій зумовлюють *хірургічне лікування* хворих на ДЦП. Особливістю останнього є багатогранність, послідовність виконання низки оперативних втручань, які поєднуються з консервативними видами лікування (призначення медикаментів, фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізкультури, функціонального протезування), а також з навчально-виховним процесом. Результатом лікування повинно бути зниження тяжкості інвалідності, покращання функції опорно-рухового апарату, навичок самообслуговування та пристосування до трудової діяльності.

Реабілітація дітей з тяжкою розумовою відсталістю: програма реабілітації підбирається індивідуально для кожної дитини і включає в себе: базальну стимуляцію (вплив на аналізатори); розвиток рухових навичок, розвиток комунікативних здібностей, розвиток соціальних навичок, творча терапія, розвиток практичних навичок (самообслуговування, далі - побутових); розвиток навичок праці; підготовка до трудової діяльності, професійна підготовка за спеціальностями: пральна справа, деревообробка, швейна справа та інші (М.К. Ігоніна, 2003).

Соціальна реабілітація

Спеціалізовані дитячі заклади. Створення спеціалізованих дитячих садків та шкіл сприяє продовженню відновної терапії, яка розпочалась в стаціонарі, продовжилась в поліклініці. Безперервність реабілітації закріплює досягнуті результати. Тут поряд із спеціалізованими методами включаються різні культурні, спортивні і суспільні заходи, які адаптують дитину до життя в колективі.

Працетерапія при ДЦП. Вид працетерапії визначається психологічними особливостями дитячого організму, необхідністю збереження при роботі певної пози, іншими методичними особливостями трудової терапії та клінічними ознаками хвороби. Завдання працетерапії: покращання координації рухів, нормалізація тону м'язів кінцівок, покращання функції ослаблених м'язів, вироблення стереотипу більш правильного ортостатичного положення тіла, пригнічення патологічних рефлексів (гіперкінезій, сінкінезій), розвиток ціленаправлених компенсаторних навичок, зменшення контрактур.

Хворим підходить більш проста робота з елементарним характером трудових операцій. Основними видами робіт можуть бути виготовлення плаття для ляльки з паперу; одягання взуття та одягу на ляльку; розмальовування простих малюнків; малювання простих фігур та рисунків; плетіння килимків з кольорового паперу; склеювання коробок, конвертів; сортування металевих деталей за розміром та формою (гайки, болти, гвинти, цвяхи); проста столярна робота (пиляння, стругання, свердління, шліфування); ліплення з пластиліну та глини простих за формою предметів; підготовча робота до шиття (намотування ниток); ручна швейна робота.

Для полегшення роботи застосовують різні пристосування. Так для полегшення столярних робіт використовують ремінні фіксатори, насадки на рукоятки інструментів тощо.

Хворим необхідно ретельно навчати техніці трудового навичку: показувати спосіб виконання трудової операції (розчленування її на окремі прості елементи), пояснювати трудове завдання, пасивно виконувати основні робочі рухи тощо. Час на виконання трудового завдання повинен бути збільшений.

Трудовою діяльністю можуть займатися в перспективі 70-72 % хворих, яким доступне широке коло професій. Рекомендовано 7 груп професій, якими можуть оволодіти пацієнти залежно від клінічної форми ДЦП, рівня інтелекту, рухових порушень: інтелектуальна і лічильно-канцелярська праця; адміністративно-господарська; індустріально-ручна; легка ручна праця на виробництві або в домашніх умовах; професії обслуговування та масово-побутові; робота в торгівлі. Хворим на ДЦП протипоказані професії із застосуванням значних фізичних зусиль; пов'язані з керуванням технікою; які вимагають швидких психічних реакцій; повної цілості рухових функцій; біля механізмів, що рухаються.

Більшість хворих на ДЦП одержують групу інвалідності: 1) III групу при недостатній руховій компенсації та при наявності супутніх порушень легкого ступеня, а також середнього ступеня у хворих з геміплегічним ураженням; 2) II групу – при середньому ступені рухових порушень і при геміплегічній формі з тяжкими порушеннями; 3) I групу – хворі із порушенням рухових функцій тяжкого ступеня при диплегічній формі та подвійній геміплегії, при гіперкінетичному синдромі. При легких, компенсованих змінах ЦНС група інвалідності може не призначатися.

Санаторно-курортне лікування

У хронічній стадії рекомендується санаторно-курортне лікування в спеціалізованих санаторіях або відділеннях з 3-річного віку, тривалість лікування не менше 60 днів (Євпаторія, Одеса, Слав'янськ).

Комплекс санаторно-курортного лікування повинен гармонійно поєднувати всі види медичної, соціальної реабілітації з максимальним використанням кліматичних і природних факторів курорту: режим, кліматотерапію, лікувальну фізкультуру і масаж, бальнеогрязелікування, навчально-виховну роботу, заняття з логопедом, за показаннями – медикаментозна та ортопедичне лікування, фізіотерапію.

Режим: охоронне гальмування, раціональне розподілення протягом дня рухового режиму, заняття, відпочинок, лікувальні процедури, ЛФК.

Кліматотерапія проводиться за щадною методикою: аеротерапія – прогулянки, повітряні ванни, денний сон на свіжому повітрі, сонячні ванни від 2-3 хв до 10-15 хв для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, до 25-30 хв для старших дітей при легкому ступені ураження.

Грязелікування один із основних методів курортного лікування ДЦП. Грязелікування починається після 7-10 днів адаптації. Доцільно чергувати грязеві аплікації з мінеральними або радоновими ваннами. Тривалість курсу лікування 8-10-12 процедур, через день.

Методики лікування:

- 1) Грязеві аплікації на шийно-комірцеву зону за Щербаком.
- 2) Грязеві аплікації на уражені кінцівки у вигляді “рукавичок”, “панчіх”, “шортиків”, “шаровар” при температурі 38-40-42 °С залежно від віку пацієнтів та загального стану. Тривалість процедури 8-10-15 хвилин. Вони показані при спастичних формах ДЦП. Аплікації на кінцівки можна поєднувати з аплікаціями на комірцеву зону.
- 3) Аплікації на поперекову ділянку при температурі грязі 38-40 °С, тривалість процедури 8-15 хв. Можна поєднувати з аплікаціями на комірцеву зону. При цій процедурі відбувається стимуляція надниркових залоз у хворих із затримкою фізичного розвитку, автоімунних змінах.
- 4) Грязеві аплікації на комірцеву зону і вздовж хребта, включаючи поперекову ділянку, хворим із гіперкінетичною формою. Температура грязі 38-40 °С, тривалість процедури 8-15 хв.

5) Грязеві аплікації на круговий м'яз рота хворим з дизартріями температурою 38-40 °С, тривалість процедури 10-15 хв, на курс 10-12 процедур.

6) Гальваногрязеві процедури на комірцеву зону та шийно-грудний відділ хребта. Температура грязі поступово підвищується від 38 до 40-41 °С, тривалість процедури 15-25 хв, через день на курс 10-12 процедур.

7) Курс грязелікування можна повторювати через 4-6 місяців. При проведенні пелоїдотерапії протипоказано перебування на сонці, морські купання.

Бальнеотерапія. Застосовують хлоридні натрієві, радонові, сульфідні, хвойні, кисневі ванни на морській воді. В Одесі, Євпаторії проводять рапні ванни (20-30 г/л). Лікувальні ванни поєднують з пасивними і активними коригуючими вправами.

Купання в басейні, гідрокінезотерапія при температурі води 32-34 °С, тривалість від 10-20 хв, на курс 12-15 процедур.

Підводний масаж призначають дітям шкільного віку при наявності контрактур, тривалість процедури 5-15 хв, на курс 10-15 процедур.

Фізіотерапія: електростимуляція ослаблених м'язів антагоністів за допомогою електрофорезу з лікарськими засобами; індуктотерапія, електросон. СМХ на різні м'язи кінцівок, на ділянку симпатичних вузлів, на круговий м'яз рота і під'язикову ділянку. Можна поєднувати з бальнеотерапією.

Лікувальна фізкультура: індивідуальна і групова (малими групами).

Масаж: ослаблених м'язів по 10-15 хв, можна поєднувати з масажем комірцевої зони.

Працетерапія: навчання елементам самообслуговування, читання, професійним навичкам (в'язання, вишивання, машинопис та інші) старших дітей.

Після санаторно-курортного лікування оцінюють його ефективність (значне покращання, покращання, без покращання, погіршення).

Профілактика ДЦП дітей

1. Якісна диспансеризація дівчаток, дівчат, виховання здорової майбутньої жінки-матері.

2. До настання вагітності генетичне та імуногенетичне обстеження майбутніх батьків. Вагітність повинна бути плановою.

3. Вагітній жінці необхідно здійснювати заходи по запобіганню гіпоксії плода, діагностиці фетоплацентарної недостатності, пренатальну діагностику вад розвитку, проводити профілактику недоношеності і переношеності.

4. Своєчасна корекція відхилень від фізіологічного перебігу вагітності під час інтранатального періоду.

5. Узгоджені дії неонатолога та невролога в терапії патології новонароджених дітей в гострий період.

3.5.2. Медична та соціальна реабілітація дітей хворих на бронхіальну астму

Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке характеризується варіабельною зворотною бронхообструкцією та гіперреактивністю бронхів.

Бронхообструктивний синдром зумовлений набряком слизової, дискринією, спазмом гладкої мускулатури бронхів. Гіперреактивність дихальних шляхів – це їх відповідь у формі спазму на різноманітні хімічні, фізичні або фармакологічні подразники. Найбільш типовою ознакою бронхіальної астми є напад експіраторної ядухи.

Бронхіальна астма найбільш поширене хронічне неспецифічне захворювання легень, може призвести до інвалідності в дитячому віці. На бронхіальну астму хворіють від 5 до 10 % дитячого населення планети. Бронхіальна астма є однією із основних проблем в пульмонології і алергології. Серед дітей-інвалідів з приводу соматичних захворювань бронхіальна астма складає 81,8-85,7 %.

Підходи до реабілітації хворих на бронхіальну астму залежать від ступеня тяжкості захворювання, його перебігу. Розрізняють легку інтермітуючу (ступінь 1), помірну персистуючу (ступінь 2), середньої тяжкості персистуючу (ступінь 3), тяжку персистуючу астму (ступінь 4). Розроблені протоколи лікування бронхіальної астми у малюків і дітей до 5 років та у дітей старше 5 років і дорослих.

Лікування та реабілітація хворих повинні тривати безперервно. Зокрема, лікування загострення (нападу) бронхіальної астми (найчастіше в стаціонарі); стабілізація досягнутого ефекту в лікуванні (амбулаторно-поліклінічний етап); підвищення специфічних та неспецифічних захисних сил, нормалізація гомеостазу організму хворого (санаторно-курортний етап).

Лікування хворого без урахування запального процесу в бронхах, з порушенням етапності і безперервності реабілітації призводить до втрати контролю над перебігом бронхіальної астми, прогресування захворювання, підвищення інвалідності і навіть смертність.

Завдання реабілітації. Основні завдання в лікуванні та реабілітації дітей з бронхіальною астмою наступні: зменшення та ліквідація симптомів хвороби; нормалізація або покращання показників функції зовнішнього дихання; попередження прогресування захворювання; відновлення або підтримка життєвої активності відповідно до віку.

Тривала медична реабілітація повинна передбачати соціальну адаптацію та соціальну реабілітацію.

Засоби реабілітації. На сьогодні існує значна кількість методів реабілітації хворих на бронхіальну астму. Визначена ступенева реабілітація хворих, в якій чітко визначені методи медикаментозного лікування. Ступеневий підхід до лікування передбачає швидке зняття симптомів, покращан-

ня або нормалізацію бронхіальної прохідності. Остання контролюється за допомогою пікфлоуметрії. Крім того, широко застосовується аеро- і озонотерапія, спелеотерапія, мікрокліматотерапія, синглетно-киснева терапія, специфічна імунотерапія, рефлексотерапія, вібромасаж, точковий масаж, інгаляції різних препаратів, фізіотерапія, бальнеотерапія, психотерапія, санітарно-просвітницькі програми, кінезотерапія.

Лікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: зменшити або ліквідувати симптоми бронхіальної астми, покращити або нормалізувати показники функції зовнішнього дихання. На сьогодні визначилася тенденція до скорочення стаціонарного етапу за рахунок раннього направлення хворих у відділ відновного лікування (залежно від ступеня тяжкості хвороби).

Засоби реабілітації: медикаментозна терапія, охоронний режим, лікувальне харчування, лікувальна фізкультура з дренажними положеннями, масаж, фізіотерапевтичні методи.

Медикаментозна терапія. Чисельні медикаментозні препарати розподіляють на дві групи: протизапальні (“препарати для контролю за хворобою”) та спазмолітичні (“препарати для контролю за симптомами астми”).

Протизапальні препарати є засобами базисної терапії персистуючої середньотяжкої та тяжкої форми бронхіальної астми. Їх необхідно застосовувати систематично і тривало, до зникнення запального процесу в бронхах. Найбільш ефективними у плановій терапії є інгаляційні кортикостероїди (бекотид, беклофорт, фліксотид) в еквівалентних дозах. Поступово дозу доводять до мінімально ефективної для підтримки астма-контролю. Частота застосування інгаляційних кортикостероїдів залежить від етапу лікування. До досягнення астма-контролю вони призначаються 2 рази на добу, а при досягненні астма-контролю – 1 раз на добу. Тривалість лікування досягає 6 тижнів і більше. Інгаляція стероїдами здійснюється за допомогою різних доставкових пристроїв (спейсерів).

Альтернативним методом лікування є комбінована терапія: інгаляційні кортикостероїди в середніх дозах в поєднанні з препаратами, що також володіють протизапальним потенціалом. До них відносяться пролонговані β_2 -агоністи [сальметерол (серевент)], медіатори лейкотриєнів (монтелукаст), пролонговані теофіліни, препарати, що пригнічують синтез Ig E. Є препарат для комбінованої терапії в одній лікарській формі – серетид (флутиказон + сальметерол). При неефективності описаної терапії (інгаляційні кортикостероїди у високих дозах, пролонговані β_2 -агоністи) призначаються пероральні кортикостероїди. Добова доза приймається зранку, в подальшому переходять на інтермітуючий спосіб лікування – через день в дозі за 2 доби.

До базисної терапії легкої та середньотяжкої персистуючої астми відносять кромолін-натрію (інтал, кромолін та інші), недокроміл-натрію (тайлед).

Інгаляційні симпатоміметичні засоби (β_2 -агоністи) знімають спазм м'язової оболонки бронхів, що приводить до ліквідації ядухи. Вони застосовуються для попередження або зняття приступу ядухи. До цих препаратів належить вентолін (сальбутамол), фенотерол (беротек), тербуталін (бриканіл), дія до 4-х годин, добова доза може досягати 8-10 інгаляцій. Сальметерол (серевент) і формотерол – пролонговані β_2 -симпатоміметики (до 12 годин). Ефективні для попередження нічної ядухи.

Ступенева терапія передбачає підвищення дози і кількості препаратів залежно від тяжкості хвороби; перехід до лікування на ступінь вище. При досягненні контролю над хворобою на даній ступеневій терапії, переходять на ступінь нижче (зменшується фармакотерапія).

Ступінь I (легка інтермітуюча астма): симпатоміметики в інгаляціях при необхідності; кромолін-натрій або симпатоміметики профілактично (перед навантаженням).

Ступінь II (помірна персистуюча астма): щоденно інгаляційні кортикостероїди 200-500 мкг на добу або кромолін-натрію, або тайлед. При необхідності застосовуються бронходилататори короткої дії (інгаляційні β_2 -агоністи).

Ступінь III (середньої тяжкості персистуюча астма): дози інгаляційних кортикостероїдів збільшуються порівняно з дозою на II ступені; додаються препарати теofilіну пролонгованої дії; при необхідності – β_2 -агоністи.

Ступінь IV (тяжка персистуюча астма): доза інгаляційних кортикостероїдів більше ніж на III ступені; додаються пероральні кортикостероїди протягом декількох днів з поступовим зниженням дози до підтримуючої.

На стаціонарному етапі лікування призначається також щадний режим; харчування за інгредієнтами відповідно до віку з виключенням алергізуючих продуктів; дихальна гімнастика з дренажними положеннями, масаж за розслаблюючою методикою. Необхідно виявляти та лікувати респіраторні інфекції, хронічні вогнища інфекції.

Післялікарняний період реабілітації

На цьому етапі реабілітація направлена на регенерацію і компенсацію порушених функцій, попередження прогресування бронхіальної астми. Дитина може продовжувати лікування в домашніх умовах, в відділах реабілітації при дитячих поліклініках.

Засоби реабілітації: медикаментозна терапія, мікрокліматотерапія, іонотропна терапія, специфічна імунотерапія, НВЧ-терапія, рефлексотерапія, кінезотерапія, метод вольового обмеження легеневої вентиляції, психотерапія. Успіх лікування хворих дітей на астму значною мірою залежить від їх інформованості та батьків про дану патологію, особливості способу життя, режиму, харчування, побуту. Проблему навчання хворих здійснює “Астма-школа”, яка повинна функціонувати при дитячих лікувально-профі-

лактичних закладах для дітей та їх батьків. Мета “Астма-школи” – підвищити ефективність терапії бронхіальної астми, навчити дитину контролювати перебіг хвороби, користуватися пікфлоуметрами, спейсерами, сприяти психологічній реабілітації хворого. Якість життя дитини та її сім’ї залежить від співпраці всіх людей, що оточують хвору дитину (стаціонар, поліклініка, школа, сім’я).

Побутова реабілітація: при можливості, виключення контакту з алергеном (алергенами), усунення контакту з домашніми тваринами, птахами (папуги, канарейки та інші), кормом для акваріумних рибок.

Режим: достатній нічний сон згідно з віком, денний сон 1-2 години в кімнаті з достатньою аерацією (відкрите вікно, фіранка). Виключаються фізичні навантаження, які призводять до утруднення дихання, погіршують загальний стан. Вранці – зарядка відповідно до віку хворої дитини. При відвідуванні школи діти або звільняються від занять фізкультури на 1-3 місяці, або їм призначається спеціальна медична група фізкультури або ЛФК.

Дієтотерапія: харчові інгредієнти згідно з віковими нормами з виключенням харчових алергенів.

Медикаментозна терапія. В цей період кількість медикаментів, їх дози зменшуються. Більшість хворих одержують лікування як при III ступені (середньої тяжкості персистуюча астма) або II ступені (помірна персистуюча астма). Ступінь II – інгаляційні кортикостероїди або кромолін-натрій (інтал), або недокроміл-натрій (тайлед); симпатоміметики – при необхідності. Тривале застосування кортикостероїдів зумовлює призначення хворим на бронхіальну астму препаратів кальцію з метою корекції остеопенічного синдрому.

Фізіотерапія. Протизапальним ефектом володіють також лазеротерапія, магнітолазеротерапія, електрофорез сульфату міді, хлориду кальцію, магнітотерапія, індуктотермія, СМХ-, ДМХ-терапія на грудну клітку та на надниркові залози (індуктотермія і ДМХ-терапія). Кожній дитині методи фізіотерапії підбираються індивідуально.

Мікрокліматотерапія є вагомим доповненням до медикаментозного лікування. В кімнатах штучного клімату використовують високодисперсні аерозолі натрію хлориду. Камери штучного мікроклімату (галотерапія) можуть застосовуватися в умовах стаціонару, поліклініки, санаторію.

Спелеотерапія – застосування мікроклімату соляних копалень, печер. Досвід лікування хворих в Українській алергологічній лікарні МОЗ України (Солотвино, Закарпаття) показує, що у хворих з тяжкою формою бронхіальної астми збільшується тривалість стійкої ремісії, зменшується частота загострень, нормалізуються окремі психофізіологічні функції. Тобто, підвищується ефективність комплексної реабілітації хворих на бронхіальну астму, покращується якість їхнього життя.

На амбулаторно-поліклінічному етапі у всіх хворих необхідно активно виявляти хронічні вогнища інфекції (карієс, періодонтит, тонзиліт, синусити та інші), глистяні, паразитарні інвазії та проводити санацію цих вогнищ, протиглистяну та протилямбліозну терапію. При повторних респіраторних інфекціях доцільно застосовувати препарати, які підвищують опірність організму, зокрема рибомуніл. Останній містить субстрати основних збудників респіраторних інфекцій, здійснює специфічний вакцинальний ефект.

Дітям, починаючи з підліткового віку, необхідно проводити професійну орієнтацію, направлену на свідомий вибір “нешкідливої” професії.

Санаторно-курортне лікування

Реабілітація на даному етапі направлена на попередження рецидивів хвороби, консолідацію (закріплення) ремісії, нормалізацію реактивності організму, місцевих і загальних імунологічних процесів, підвищення адаптаційних резервів організму.

Санаторно-курортне лікування здійснюється на курортах Криму (Гаспра, Місхор, Ялта, Євпаторія, Феодосія), Закарпаття (Солотвино) та інших. Діти направляються в санаторії в період стійкої ремісії, при легкому або середньотяжкому перебігу бронхіальної астми. Тривалість санаторно-курортного лікування повинно бути не менше 2 місяців.

Засоби реабілітації

Комплекс санаторно-курортного лікування включає режим, лікувальне харчування, використання природних і преформованих фізичних факторів, зокрема, кліматолікування, повітряні або сонячні ванни, мінеральні води, лікувальну фізкультуру; масаж, психотерапію, загальне ультрафіолетове опромінення, НВЧ-, лазеро-, голкорексфлексотерапію.

Особливе місце займає таласотерапія – це лікування морським кліматом. Вона включає в себе прогулянки на березі моря, приймання сонячних і повітряних ванн, морські купання, пісочні ванни. Морські купання мають позитивні впливи на організм, підвищують адаптаційні можливості.

Санаторно-курортний *режим* передбачає раціональне чергування рухової активності дітей з відпочинком. В період адаптації (перші 5-7 днів) режим щадний: ранішня гігієнічна гімнастика зі зменшеним навантаженням, прогулянки до 1-1,5 км, ігри до 30-60 хв. В подальшому збільшується навантаження під час ранішньої гігієнічної гімнастики, прогулянки до 1,5-3 км, вводяться спортивні ігри.

Лікувальне харчування за своїм складом повинно забезпечити організм дитини в основних інгредієнтах згідно з віком. Виключаються з харчування алергізуючі продукти.

Кліматотерапія – один із провідних методів лікування на цьому етапі. Цей метод включає в себе прогулянки, сон на свіжому повітрі, повітряні і сонячні ванни, теренкур, купання. Останні дозуються залежно від віку,

стану дитини, кліматогоеографічних і погодних умов. Прогулянки виключаються при температурі повітря нижче мінус 15 °С, сильному вітрі. Влітку діти можуть протягом дня перебувати на повітрі (парк, берег моря, веранди та ін.). Може бути нічний сон на березі моря (веранди, спеціально обладнанні павільйони).

Повітряні ванни в холодну пору року проводяться в приміщенні, влітку – на відкритому повітрі. Тривалість їх залежить від стану дитини, віку, температури повітря, вологості, швидкості вітру (від 5-7 до 30-40 хв). Повітряні ванни поєднують з ранішньою гігієнічною гімнастикою, іграми, прогулянками.

Сонячні ванни (геліотерапія) починаються після 3-5 повітряних ванн. Їх починають з 3-5 хвилин, далі, через 2-3 дні поступово збільшують на 5 хвилин і доводять до 20-30 хвилин. Геліотерапію проводять на пляжах або на спеціальних кліматомайданчиках, краще зранку, при невисокій сонячній радіації, при хороших погодних умовах. На курс призначається 20-25 процедур, кожен день. Діти дошкільного віку приймають сонячні ванни під час ігор.

Водні процедури проводяться з метою загартовування і включають обтирання, обливання, ніжні ванночки, купання в басейні, морі. Вони призначаються після періоду адаптації. Купання в басейні, морі дозволяється при температурі води 20-25 °С, хвилюванні моря не більше 1 бала. Тривалість купання від 2-4 до 8-10 хв. У воді діти повинні активно рухатися. Перед купанням в морі проводиться повітряна ванна. Після купання шкіру розтирають рушником, одягають сухий купальний костюм.

Можна також використовувати вуглекислі, йодобромні, радонові ванни при температурі 37-38 °С, тривалість від 5 до 12 хвилин. Для кожної ванни розроблені методики проведення.

Лікувальна фізкультура широко застосовується як метод функціональної терапії. Вона направлена на зняття патологічних кортико-вісцеральних рефлексів, підвищення нервово-психічного тону, на навчання дітей правильно дихати (носове дихання, діафрагмальне), регуляцію дихання, відновлення дренажної функції бронхів, покращення окисно-відновних процесів. При проведенні вправ застосовується звукова гімнастика з вимовлянням звуків “Фи”, “Пи”, “Ти”, “Ки” на видохи. Розроблений спеціальний комплекс і алгоритм лікувальної фізкультури. Крім лікувальних вправ, застосовується масаж грудної клітки, точковий, самомасаж (прогладжування, розминання, пощипування, постукування).

Спелеотерапія проводиться в умовах мікроклімату соляних шахт (Солотвино), основним лікувальним фактором є природний сухий аерозоль хлориду натрію. Іншими мікрокліматичними факторами є комфортна температура, сухе повітря, асептичне безалергічне середовище з підвищеною іонізацією, дещо підвищений вміст вуглекислого газу, наявність радону (Я.В. Чонка та співавт.). Спелеотерапія проводиться за розробленими комплексами (три): денні сеанси, нічні сеанси, їх тривалість і кількість. Кінце-

вим результатом цього методу лікування є зменшення тяжкості перебігу бронхіальної астми, подовження ремісії.

Психотерапія. Враховуючи, що бронхіальна астма впливає на формування особистості дитини, появу в неї психологічних проблем, які впливають на перебіг хвороби, в комплекс реабілітації таких хворих необхідно включати психотерапевтичну корекцію. Основною метою психокорекції є усунення патологічної реакції дитини на хворобу, зменшення рівня неспокою. В умовах санаторію переважно проводиться групова психотерапія.

Фізіотерапія. З метою нормалізації процесів нервово-рефлекторної регуляції дітям старше 5 років може застосовуватися електросон. Тривалість процедур 30 хвилин, через день, 10-15 сеансів.

В осінньо-зимовий період рекомендується загальне ультрафіолетове опромінення, яке проводиться за груповим методом. В групі від 7-8 до 20-25 дітей залежно від типу приладів для ультрафіолетового опромінення. Опромінення може проводитися також за сегментарними зонами.

Можуть застосовуватися методи НВЧ-, лазеро-, *голкорефлексотерапії*, які володіють імуномодуючою, гіпосенсибілізуючою дією та іншими. Розроблені методики лікування широко застосовуються у дітей.

Під час санаторно-лікувального лікування дотримуються принципу поступовості навантажень. Також використовують клімат різних природних зон, це таких як приморський, гірський, лісовий, степовий.

Профілактика бронхіальної астми у дітей

Розрізняють первинну та вторинну профілактику бронхіальної астми. Первинна профілактика направлена на попередження розвитку захворювання, а вторинна – на попередження загострень у хворих на астму.

Для попередження хвороби необхідно загартовувати дітей, обмежувати вплив на організм дитини вірусних інфекцій, пасивного куріння, харчових, медикаментозних та інших алергенів. Це, в першу чергу, стосується дітей, у яких обтяжений генетичний анамнез за розвитком алергічних захворювань.

Вторинна профілактика передбачає якісну, етапну, безперервну реабілітацію хворих дітей з урахуванням ступеня тяжкості хвороби. Необхідно, по можливості, виявити фактори зовнішнього середовища (алергени), які викликають і посилюють запальний процес в бронхах. Обмеження контакту хворого з алергенами зменшує запальний процес в бронхах.

Другим напрямком в профілактиці загострення є специфічна імуно-терапія.

Важливе значення має професійна орієнтація дітей щодо вибору майбутньої професії.

3.5.3. Медична та соціальна реабілітація дітей з хронічним гепатитом

Хронічний гепатит – це дифузний поліетіологічний запальний процес у печінці, обумовлений ураженням печінкових клітин, який триває понад 6 місяців, може призвести до формування цирозу.

Етіологічними чинниками хронічного гепатиту, в першу чергу, є віруси гепатиту В, С, D, G, цитомегаловіруси, герпес-віруси, а також гепатотоксичні медикаменти, метали, металоїди, бензол, токсини грибів.

Понад 40 % інфікованих переносять гострий гепатит В у субклінічних формах. 40 % інфікування на гепатит В припадає на перинатальний період. З числа дітей, які переохворіли в періоді новонародженості, у 90 % розвиваються хронічні захворювання печінки. Кожен рік у світі від HBV-інфекції вмирає близько 2 млн чоловік.

За орієнтовними підрахунками ВООЗ, в світі біля 500 млн носіїв вірусу гепатиту С. Під час носійства вірусу гепатиту С відбувається неухильно прогресуючий процес, що призводить у 50-80 % осіб до хронізації процесу. Між гострим, хронічним гепатитами, цирозом печінки та гепатоцелюлярною карциномою існує прямий зв'язок (єдиний патологічний процес).

Підходи до реабілітації хворих залежать від етіології хронічного гепатиту, клінічних проявів, активності процесу, стадії захворювання, провідного біохімічного синдрому. На кожному етапі реабілітації є свої особливості.

За останньою класифікацією хронічних гепатитів, яка прийнята в 1994 році в Лос-Анджелесі, розрізняють форми гепатиту, активність процесу, стадії.

Форми хронічного гепатиту:

1. Хронічний вірусний гепатит В, С, D, G.
2. Автоімунний гепатит, тип 1, 2, 3.
3. Медикаментозно-індукований гепатит.
4. Токсичний гепатит.
5. Алкогольний гепатит (у дорослих I-II місце).
6. Криптогенний гепатит (невизначеної етіології).

Активність:

1. Активна фаза:
 - а) мінімальна активність (АлАТ в сироватці крові перевищує нормальний рівень до 5 разів);
 - б) помірна активність (АлАТ в сироватці крові до 10 разів вище норми);
 - в) виражена активність (рівень АлАТ перевищує норму більше ніж в 10 разів).
2. Неактивний гепатит.

Стадії хронічного гепатиту:

- 0 – фіброз відсутній;
- 1 – слабовиражений перипортальний фіброз;
- 2 – помірний фіброз з порто-портальними септами;
- 3 – виражений фіброз з порто-центральною септою;
- 4 – цироз печінки.

При адаптації класифікації до дитячого віку ступінь активності, за даними трансаміназ, виділяють: в 1,5-2 рази вище норми – мінімальна, в 3-5 разів вище норми – слабовиражена, в 5-9 разів – помірна, в 10 разів і більше – висока.

Клініка хронічного гепатиту залежить від етіології. Провідними клінічними синдромами хронічного вірусного гепатиту є: інтоксикаційний, больовий, диспепсичний та холестатичний, рідше геморагічний.

За даними біохімічних досліджень, ознаками хронічного гепатиту є – цитоліз, холестаза, печінково-клітинна недостатність та імунозапальний процес.

Лікування та реабілітація хворих на хронічний гепатит повинні бути тривалими, направлені на припинення реплікації вірусу (при вірусному гепатиті), на зменшення активності запального процесу, пригнічення автоімунних процесів (при автоімунному гепатиті), виключення лікарських засобів, які мають токсичний вплив на гепатоцити, попередження трансформації хронічного гепатиту в цироз печінки.

Медико-соціальна реабілітація дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит В

Основним завданням лікування та реабілітації дітей, хворих на хронічний гепатит, є попередження трансформації хронічного запального процесу в цироз печінки.

Медична реабілітація повинна бути довготривалою, при необхідності з призначенням елементів соціальної адаптації та соціальної реабілітації.

Засоби реабілітації. На сьогодні активно розробляються засоби для лікування та реабілітації дітей, хворих на хронічний гепатит. Зокрема, інтерферонотерапія, імуносупресивна терапія, ентеросорбція, екстракорпоральні методи детоксикації, гепатопротектори, фізіотерапія, рефлексотерапія, бальнеотерапія, психотерапія.

Лікарняний період реабілітації

Завдання реабілітації: зупинити реплікацію вірусу (без дельта-антигену або з дельта-антигеном), перевести процес з фази реплікації в фазу інтеграції). Зменшити запальний процес в печінці, покращити її функціональну здатність.

Засоби реабілітації. Суттєве значення має режим. Ліжковий режим призначається хворим з вираженою активністю запального процесу. Трива-

лість його залежить від часу досягнення стабілізації клініко-параклінічних показників. При інших ступенях активності призначається щадний лікувальний режим, який передбачає обмеження фізичного навантаження. Нічний сон повинен бути не менше 8-9 годин, денний – 2 години.

Дієтичне харчування: призначається дієта № 5 за Певзнером з урахуванням фізіологічних потреб організму дитини. Їжу необхідно приймати 4-5 разів на день, в теплому вигляді, добре пережовувати. Необхідно виключити морозиво, шоколад, колаподібні та газовані напої. При супутніх захворюваннях кишечника, підшлункової залози робиться корекція харчування (згідно з дієтами за Певзнером).

Медикаментозна терапія. В фазу реплікації вірусу призначається *протівірусна терапія*, яка направлена на пригнічення реплікації вірусів та їх ерадикацію. Із всіх протівірусних препаратів найбільш виражений ефект мають *інтерферони*. В лікуванні гепатитів частіше використовується α -інтерферон, зокрема, генно-інженерний рекомбінантний α_2 -інтерферон (ІФН- $\alpha_{2\beta}$ – Лаферон, Інtron А, віферон). При призначенні інтерферону враховуються всі показання та протипоказання.

Інtron А призначається по 5 млн МО/м² 3 рази на тиждень протягом 6-12 місяців внутрішньом'язово або підшкірно.

Віферон 2, віферон 3 в свічках застосовується перші 10 днів по одній свічці вранці та ввечері, з інтервалом 12 годин, кожен день, а далі 3 рази на тиждень протягом 6-12 місяців.

Показниками ефективності лікування є нормалізація АЛАТ, зникнення маркерів реплікації вірусів.

При відсутності ефекту від лікування інтерфероном протягом 3-х місяців необхідно до лікування додати ламівудин в дозі 3 мг/кг маси тіла 2 рази на добу, але не більше 100 мг на добу.

В комплексному лікуванні хронічних вірусних гепатитів рекомендують застосування *імуномодуляторів* (циклоферон, амізон та ін.). Останні дослідження показали більшу ефективність лікування гепатитів при одночасному застосуванні інтерферонів та імуномодуляторів.

В педіатричній практиці широко призначається циклоферон внутрішньом'язово або внутрішньовенно в дозі 6-10 мг на кг маси тіла. При хронічному гепатиті В і С застосовують схеми № 4 і № 5 (Л.Р. Шостакович-Корецькая, 2000). Схеми № 4: доза препарату 6-10 мг/кг маси 1 раз на день внутрішньом'язово на 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 день, далі переходять на підтримуючі дози – 6 мг/кг маси 1 раз в 5 днів протягом 3-х місяців. Схеми № 5: циклоферон призначається в дозі 6 мг/кг маси 1 раз на день на 1, 2, 4, 6, 8 дні, далі через 48 годин № 5 та через 72 години № 5, всього 15 ін'єкцій.

З метою неспецифічної дезінтоксикації застосовують *сорбенти* (ентеросгель, полісорб, поліфепан, увесорб, карболонг, карбосфер, СКН) у вікових дозах, протягом 7-10 днів, кожні 3 місяці. При високому ступені актив-

ності призначають декілька сеансів *екстракорпоральної детоксикації* (плазмаферез, гемосорбція).

Широко застосовуються *антиоксиданти*: аевіт, вітамін Е курсами по 1-1,5 місяці, 5 % розчин унітіолу (5 мг/кг маси) протягом 10-14 днів, двічі на рік.

Покращання гемо- та ліквородинаміки досягається застосуваннями троксевазину, теоніколу. Троксевазин призначається по 10 мг/кг маси тіла 1 раз на добу внутрішньом'язово або в капсулах в дозі 20 мг/кг маси тіла за 2-3 прийоми протягом 1 місяця.

Гепатопротектори та препарати, що покращують жовчовиділення збільшують число позитивних відповідей на інтерферонотерапію. Застосовуються препарати різних груп (Н.В. Харченко, 2001) – рослинного походження (карсил, дарсил, гепарсил, силегон, легалон, хофітол, гепабене, гепатофальк-плата та ін.), фосфоліпідні та ліпосомальні (есенціале, ессел форте, ліпін, ліолів), препарати, що містять природні амінокислоти (гептрал, орнітин, метіонин, цитраргінін) та жовчні кислоти (урсофальк). Перевага надається препаратам рослинного походження (гепабене, гепатофальк-планта, галстена, хофітол). Тривалість курсу лікування від 1 до 3 місяців, дози вікові.

При вираженому холестазі перевагу надають *урсофальку*, який призначається в добовій дозі 8-10 мг/кг маси тіла, за 3 прийоми, під час їди. Курс лікування 1-3 місяці.

При розвитку кишкового дисбактеріозу призначаються пробіотики (симбітер, біфіформ, лінекс та ін.) та пребіотики (дуфалак). Курс лікування від 2 до 4 тижнів.

Післялікарняний період

Хворий виписується із стаціонару при відсутності клінічних проявів хвороби, у фазі інтеграції (відсутності реплікації вірусів), з нормалізацією або значним покращанням біохімічних показників сироватки крові.

Подальше лікування дітей проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах або в центрах (відділеннях) медичної реабілітації. Останнє направлене на регенерацію та компенсацію порушених функцій печінки.

Засоби реабілітації: режим, дієта, медикаментозна терапія, ЛФК.

Медикаментозна терапія. В цей період продовжується застосування гепатопротекторів (гепабене, галстена, гепатофальк-планта, хофітол), які призначаються по 1-2 місяці.

Один раз на квартал призначають ентеросорбенти (ентеросгель, полісорб, карбосфер, карболонг) у вікових дозах протягом 10 днів.

Повторно застосовують препарати, що покращують мікрогемоциркуляцію (теонікол, троксевазин). Якщо на лікарняному етапі дитина приймала троксевазин, то призначають теонікол і навпаки. Курс лікування 3-4 тижні.

Широко застосовуються вітаміни з мінералами (мульти-табс, піковіт, юнікап Ю, юнікап М та інші), тривалість курсу – 1 місяць.

В цей період можна призначати лікувальну фізкультуру, комплекс вправ при хронічних захворюваннях печінки. Цей засіб лікування сприяє покращанню емоційного стану дитини, кровообігу, зменшує застій жовчі в біліарній системі.

Санаторно-курортне лікування

На цьому етапі необхідно попереджувати рецидиви, закріпити (консолідувати) ремісію, підвищити адаптаційні резерви організму.

Санаторно-курортне лікування дітям, хворим на хронічний гепатит В, рекомендується в неактивній фазі, при мінімальній активності процесу в місцевих санаторіях та на спеціалізованих бальнеологічних курортах України (Моршин, Трускавець, Гусятин та інші).

Курс санаторно-курортного лікування складається з трьох періодів:

1) Адаптаційний період (5-7 днів) – адаптація дитини до нових умов та обстеження.

2) Основний період: активне бальнео- та грязелікування (35-38 днів).

3) Заключний період (4-6 днів): закінчується лікування, при необхідності проводяться повторні обстеження.

Режим в санаторії для дітей шкільного віку включає сон не менше 11,5-12 годин на добу; лікувальні та діагностичні засоби в першу половину дня; навчально-педагогічну роботу в другу половину дня; максимальне перебування на свіжому повітрі з виключенням інсоляції.

Виховна робота педагогів і медичних працівників повинна бути направлена на підвищення емоційного тону дитини, виховання санітарно-гігієнічних навичок.

Дієта забезпечує нормальне функціонування, ріст і розвиток організму дитини. Їжа повинна містити основні харчові інгредієнти згідно з віком, збагачена вітамінами, обмежена в екстрактивних речовинах, тугоплавких жирах.

Внутрішнє застосування маломінералізованих *мінеральних вод* (2-5 г/л) в дозі 3 мл на 1 кг маси дитини або до кількості років додати "0" – кількість води за один прийом (І.С. Сміян, 1985). Повна доза мінеральної води призначається в кінці тижня (перші 2-3 дні – 50 % дози, наступні 2-3 дні – 75 %).

Фізіотерапія: 1) електрофорез з 2-5 % розчином сірчаної кислоти магnezії, 8-10 процедур; 2) електрофорез грязі на ділянку печінки (в фазу стійкої ремісії), при температурі грязі 38-40 °С; на курс 8-10 процедур, призначаються через день; 3) озокеритотерапія в фазу ремісії на праве підребер'я при температурі від 40 до 45 °С, тривалість процедури від 20 до 30 хвилин залежно від віку.

Лікувальна фізкультура: гігієнічна гімнастика зранку, лікувальна гімнастика, ігри, екскурсії, прогулянки.

Медико-соціальна реабілітація дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит С

Хронічний гепатит С характеризується безсимптомним перебігом, тому визначити, коли дитина захворіла на гострий гепатит С, коли виникла його хронізація практично неможливо.

В класифікації фаз інтеграційного процесу виділяють фазу реактивації та латентну. Тривало клінічним проявом хронічного гепатиту С може бути втомлюваність (Ж.П. Майер, 2000). Це захворювання може починатися з позапечінкових проявів (мембранопротрофічний гломерулонефрит, синдром нейропатії, артрит, тиреоїдит, синдром Шегрена, виразка рогівки та інші).

Лікарняний період реабілітації в фазу реактивації

Завдання реабілітації: зупинити реплікацію вірусу С, ліквідувати запальний процес в печінці, зменшити прояви холестазу, покращити функціональний стан печінки.

Засоби реабілітації

Режим передбачає обмеження фізичного навантаження.

Дієта № 5 за Певзнером.

Медикаментозна терапія. *Інтерферонотерапія* – мета полягає в елімінації вірусу із сироватки крові, гепатоцитів, позапечінкових клітин, як наслідок елімінації – ліквідація активності запального процесу, нормалізація біохімічних показників та гістологічної картини печінки.

Перший варіант: *монотерапія* з використанням β-інтерферону (інтрон А, лаферон, віферон). Інтрон А призначається в дозі 3 млн МО/м² внутрішньом'язово або підшкірно, 3 рази на тиждень протягом 12 місяців (при відсутності РНК HCV через 3 місяці від початку лікування).

Другий варіант: *комбінована терапія* β-інтерферону (3 млн МО/м² 3 рази на тиждень) з рибавірином (ребентолом) в дозі 10 мг/кг на добу. Ця терапія призначається хворим вперше або при виникненні рецидиву після інтерферонотерапії.

Антиоксиданти: аевіт, вітамін Е протягом 1-1,5 місяця в вікових дозах.

Ентеросорбенти: ентеросгель, полісорб, карбосфер, карболонг у вікових дозах протягом 7 днів, один раз на 3 місяці.

При синдромі холестазу призначається *урсофальк* в дозі 10 мг/кг маси тіла на добу протягом 2-3 місяців.

Гепатопротектори рослинного походження (гепабене, гепатофальк-планта, галстена, хофітол, силібор, карсил); фосфоліпідні (есенціале) у вікових дозах.

При *дисбактеріозі* – пробіотики (симбітер, ацидофілюс, біфіформ, лінекс) та пребіотики (дуфалак).

Для покращання гемо- та лімфодинаміки призначають троксевазин, теонікол, пентоксифілін (трентал) у вікових дозах.

Післялікарняний період реабілітації

Продовжується медикаментозне лікування призначене в стаціонарі:

- *інтерферонотерапія* або *інтерферонотерапія* в комбінації з *рибавирином* (ребентолом);
- *гепатопротектори* рослинного походження, фосфоліпідні та ліпосомальні препарати у вікових дозах, курсами по 1-1,5 місяця;
- *антиоксиданти* та вітаміни курсами по 1-1,5 місяця;
- *ентеросорбенти* по 5-7 днів, кожен квартал;
- *препарати*, які покращують гемо- та лімфодинаміку;
- *пробиотики* та *пребіотики* залежно від мікроекології кишок.

В післялікарняний період **режим** загальний, з обмеженням значних фізичних навантажень (основна група фізкультури, заняття спортом та інші). Рекомендується **ЛФК** (спецгрупа), в подальшому – підготовча група фізкультури.

Харчування відповідає дієті № 5 за Певзнером.

Санаторно-курортне лікування

Діти, хворі на хронічний вірусний гепатит С, після стаціонару можуть направлятися для подальшої реабілітації в місцеві санаторії.

Основними засобами на даному етапі є: щадний режим, дієтотерапія, лікувальна фізкультура, кліматотерапія, екскурсії, прогулянки з метою підвищення емоційного тону дитини.

На даний час показання до призначення бальнеотерапії в санаторіях України у дітей не розроблені.

Медико-соціально-реабілітація дітей, хворих на автоімунний гепатит

Автоімунний гепатит – запалення печінки невідомої етіології, з хронічним перебігом, з вираженою гіперглобулінемією, наявністю автоантитіл в сироватці крові (антинуклеарних, антигладком'язових, антимікросомальних), з морфологічними змінами у вигляді портальної та перипортальної моноцитарно-клітинної інфільтрації, швидким утворенням фіброзу та цирозу печінки.

В структурі хронічних захворювань печінки у дітей складає 2 %. Серед хворих переважають дівчатка.

За класифікацією виділяють три типи автоімунного гепатиту (залежно від профілю виявлених антитіл).

Більше 80 % хворих дітей мають позапечінкові прояви. Останні у дітей представлені переважно шкірними висипаннями (геморагічний васкуліт), моно- і поліартритом.

Завданням лікування та реабілітації є максимальне гальмування автоімунного процесу, відповідно до зменшення активності запального процесу, поширеності фіброзу та попередження цирозу печінки.

Медична реабілітація повинна бути довготривалою або пожиттєвою.

Засоби реабілітації. На сучасному етапі лікування хворих на автоімунний гепатит включає медикаментозну (імуносупресивні препарати – кортикостероїди та цитостатики) та немедикаментозну терапію (ентеросорбенти, плазмаферез).

Об'єм лікування та реабілітації залежить від активності процесу та періоду захворювання.

Лікарняний період реабілітації

Основним завданням цього періоду є припинення клонування автореактивних Т-лімфоцитів.

Базисна терапія автоімунного гепатиту включає в себе:

- режим з виключенням фізичного навантаження;
- дієтотерапію – діету № 5 за Певзнером з виключенням алергізуючих страв;
- курси гепатопротекторів, антиоксидантів, ентеросорбентів.

На фоні базисної терапії призначається патогенетично обґрунтоване лікування (**імуносупресивні препарати**).

Кортикостероїди як монотерапія: преднізолон (метипред, дексаметазон та інші) в дозі 1-1,5-2 мг/кг маси на добу за преднізолоном, залежно від активності процесу. Максимальна доза до 60 мг/добу, тривалість її застосування від 4 тижнів до 6-8 тижнів (до досягнення терапевтичного ефекту). Далі проводиться поступове зменшення дозипрепарату (на 2,5 мг на 7 діб, пізніше – по 1,25 мг на тиждень до підтримуючої дози). Остання є індивідуальною і становить 10-7,5-5 мг на добу за преднізолоном. При проведенні комбінованої терапії доза преднізолону зменшується до 0,5-1 мг/кг маси на добу за преднізолоном.

Цитостатики призначаються в дозі 1-2,5 мг/кг маси на добу. Перевагу надають азатіоприну (імурану). Максимальна доза застосовується протягом 3 місяців, а далі поступово переходять до підтримуючої дози. Остання може бути в межах 12,5-25 мг на добу для імурану. Підтримуюча доза як для преднізолону, так і для цитостатиків призначається в більшості випадків до 1 року, а, можливо, і пожиттєво.

Ефективність імуносупресивної терапії підвищується при включенні в курс лікування *урсофальку* в дозі 8-10 мг/кг маси на добу протягом 2-3 місяців.

При агресивному перебігу автоімунного гепатиту та неефективності супресивної терапії проводять сеанси плазмаферезу. Курс лікування складається із 4-5 плазмоексфузій. Після його закінчення продовжують імуносупресивні препарати.

Непереносимість азатіоприну спонукає до призначення далагілу в дозі 6-8 мг/кг маси на добу протягом 6-10 місяців.

Післялікарняний період реабілітації

Хворий виписується із стаціонару при значному покращанні стану, зменшенні ознак цитолізу, холестазу, рівня автоантитіл.

Подальше лікування проводиться в центрах (відділеннях) медичної реабілітації, частіше на базі дитячої поліклініки або місцевого спеціалізованого санаторію.

Засоби реабілітації: режим, дієта, медикаментозна терапія, ЛФК.

На даному етапі продовжується щадний режим, дієта, підтримуючі дози імуносупресивної терапії, гепатопротектори, ентеросорбенти по 10 днів кожні три місяці, антиоксиданти та вітаміни, курси лікування урсофальком.

Ефективність лікування контролюється комплексним обстеженням: маркери цитолізу, холестазу; рівень автоімунних антитіл; морфологічне дослідження біоптатів печінки.

Санаторно-курортне лікування

Санаторне лікування рекомендується дітям у фазі стійкої ремісії (в санаторіях України – Моршин, Трускавець, Гусятин та інші), з низькою та помірною активністю (в місцевих санаторіях).

Основними засобами реабілітації на цьому етапі є режим, дієтотерапія, кліматотерапія (аеротерапія – прогулянки, повітряні ванни з виключенням інсоляції, денний сон на свіжому повітрі); лікувальна фізкультура, масаж комірцевої зони; психотерапія.

Профілактика хронічних гепатитів у дітей

I. Неспецифічна:

- тестування крові та її препаратів на віруси гепатитів В, С, G, ЦМВ, герпес-віруси, ВІЛ;
- якісна дезінфекція інструментарію;
- обстеження контактних осіб у вогнищах HBV-інфекції протягом 6 місяців.

II. Специфічна: вакцинація проти гепатиту В. Щеплення здійснюється в перші 12 годин після народження, в 1 і 6 місяців. При народженні немовлят від матерів-носіїв HBsAg, діти вакцинуються в перші 12 годин після народження, в 1, 6, 12 місяців.

3.6. Медична та соціальна реабілітація осіб, хворих на окремі найбільш соціально значущі захворювання

3.6.1. Медична та соціальна реабілітація хворих на онкологічні захворювання

Медико-соціальні аспекти онкологічних захворювань

Онкологія – розділ медицини, що вивчає причини і механізми розвитку пухлин, розробляє методи їх діагностики, профілактики та лікування. Пухлина (новоутворення) – надмірне, некоординоване з організмом патологічне розростання тканин, яке продовжується після дії причин, що його викликали; складається з якісно змінених клітин, які стали атиповими щодо диференціювання та характеру росту і передають ці властивості своїм нащадкам. Тенденція до незалежного, автономного росту виражена в різних пухлинах неоднаково, тому вони поділяються на доброякісні та злоякісні. Поділ на такі дві групи умовний, хоча ріст доброякісних пухлин, на відміну від злоякісних, є обмеженим. Пухлинний процес необхідно розглядати не як місцевий процес, а як ракову хворобу, бо вона перебігає при перебудові обміну речовин, зміні і порушенні функції ендокринних органів, сполучної тканини, центральної нервової системи (Р.Є. Кавецький, 1977). У теперішній онкологічній ситуації необхідний державний підхід до організації протиракової боротьби.

Соціально-медичне значення онкологічних захворювань (ОЗ) обумовлене, в першу чергу, тим, що вони є другою причиною смерті населення розвинутих країн. В Україні рівень захворюваності населення на ОЗ невпинно зростає з 1990 року: показник вперше зареєстрованих випадків становив 314,4 на 100 тис. всього населення, а в 1999 році він був 317,2. Кількість онкологічних хворих в Україні у 1999 році перевищувала 75 тис. осіб, з дещо більшим високим рівнем серед міських жителів. Протягом 90-х років захворюваність дитячого населення на ОЗ також значно зросла. Особливо високий темп приросту спостерігався в 1997 році. У структурі причин смертності новоутворення в Україні займають друге місце (Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2000).

В 2001 році прийнята програма “Онкологія”, в якій порушені питання соціально-трудова реабілітації та якості життя онкохворих. Поступово змінюється ставлення до проблем реабілітації науковців і практиків, бо якщо в США на один укладений в справу реабілітації інвалідів долар отримують тридцять п’ять, то Україна втрачає шість мільярдів гривень через ігнорування реабілітаційних процесів лише однієї групи інвалідів – онкологічних (С. Місяк, 2003).

Соціально-гігієнічні особливості. Основними соціально-гігієнічними особливостями захворювання на злоякісні новоутворення є неспинне зростання показників смертності і захворюваності, “омолодження” контингентів хворих.

Соціально-економічними наслідками злоякісних новоутворень є: втрати суспільства, пов’язані зі зменшенням кількості працездатного населення, витрати на утримання інвалідів, на організацію спеціалізованої медичної допомоги, витрати та втрати сім’ї і кожної окремої хворої людини.

Чинники ризику: основними чинниками ризику виникнення новоутворень провідні вчені різних країн вважають: канцерогени (як фізичні так і хімічні), вірусні агенти, успадковану генетичну схильність.

Основними проблемами онкології є: недостатньо рання діагностика, “омолодження” (швидкими темпами наростає ураження дитячого населення на рак щитоподібної залози, статевих органів, кістково-м’язової системи) онкологічних хворих, недостатня матеріально-технічна оснащення спеціалізованих лікувальних закладів.

Основними чинниками несвоєчасного встановлення діагнозу злоякісного новоутворення є: запізніле звернення за медичною допомогою, діагностичні помилки, безсимптомна форма, недостатня надійність методів ранньої діагностики окремих захворювань. Для підвищення рівня та якості діагностики створені спеціалізовані *діагностичні центри*.

Організація медико-соціальної реабілітації хворих на злоякісні новоутворення

В Україні створено єдину систему організації онкологічної служби, яка має загальнодержавну, обласні та периферійні ланки: 46 онкологічних диспансерів, у тому числі 25 обласних і 2 міських, онкологічні кабінети поліклінік, жіночих консультацій і Український НДІ онкології та радіології.

Онкологічний диспансер. Основним закладом надання спеціалізованої онкологічної допомоги в Україні є онкологічний диспансер з його підрозділами: поліклінічним відділенням, стаціонарними відділеннями з профільними клінічними відділеннями (хірургічним, гінекологічним, променевим, хіміотерапевтичним), кабінетами ендоскопічної та ультразвукової діагностики, цитологічною, рентгенівською і морфологічною службами, організаційно-методичним відділенням, пансіонатом для тимчасового перебування хворих при діагностичному обстеженні.

Завдання диспансеру: первинна профілактика; забезпечення ранньої діагностики і комплексного лікування онкологічних та передпухлинних захворювань; диспансерне спостереження за хворими на онкологічні та передпухлинні захворювання; вивчення причин несвоєчасної діагностики та неправильного лікування новоутворів; науково-практичні розробки та впровадження у практику нових методів діагностики і лікування; впро-

вадження заходів щодо підвищення онкологічних знань серед лікарів, підготовка кадрів онкологів; організаційно-методичне керівництво лікувально-профілактичними закладами.

Всіх виявлених хворих, і тих, що стоять на обліку в диспансерах, розподіляють на 4 групи, що дозволяє оцінити діяльність закладу та планувати організацію стаціонарної допомоги. Останнім часом помітно зріс контингент осіб у III клінічній групі, тобто колишніх онкологічних хворих, які пройшли курс радикального лікування і потребують найрізноманітніших реабілітаційних заходів.

Реабілітаційні центри. Реабілітація онкологічних хворих передбачає створення реабілітаційних центрів. В них, крім онкологів, працюють вузькі спеціалісти: невропатологи, фізіотерапевти, психологи, педагоги та інші.

Завдання реабілітаційних центрів: проведення реабілітаційних заходів як в стаціонарі, так і в поліклініці; визначення потенційних можливостей інвалідів шляхом фізичного, психологічного і соціального обстеження; проведення необхідних методів відновної терапії, відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу хворого.

Для проведення реабілітації центри повинні мати необхідне обладнання і спеціально підготовлений медичний персонал, який здатний проводити висококваліфіковану медичну та соціальну реабілітацію і організувати навчання робітників спеціалізованих служб. Крім цього, вони повинні допомагати сім'ям інвалідів, збирати і поширювати інформацію про доступні для них послуги, постійно вдосконалювати їх обслуговування.

Лікар-реабілітолог повинен об'єднувати функції лікаря, психолога і соціального працівника.

Пацієнта необхідно не тільки лікувати, але і навчити тому, чого він не робив навіть будучи здоровим, впевненості в собі, ініціативності, здатності перемагати труднощі. Навіть якщо людина вже не може бути годувальником родини і втратила орієнтири і "зачіпки" у житті, лікар-реабілітолог повинен допомогти їй знайти причину, щоб жити.

Медико-соціальна реабілітація

Питання про реабілітацію онкологічних хворих стоїть особливо гостро у зв'язку з необхідністю виконання обширних оперативних втручань, проведення променевої і хіміотерапії, які, зазвичай, ведуть до інвалідизації і вимагають в подальшому спеціальних методів лікування, здатних компенсувати порушені функції окремих систем та органів, які виникають внаслідок розвитку злоякісних новоутворень. Крім цього, є постійна небезпека виникнення рецидиву чи метастазів пухлин.

Метою реабілітації є не тільки збереження життя хворого, а і забезпечення максимального фізичного і психічного стану, якнайшвидше пристосування до нових умов життя, максимально можливе відновлення пра-

цездатності і соціального статусу хворого. Для досягнення цієї мети необхідно вирішити ряд завдань.

Завдання реабілітації: рання діагностика пухлин, лікування хворих з передраковим станом, адекватне комплексне лікування з максимальним збереженням функцій організму; застосування різних методів лікування, здатних компенсувати порушені функції окремих систем та органів, які виникають внаслідок розвитку злоякісних новоутворень; профілактика рецидивів захворювання; лікування ускладнень, які виникають після проведеного лікування; використання різних засобів реабілітації для відновлення фізичного, психічного, соціального статусу хворого.

Необхідно передбачити також відновлення біологічної рівноваги організму, нормалізацію обмінних процесів, гормонального балансу, автоімунних процесів, ліквідацію нейрогуморальних порушень, відновлення нормальної життєдіяльності інших органів та систем.

Засоби реабілітації. Для вирішення проблем реабілітації Р.А.Мельников і співавт. (1980) рекомендують проведення наступних заходів: 1) проведення курсів підтримуючої і загальнозміцнювальної терапії, санаторно-курортного лікування, особливо в перші 2-3 роки, бо саме за цей період хворі повертаються до суспільно корисної праці; 2) розроблення системи перекваліфікації, яка б значно розширила коло хворих, які повернулися до праці; 3) розширення прав на працю при збереженні хворим II групи інвалідності і наданні їм можливості працювати з повним навантаженням; 4) розширення права ЛТЕК на продовження лікування за листком непрацездатності після закінчення 4 місяців, що дасть можливість деяким хворим повернутися до праці, не отримуючи групи інвалідності.

Реабілітація повинна починатися профілактичними заходами, які дають можливість попередити розвиток і прогресування захворювання, продовжуватися як після проведеного радикального лікування, так і протягом усього подальшого життя хворого. Тому медична реабілітація тісно пов'язується з комплексними реабілітаційними заходами. Для цього необхідно застосовувати найбільш оптимальні варіанти хірургічного, променевого, медикаментозного лікування, а після видалення новоутворення – лікувальних фізичних вправ, відповідних методів фізіотерапії, працетерапії; санаторно-курортного, психотерапевтичного лікування; педагогічних, трудових заходів.

Реабілітація передбачає активну участь хворого в усіх заходах, спрямованих не тільки на відновлення функцій його організму чи окремої системи, але і на відновлення його як особистості, соціальної активності.

Засоби реабілітації залежать від етапу реабілітації, характеру проведеного лікування, ускладнень, що виникли внаслідок застосованого лікування, наявності супутніх захворювань, психічних розладів, функціональних порушень, індивідуальних особливостей хворого (стать, вік, освіта, професія, соціальний статус).

Медична реабілітація

Реабілітація – багатоетапний процес з використанням певних методів впливу на кожному з них. Розрізняють **чотири періоди реабілітації** онкологічних хворих.

I період – початок реабілітації, яка повинна проводитися ще в амбулаторних умовах і бути спрямованою на полегшення морального стану хворого при обстеженні і встановленні діагнозу та лікування наявних супутніх захворювань.

II період – лікування в стаціонарі, підготовка до операції і вибір найбільш доцільного методу радикальної операції з можливо меншим порушенням функцій органів і систем організму. В цей період проводиться активна загальнозміцнювальна терапія, лікування з приводу супутніх захворювань, психотерапевтичне лікування.

III період – оперативне втручання (чи променева, хіміотерапія) і ранній післяопераційний період (чи ранній період після опромінення, хіміотерапії).

Для лікування хворих на злоякісні пухлини застосовують також гормональний (у широкому розумінні) метод, розроблені методи імунотерапії. Використання двох з перерахованих методів прийнято називати комбінованим лікуванням, більше – комплексним.

За прогнозом ефективності лікування злоякісних пухлин може бути радикальним, паліативним і симптоматичним.

Лікування хворих у кожному випадку повинно бути індивідуальним. При цьому операція і ризик, пов'язаний з нею, не повинні перевищувати резерви хворого. Операція повинна проводитися з максимально короткою тривалістю, при мінімальній травматичності, але при збереженні її радикальності і дотриманні правил абластики та антиабластики. Сучасна терапія злоякісних пухлин складна. Вона вимагає не тільки високого рівня знань та практичних навичок, але і відповідної апаратури.

В цей період при всіх методах лікування проводиться корегуюча терапія, спрямована на нормалізацію водноелектролітного і білкового обмінів, функцій серцево-судинної, дихальної та інших систем організму. Особливу увагу необхідно звертати на збереження психічної рівноваги хворого, фізичну реабілітацію.

IV період починається з перших місяців після радикального лікування і продовжується протягом усього життя хворого.

В цей період повинні проводитися заходи, спрямовані на ліквідацію усіх післяопераційних ускладнень, попередження виникнення метастазів, рецидивів. Хворі, що перенесли радикальні оперативні втручання з приводу онкологічного захворювання, повинні перебувати на диспансерному обліку і підлягати періодичним оглядам. Їм призначають амбулаторне і санаторно-курортне лікування з використанням необхідної медикаментозної терапії, лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапевтичних про-

цедур та інших засобів, які залежать від загального стану хворого, його фізичних та психологічних можливостей.

Протипоказане перебування на санаторно-курортному лікуванні хворих з ПА клінічною групою, коли необхідне радикальне лікування, і у хворих з IV клінічною групою, коли завдяки санаторно-курортному лікуванню може активізуватися процес. Пацієнтам III клінічної групи санаторно-курортне лікування може бути тільки корисним (Б.Т. Білінський та співавт., 1998). Аналогічні протипоказання існують для призначення масажу, лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичних процедур.

Після виписки з стаціонару необхідно максимум уваги приділити рекомендаціям хворому щодо подальшої динаміки здоров'я, режиму, працездатності. Якщо після виписки з стаціонару у хворого залишаються якісь питання, він вияснює їх у сторонніх, що може травмувати психіку.

Психологічна реабілітація

Вікова традиція завжди розглядала рак як фатальну патологію. Діагноз злоякісної пухлини завжди є психічним шоком для хворого і його близьких.

Основним завданням психотерапії в лікуванні онкологічних хворих є навіювання хворому впевненості в успішне лікування і видужання. Важливе значення має психотерапевтичне лікування, яке проводить лікар-психотерапевт. Його методи залежать від тяжкості радикального лікування, періоду лікування, його завдань, індивідуальних особливостей хворого, його фізичного, психічного стану, характерологічних особливостей тощо. Тому на кожному з етапів повинні бути свої методи психотерапевтичного впливу. Так особливо великого такту і психологічного вміння вимагає ситуація, коли хворого треба переконати у необхідності оперативного втручання. Лікар повинен підготувати психіку хворого до запланованого лікування, яке нерідко супроводжується втратою органу і важливої функції та впевнити його в можливості достатньої компенсації цієї втрати сучасними методами.

Медична етика. Важливе місце в процесі психотерапії займає медична етика, яка включає: медичну деонтологію (науку про поведінку медичного персоналу); взаємостосунки між медичним персоналом, з самим хворим та його родичами; юридичні питання медицини, перелік законів, які захищають медичного працівника і його діяльність.

Медична деонтологія набуває особливого значення відносно хворих, які страждають від тяжких, нерідко невиліковних захворювань, коли від медичного персоналу вимагається продумана психологічна робота з хворим і мобілізація всіх особистісних якостей.

Актуальність деонтологічних питань в онкології зумовлена наступними обставинами. По-перше, при онкологічних захворюваннях самовиліковування практично не настає і видужання хворого цілком залежить від компетенції лікаря, зобов'язаного використати для лікування всі сучасні засоби

медицини. По-друге, серед населення і деякої частини медичних працівників поширена неправильна думка про безперспективність лікування хворих зі злоякісними пухлинами, що є значною перешкодою для досягнення практичних успіхів. По-третє, в більшості випадків, навіть при початкових стадіях захворювання, приступаючи до лікування, лікар не може бути впевнений в повномувилікуванні хворого, крім деяких рідких ситуацій.

Лікарська таємниця. Основним принципом лікарської таємниці є максимальне щадіння психіки хворого шляхом приховування істинного діагнозу онкологічного хворого. Навіть найтяжчий хворий при умілій, тактично розробленій, узгодженій поведінці всього медичного персоналу може бути оптимістом з необхідною вірою у видужання. **Вірити в краще** – такою повинна бути психічна налаштованість хворого. Нерідко він намагається впевнити лікаря, що добре знає свій діагноз, знає прогноз і просить не приховувати від нього істинного становища. Лікар не повинен піддаватися запевненням і пам'ятати, чим більше хворий наполягає на цьому, тим більше в душі він чекає від лікаря заперечення своїх неприємних думок. Найближчі родичі хворого повинні бути поінформовані про діагноз, лікування, прогноз.

Педагогічна реабілітація.

Педагогічна реабілітація необхідна онкохворим дітям, які через втрату органа чи важливої функції не можуть навчатися в загальноосвітній школі, а також тим дорослим, які після лікування потребують перекваліфікації, для чого необхідні нові знання. Організаційні питання такої реабілітації повинні забезпечити органи соціального забезпечення.

Соціальна реабілітація

Трудова (професійна) реабілітація

Трудова (професійна) реабілітація є кінцевою метою усіх видів реабілітації. Повернення хворого до трудової діяльності надзвичайно важливе для суспільства, яке зацікавлене в результатах його праці. Але – більшою мірою трудова реабілітація важлива для самого хворого, для його морального, матеріального і соціального комфорту. Праця підтримує віру хворого у видужання. Це сприяє продовженню його життя. Тому необхідно створити всі умови для реадaptaції хворого до активного життя при обмеженій працездатності, відсутності органа або наявності трахеостоми, протиприродного відхідника тощо.

Для цього потрібна правильна професійна орієнтація хворого, який повинен знати і адекватно оцінювати свої можливості після лікування. У випадку необхідності лікар повинен рекомендувати змінити професію, бо сам хворий не завжди в змозі самостійно вирішити це питання. Даючи рекомендації, необхідно враховувати наявність чи відсутність професійних шкідливих факторів, особливо у осіб з професійним раком. На якість професійної реабілітації має вплив професія пацієнта і його бажання відновити трудову діяльність. Якщо бажання є, його необхідно заохочувати,

коли цей вид праці нешкідливий для хворого. Лікар повинен пам'ятати, що включення в активне життя психологічно допомагає хворому і створює сприятливий фон для видужання.

Органи соціального забезпечення. В професійній реабілітації онкологічних хворих значна роль належить органам соціального забезпечення. Важливим видом діяльності їх є організація спеціальних підприємств і робочих місць для роботи осіб з професійними обмеженнями та забезпечення їх (у разі необхідності) технічними засобами. В першу чергу, це є протезування хворих, які внаслідок оперативного втручання втратили кінцівки. Використання спеціальної електроніки дає змогу таким хворим моделювати функції втрачених кінцівок. Інвалідам (за показаннями) необхідно призначати засоби пересування (коляски, мотовізки, автомобілі).

Ефективність реабілітації.

Ефективність реабілітації онкологічних хворих цілком залежить від ступеня поширення онкологічного процесу, морфологічної структури пухлини, ступеня її диференціації, віку хворого тощо.

Після виписки із стаціонару хворі поділяються на три групи: 1-а – інкурабельні хворі; 2-а – хворі, що отримали в стаціонарі радикальне лікування, але змушені перейти на інвалідність; 3-я категорія – хворі, які найближчим часом після лікування повинні повернутися до попереднього способу життя і приступити до роботи.

Експертиза працездатності. Визначення працездатності онкологічних хворих набуває все більшого значення у зв'язку з успіхами в лікуванні пухлин і поверненням хворих до активного життя.

Визначення інвалідності і працездатності при доброякісних пухлинах не являє значних труднощів, бо звичайно вилікування від них не веде до втрати працездатності.

Значно тяжче визначити ступінь втрати працездатності при злоякісних пухлинах тому, що неможливо визначити час виникнення рецидивів і метастазів пухлини. Прийнято вважати, що у 70-80 % хворих рецидиви і метастази пухлин після лікування наступають в перші два роки. Цей період звичайно зайнятий курсом протирецидивного лікування. Тому питання про працездатність даної категорії хворих вирішують, виходячи з клінічного стану хворого. При цьому необхідно керуватися сукупністю всіх даних про хворого: віком, часом, що минув після операції (лікування), локалізацією, стадією і гістологічною формою пухлини, наявністю рецидивів і метастазів, професією і умовами праці. Переважно перші два роки онкологічні хворі визнаються непрацездатними (друга група інвалідності).

Перша група інвалідності призначається хворим, стан здоров'я яких настільки тяжкий, що вони не можуть обходитися без сторонньої допомоги.

Третя група інвалідності призначається хворим при первинному клінічному вилікуванні від раку I-II стадії і відсутності виражених ускладнень.

Інвалідам II і III груп надаються пільгові умови на роботі: скорочений робочий день, зменшений об'єм виробничої діяльності. Якщо робота пов'язана з тяжкою фізичною працею, запиленістю, забрудненням, професійними шкідливими факторами, то за рекомендацією МСЕК хворі переводяться на інші роботи, а у разі необхідності - навчаються іншій спеціальності.

Інвалідність I групи встановлюється терміном на 2 роки, II та III груп – на 1 рік, потім інваліди знову проходять повторний огляд, після чого вони можуть бути переведені у вищу чи нижчу групу або можуть бути визнані працездатними.

Подальше покращення та розвиток онкологічної допомоги

Для подальшого покращення та розвитку онкологічної допомоги (згідно з наказом МОЗ № 208 від 30.12.92 р.) передбачена низка заходів: забезпечення ліжками (до 3,5 на 10 тис. населення), створення онкологічних кабінетів у поліклініках, чоловічих та жіночих оглядових кабінетів у лікувально-профілактичних закладах, створення онкохіміотерапевтичного відділення онкологічного диспансеру та кабінету амбулаторної хіміотерапії, збільшення ліжкового фонду обласних онкологічних диспансерів до 400-450 ліжок, створення денних стаціонарів при поліклініках обласних (міських) онкодиспансерів. Заборонено планове лікування онкологічних хворих у загальнолікувальній мережі. З метою покращення його якості обов'язковим є визначення плану лікування в онкологічному закладі тільки при участі трьох спеціалістів: хірурга, хіміотерапевта, променевого терапевта.

До останнього часу невирішені проблеми, пов'язані з обслуговуванням хронічних хворих, особливо, в термінальній стадії. Перспективою його покращення є створення хоспісів для задоволення потреби в медико-соціальної допомозі.

Профілактика онкологічних захворювань

Профілактика онкологічних захворювань вимагає державного підходу. Особливості перебігу пухлинного процесу такі, що пухлина клінічно себе не виявляє і від моменту перших змін до появи пухлини, яку можна клінічно визначити, нерідко минає значний час (може і 10 років). Тому необхідно проводити профілактичне обстеження груп населення, серед яких виникнення злоякісних пухлин найімовірніше (групи підвищеного ризику).

Фактори ризику. Виділяють професійні, соціально-побутові, конституційні, кліматогеографічні фактори ризику.

Фактори ризику поділяють на дві групи: безумовні та умовні.

До безумовних факторів належать: вік, стать, спадковість, клімат, природні умови тощо.

До умовних факторів належать: спосіб життя, хиби медицини, передракові стани, гормональні порушення, куріння тощо. Передракові стани

(гастрити, хронічні пневмонії, вроджені аномалії тощо) можуть бути основою для виникнення раку. Їх треба враховувати, але при цьому необхідно правильно оцінювати їх можливу роль у виникненні раку.

До груп підвищеного ризику належать ті контингенти населення, у яких збіг окремих факторів ризику створює реальну загрозу виникнення злоякісних пухлин. Всі вони підлягають профілактичному медичному огляду.

Специфічну для України групу підвищеного ризику складають особи, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи (дорослі і діти) та ті, що мешкають в зонах радіоактивного забруднення. Постраждали особи підлягають щорічному медичному обстеженню (диспансеризації). (Медико-соціальна реабілітація цього контингенту описана в наступному розділі).

Найкраще формувати групи ризику серед організованих груп населення в кілька етапів:

- анкетування всіх працівників підприємства за спеціальними анкетами, створеними на основі статистичної оцінки (вартості) окремих симптомів;

- комп'ютерне опрацювання анкет і вибір групи, що підлягає поглибленому лікарському огляду;

- лікарський огляд вибраних осіб з підозрою на онкологічну патологію і визначення контингенту, який підлягає спеціальному, поглибленому дослідженню – ендоскопічному, радіонуклідному, морфологічному тощо;

- спеціальне дослідження й остаточне встановлення діагнозу;

- скерування на відповідне лікування.

Основне завдання профілактики – ліквідація факторів ризику, що сприяють виникненню онкологічних захворювань: покращення способу життя, покращення стану зовнішнього середовища, підвищення рівня лікувально-профілактичних, лікувально-оздоровчих, санітарно-протиепідемічних заходів тощо.

Санітарно-просвітня робота серед населення у всіх її формах (лекції, бесіди, кінофільми, телепередачі, виступи по радіо тощо) є важливим засобом профілактики онкологічних захворювань. Важливе місце в ній повинно належати пропаганді **здорового способу життя** (фізична активність, відмова від куріння, зловживання алкоголем тощо). Так доктор Мак Тіеран і його колеги під час спостережень за пацієнтками, які перебувають у постклімактеричному періоді, помітили, що у жінок, котрі швидко ходили протягом 1,5-2,5 годин на тиждень порівняно з тими, хто взагалі уникав фізичних навантажень, ризик розвитку раку грудей знизився на 18 %. Численна статистика свідчить про підвищену частоту раку легень у курців.

3.6.2. Медична та соціальна реабілітація потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС

Медико-соціальні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС

У ст. 16 Конституції України Чорнобильську катастрофу визначено як катастрофу планетарного масштабу, а збереження генофонду українського народу – як обов'язок держави. У результаті вибуху та руйнації реактора на Чорнобильській атомній електростанції в навколишнє середовище було викинуто величезну кількість радіонуклідів, що призвело до забруднення 53,4 тис. км² території України. У 2293 населених пунктах цієї зони мешкало понад 2,3 млн осіб. Усього ж від наслідків катастрофи постраждало понад 3 млн громадян України. Наслідки аварії продовжують справляти негативний вплив на довкілля ще й сьогодні. Моніторингові дослідження свідчать про накопичення радіонуклідів у деревині, грибах, ягодах, лікарських рослинах, м'ясі, кормах.

Реалізуючи конституційну вимогу щодо збереження генофонду українського народу та враховуючи всебічний аналіз наслідків Чорнобильської катастрофи, Україна прийняла історичне рішення про повне закриття ЧАЕС і послідовно виконує його.

Захворюваність потерпілих має тенденцію до щорічного зростання всіх класів хвороб. На першому місці серед захворювань у ліквідаторів, як і у людей, евакуйованих із зони лиха, є хвороби органів дихання. Далі йдуть хвороби системи кровообігу, нервової системи та органів чуття і травлення, системи кровообігу та сечостатевої системи. Частота новоутворень зросла майже у три рази, серед них близько половини складають злоякісні. Все це призводить до зростання смертності потерпілих. Так, у 1998 р. було 10 померлих на 1000 постраждалих, у 1999 р. їх уже 11,6.

Віддалені наслідки виникають через 10-20 і навіть більше років після променевого впливу. До віддалених наслідків належать: скорочення тривалості життя, виникнення додаткових випадків лейкозів, злоякісні пухлини і катаракт кришталика (порівняно з середнім рівнем захворюваності), нефросклероз, порушення рівноваги у функції ендокринних залоз, зниження плідності, стерильність, порушення ембріонального розвитку (О.П. Овчаренко, А.П. Лазар, Р.П. Матюшко, 2003). Скорочення тривалості життя при променевому старінні не обов'язково пов'язане зі збільшенням випадків смерті від якихось специфічних причин, воно може бути спричинене передчасністю всіх розладів, які спостерігаються при природному старінні неопроміненої популяції.

Організація медико-соціальної реабілітації

Медичне забезпечення постраждалого населення здійснюється відповідно до *Програми заходів з організації спеціалізованої медичної допомоги особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.*

Відновлення та збереження здоров'я враженого катастрофою населення є одним із найважливіших завдань соціального захисту постраждалих. На державу покладено зобов'язання щодо визначення доз опромінення, своєчасного медичного обстеження, лікування; організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності; затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів із забезпеченням лікування постраждалих.

Кабінет Міністрів України в 1996 році затвердив перелік спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи (обласні спеціалізовані диспансери та лікарні з центрами радіаційного захисту, Український спеціалізований диспансер радіаційного захисту тощо). В Україні створений Державний реєстр (єдина інформаційна система), яка повинна сприяти найбільш ефективному вирішенню проблем медико-соціальної реабілітації потерпілих.

Допомогу постраждалим надають понад 300 медичних закладів, у тому числі на радіоактивно забруднених територіях у сільській місцевості 77 центральних районних лікарень. Реабілітація хворих дітей забезпечується в 148 спеціалізованих санаторно-курортних закладах та лікувально-реабілітаційних центрах країни потужністю 380 тис. місць на рік.

Первинна медико-санітарна допомога постраждалим надається дільничними лікарями, які ведуть їх повний облік, направляють на стаціонарне, санаторно-курортне лікування, на консультацію до спеціалізованих медичних закладів.

У лікувально-профілактичних закладах призначають лікаря, відповідального за організацію допомоги постраждалим. Він зобов'язаний здійснювати аналіз здоров'я, своєчасне внесення до Державного реєстру зміни в стані здоров'я, експертну оцінку якості надання медичної допомоги, контроль за переміщенням контингенту (прибули, вибули тощо).

Спеціалізовані медичні заклади надають кваліфіковану допомогу постраждалим за направленням лікувально-профілактичних закладів, координують заходи щодо диспансерного спостереження за потерпілими, впроваджують в роботу лікувально-профілактичних закладів нові методи діагностики та лікування постраждалих, проводять аналіз організації та надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги потерпілому населенню.

Диспансеризація. Особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи підлягають **цільовій диспансеризації**. Залежно від отриманої дози зовнішнього опромінення щитоподібної залози інкорпорованими радіоізотопами йоду всі потерпілі розподілені на V категорій спостереження, що і визначає частоту та обсяг медичного обстеження при проведенні диспансеризації.

Проведення цільової диспансеризації передбачає вирішення наступних основних завдань: диференційоване активне динамічне спостережен-

ня за здоровими особами з факторами ризику і хворими; виявлення й усунення причин, які викликають захворювання; оцінка персонального і колективного здоров'я диспансеризованих як шляхом індивідуальних медичних оглядів, так і за допомогою аналізу інтегральних показників стану здоров'я з обліком статевовікових, професійних та інших особливостей; клінічна оцінка загального стану працюючих різних професійних груп, з метою обґрунтування системи лікувально-профілактичних заходів, організації диспансерного спостереження й раціонального працевлаштування.

Контингент осіб, які підлягають спостереженню протягом усього життя: особи, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС; особи, евакуйовані із зони впливу радіації, або які самостійно залишили зону зараження в період евакуації з 26.04.86; особи, які проживають чи проживали на ураженій території; діти, які народилися від осіб 1-3 груп первинного обліку, незалежно від нинішнього проживання їхніх батьків.

Медична реабілітація

Медична реабілітація передбачає використання найрізноманітніших комплексів заходів та засобів, спрямованих на збереження і відновлення здоров'я потерпілих від аварії на ЧАЕС.

Протипроменеві заходи. Протипроменеві заходи різняться за механізмом протипроменевого впливу, часом використання і сферою використання. О.П. Овчаренко, А.П. Лазар, Р.П. Матюшко (2003) серед них виділяють наступні класи.

I клас. Радіопротектори (радіозахисні препарати) – синтетичного або біологічного походження хімічні сполуки, які слід вводити в організм безпосередньо чи за 10-15 хв перед гострим летальним опроміненням. Найефективніші радіопротектори належать до двох груп хімічних сполук меркаптоалкіламінів (цистеїн, цистамін, цистафос, геммафос та ін.) та індоліалкіламінів (триптамін, серотонін, мескалін та ін.).

II клас. Способи лікування променевої хвороби, спрямовані на боротьбу з певним ураженням: кістковомозковим (трансплантація кісткового мозку, ембріональної тканини, переливання крові її компонентів і кровозамінників, введення стимуляторів кровотворення тощо), кишковим (антибіотики широкого спектра), геморагічним (переливання тромбоцитарної маси, антигеморагічних засобів), токсемією (гемосорбція, ентеросорбція, плазмаферез тощо). Схема терапії гострої променевої хвороби індивідуалізується залежно від клінічної картини, яка визначає синдром (синдроми), стану місцевих радіаційних уражень і виникнення ускладнень у динаміці розпалу хвороби.

III клас протипроменевих препаратів використовують в умовах опромінення низької інтенсивності. Вони здатні тривалий час підвищувати загальну неспецифічну резистентність і радіорезистентність організму,

усувати початкові радіаційні порушення, які виникають на рівні біологічних мембран, клітинних органел, судинно-тканинних бар'єрів, систем регуляції гомеостазу та ін. До цього класу протипроменевих засобів відносять препарати біологічного походження і синтетичні препарати з антиоксидантною (АО) та антирадикальною активністю (АО – вітаміни груп А, С, Е, К, Р, каротиноїди, АО-ферменти, особливо супероксиддисмутаза, каталази, рослинні фенольні сполуки, синтетичні АО, іонал, бутилоксіанізол, етоксиквін та ін.), адаптогени (женьшень, елеутерокок, китайський лимонник, рожева родеола, золотий корінь, солодка, пурпурова ехінацея та ін.), а також деякі імуномодулятори.

IV клас протипроменевих засобів складають ентеросорбенти, використання яких спрямоване на зв'язування і виведення з організму радіонуклідів.

Антимутагенний захист. Останнім часом все більше уваги приділяється антимутагенам і їхнім метаболітам, що мають природне походження. До таких речовин належать, в першу чергу, вітаміни, пігменти, амінокислоти, феноли, поліфеноли. Усі ці сполуки у різних концентраціях наявні в рослинній сировині – овочах, фруктах, травах, більшість з яких уживається людиною в їжу.

Поліпшення психічного здоров'я. Важливою медико-соціальною проблемою наслідків Чорнобильської катастрофи є негативні зміни психічного здоров'я. Основними патогенними факторами є поєднаний вплив іонізуючого випромінювання і психологічного стресу, зумовленого катастрофою та її наслідками, що збільшується соціально-економічною кризою в суспільстві. Ці фактори потенціюють один одного і сприяють посиленню психосоматичних, нервово-психічних та соматоневротичних розладів здоров'я потерпілих. Тому слід звернути увагу на важливість психологічного захисту осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи та створення умов для запобігання виникненню факторів, пов'язаних з наслідками аварії, що спричиняють психологічну напруженість, на необхідність надання допомоги в її подоланні, формування здорового способу життя.

Оздоровлення осіб, які постраждали внаслідок катастрофи на ЧАЕС. Для осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС розроблена і застосовується система диференційованих реабілітаційно-лікувальних заходів на стаціонарному, поліклінічному, санаторно-курортному етапах.

Серед реабілітаційних і профілактичних заходів, спрямованих на зниження соціальних факторів ризику, основне місце належить пропаганді здорового способу життя, фізичній активності, збалансованому харчуванню, боротьбі з курінням та споживанням алкоголю, санаторно-курортному лікуванню.

Фізична активність призначається індивідуально. Руховий режим залежить від стану здоров'я потерпілого, його функціональних можливостей. Призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику (загальнозміцнювальні і спеціальні вправи), прогулянки, дозовану ходьбу,

туризм, фізичну працю на повітрі. Підвищенню опірності організму і збереженню фізичної активності сприяють загартовуючі процедури: обливання, обтирання, душі (прохолодні, теплі, контрастної температури).

Санаторно-курортне оздоровлення є важливим медико-соціальним заходом збереження та відновлення здоров'я постраждалого населення. Воно проводиться в умовах місцевої кліматичної зони і на південному березі Криму. Їх вибір залежить від стану здоров'я хворого, наявності показань та протипоказань до перебування в санаторії-профілакторії. Основний акцент при оздоровленні в умовах санаторію роблять на немедикаментозні методи лікування: клімато-, психо-, рефлексо- фізіотерапію, інформаційно-хвильову терапію, біоадаптивне регулювання, лікувальну фізкультуру, масаж.

Радіозахисне харчування. В умовах підвищеного радіаційного впливу на здоров'я людини значно впливає структура харчового раціону. Недостатнє вживання основних харчових продуктів (білків, вітамінів, поліненасичених жирних кислот, мінеральних речовин) сприяє виникненню так званих хвороб дефіциту, знижує антиоксидантну функцію печінки, сприяє накопиченню метаболітів у тканинах організму, зменшує опірність організму тощо.

У добовому раціоні дорослої людини має бути не менше 400 г овочів, 500 г картоплі, 300-400 г фруктів і ягід, 500 г молока і молочнокислих продуктів, 50-70 г сиру, 250-300 г м'яса і риби, 30 г рослинної олії, 60 г круп і бобових, 20-30 г вершкового масла, 1 яйце, 70 г цукру, 300-400 г хліба.

Діти повинні одержувати в середньому на добу 300-400 г овочів, 150—500 г фруктів і ягід, у тому числі соки з м'якоттю (110-150 г), 100-200 г м'яса і м'ясопродуктів, 40-50 г риби і рибопродуктів, 10-25 г рослинної олії, 30-60 г круп, 1-0,5 яєць і 90-350 г хліба (половина якого – житній). Періодично дітям рекомендують давати сало шпик (15-25 г) (О.П. Овчаренко, А.П. Лазар, Р.П. Матюшко, 2003).

Збереження здоров'я постраждалих дітей. Лікування та реабілітація (включаючи психологічну) потерпілих дітей дошкільного і шкільного віку в Україні є пріоритетними напрямками в усіх медичних програмах і заходах, пов'язаних з ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи. Медична практика засвідчує, що постраждалі малолітні діти й підлітки чи народжені від постраждалих батьків є сьогодні найуразливішими групами населення України.

Згідно з чинним законодавством *до дітей, потерпілих від Чорнобильської катастрофи, належать* неповнолітні, які були евакуйовані із зони відчуження, у тому числі діти, які на момент аварії проживали або постійно навчалися після аварії не менше одного року в зоні безумовного (обов'язкового) відселення, чи двох років у зоні гарантованого добровільного відселення, або трьох років у зоні посиленого радіоекологічного контролю, а також діти, які народились після аварії від батьків, один з яких належав до відповідної категорії постраждалих внаслідок Чорнобильської катас-

трофи. Крім того, до дітей, потерпілих від Чорнобильської катастрофи відносять і хворих на рак щитоподібної залози незалежно від дозиметричних показників і променевої хвороби та тих, хто отримав дозу опромінення щитоподібної залози внаслідок Чорнобильської катастрофи, яка перевищує встановлені рівні.

Загальна захворюваність чорнобильських дітей порівняно з їх однолітками у 1,5-2,5 рази більша, а загальна захворюваність дітей та підлітків, постраждалих від аварії, у 1999 р. зросла на 6,4 %. Структура захворюваності дітей така: хвороби органів дихання – 62 %, хвороби нервової системи – 7 %, хвороби органів травлення – близько 6 %, хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 5 %, хвороби крові та кровотворних органів – 3,5 %. Якщо протягом 1981-1985 рр. в Україні не було зареєстровано жодного випадку захворювання на рак щитоподібної залози, то від часу аварії й до 2001 року було прооперовано 1400 хворих, котрі на момент катастрофи були дітьми та підлітками.

Причинами цього є те, що не забезпечується, як це передбачено чинним законодавством, систематичне лікування потерпілих дітей на базі кращих вітчизняних санаторно-курортних закладів, спеціалізованих медичних центрів, обладнаних сучасним діагностичним і лікувальним устаткуванням, з сучасними лікарськими засобами, із залученням до роботи в них найдосвідченіших вітчизняних та зарубіжних спеціалістів із своїми методиками, устаткуванням та медикаментами. Більшість потерпілих дітей не забезпечується відповідно до встановлених фізіологічних норм, передбачених ст. 30 Закону України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, продуктами харчування, а також харчовими добавками, які сприяють виведенню радіонуклідів з організму.

Республіка Куба – це єдина країна, де піклування про здоров’я чорнобильських дітей поставлено на державний рівень і де проводиться не тільки оздоровлення, а й їх безоплатне лікування. З 1990 р. на Кубі надана медична допомога понад 18 тис. чорнобильським дітям, а також 2 тис. батьків і вихователів, що супроводжували хворих дітей. Доцільність та ефективність надання на Кубі медичної допомоги дітям, постраждалим від наслідків Чорнобильської катастрофи, засвідчена висококваліфікованими фахівцями.

Соціальна реабілітація

Соціальний захист. Питання захисту прав потерпілих від аварії на ЧАЕС та її наслідків регулюються безпосередньо Законом України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, 1991 р., іншими нормативними актами. Цей закон визначає основні засади щодо реалізації конституційного права громадян, які постраждали внаслідок аварії, на охорону їх життя і здоров’я та створює єдиний порядок визначення категорій зон радіоактивно за-

бруднених територій, умов проживання і трудової діяльності в них, соціального захисту потерпілого населення.

Політика держави в галузі соціального захисту постраждалих від Чорнобильської катастрофи та створення умов проживання і праці на забруднених територіях на законодавчому рівні базується на принципах пріоритету прав на збереження життя та здоров'я, потерпілих від Чорнобильської аварії. Держава несе повну відповідальність за створення безпечних і нешкідливих умов праці, комплексного розв'язання завдань охорони здоров'я, соціальної політики і використання забруднених територій на основі національних програм із цих питань, з урахуванням інших напрямів економічної та соціальної політики, досягнень у галузі науки та охорони навколишнього середовища.

Для вирішення проголошених завдань поліпшується фінансування чорнобильських програм з Державного бюджету. Передбачається використання економічних методів поліпшення життя шляхом переселення із забруднених територій, проведення політики пільгового оподаткування громадян, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, та їх об'єднань, здійснення заходів щодо професійної переорієнтації та підвищення кваліфікації постраждалого населення. Велика увага при цьому приділяється забезпеченню координації діяльності державних органів, установ, організацій та об'єднань громадян, що вирішують різні проблеми соціального захисту постраждалого населення, а також співробітництва і проведення консультацій між державними органами і постраждалими, між усіма соціальними групами під час прийняття рішень з соціального захисту на місцевому та державному рівнях, а також міжнародному співробітництву в галузях охорони здоров'я, соціального захисту, охорони праці, використання світового досвіду організації роботи з цих питань.

З метою реалізації медичних та медико-соціальних програм захисту населення від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, техногенних катастроф, стихійного лиха, залучення іноземних інвестицій для подальшого впровадження технологій для потреб охорони здоров'я Кабінет Міністрів України постановив (22.03.1999) утворити Національний центр здоров'я.

Екологічний захист. Потрібен систематичний екологічний захист чорнобильців, тобто зниження рівня додаткового опромінення від основних джерел іонізуючого випромінювання на основі принципу оптимізації, обмеження шкідливого впливу на здоров'я людей, які проживають на забруднених територіях, нерадіаційних чинників фізичного, хімічного та іншого походження.

Раціональне працевлаштування та експертиза працездатності

Важливе місце серед реабілітаційних заходів займає *раціональне працевлаштування*. Цей процес передбачає відсутність іонізуючого випромінювання на виробництві і повинен бути динамічним, відповідати стану здоров'я і функціональним можливостям особи та змінюватися в про-

цесі покращення його стану. У випадку втрати працездатності чи відсутності можливості влаштувати хворого на роботу без шкідливих факторів відповідно наявної професії, йому признають групу інвалідності.

Професійна реабілітація і експертиза працездатності при виникненні онкологічних та інших захворювань описана у відповідних розділах. Слід зазначити, що в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості осіб, віднесених до категорії 1, тобто інвалідів, захворювання яких пов'язується з Чорнобильською катастрофою. Відповідно зростають бюджетні видатки на забезпечення їх пільгами. Так, витрати на лікування одного інваліда, захворювання якого пов'язується з Чорнобильською катастрофою, в середньому становлять понад 8 тис. грн на рік, тоді як на інваліда загального захворювання – 500–600 грн.

Проблеми медико-соціальної реабілітації

Забезпечення прав населення, постраждалого від Чорнобильської катастрофи, залишається одним із найважливіших завдань органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Заходи, яких вживає держава, на сьогодні не в змозі забезпечити гарантоване чинним законодавством право чорнобильців на необхідний рівень медичної допомоги. Погіршення стану здоров'я і соціально-психологічного стану цієї категорії громадян, зокрема безпосередньо ліквідаторів аварії, а також тих осіб, які проживають на забруднених територіях чи були переселені із зон радіоактивного забруднення, залишається однією з найважливіших проблем в Україні, яку державі дуже складно подолати.

Для посилення соціального захисту населення, постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи, необхідне уточнення пріоритетних напрямів розв'язання цієї проблеми в державі. Необхідне удосконалення законодавства у частині захисту прав громадян України, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зокрема, посилення адресного захисту цих осіб, особливо з підвищеним радіаційним ризиком, відшкодування збитків, завданих Чорнобильською катастрофою.

Це передбачає вжиття заходів, спрямованих на подальше поліпшення охорони здоров'я та реабілітацію осіб, які зазнали впливу опромінення внаслідок аварії на ЧАЕС, систематичне спостереження за станом здоров'я, визначення груп підвищеного ризику, виявлення хворих, розроблення методів їх адекватного лікування та оздоровлення.

3.6.3. Медична та соціальна реабілітація хворих з порушенням слуху

Медико-соціальні аспекти порушення слуху у дітей та дорослих

У світі нараховується близько 450 млн осіб, у котрих погіршення слуху є однією з причин інвалідності (Wilson, 1985).

Слух – сприймання звукових коливань. До порушень слуху відносять приглухуватість та глухоту. Приглухуватість – порушення слуху, яке утруднює мовленнєве спілкування людей у побуті, на виробництві та суспільному житті. Порушення слуху, яке її зумовлює, може коливатись від незначного його зниження до майже повної втрати, що межує з глухотою.

За ступенем зниження слуху приглухуватість поділяють на легкий (I ступінь), середній (II ступінь), тяжкий, після якого приглухуватість переходить в глухоту (III ступінь).

Глухота – повна втрата або найбільш різкий ступінь ураження слуху, що дозволяє сприймати дуже гучні немовні звуки або добре знайомі слова, які вимовляються голосно біля вуха.

Виділяють природжену та набуту глухоту. Природжена глухота зустрічається рідше набутої. Вона може бути спадковою чи викликаною захворюваннями в антенатальному або перинатальному періодах, а також прийманням матір'ю ототоксичних препаратів (стрептоміцин, неоміцин, мономіцин тощо) під час вагітності (особливо з приводу захворювань нирок), резус-конфліктом, пологовою травмою тощо.

Набута глухота – симптом багатьох захворювань, різних за патогенезом та за причинами її виникнення. Глухота може бути наслідком травм та захворювань як самого апарата слуху (запалення середнього та внутрішнього вуха, які можуть бути як самостійними, так і ускладненням захворювань носа та носоглотки), так і деяких соматичних (пухлини, крововиливи, арахноїдит тощо) та інфекційних захворювань (тиф, грип, скарлатина, кір, епідемічний паротит, сифіліс, туберкульоз); негативного впливу токсичних речовин (бензин, сірководень, анілін, фтор, ртуть, нікотин, саліцилати тощо), доквілля, виробничих факторів (особливо шуму, вібрації), травм, вікових змін тощо.

Осіб з набутою глухотою поділяють на дві категорії: глухі без мови (ранооглухі); глухі, які зберегли мову (пізнооглухі).

Особливо складною формою захворювання є глухонімота – вроджена або набута в ранньому віці глухота, яка поєднується з неможливістю оволодіння словесною мовою без спеціальних прийомів навчання або з втраченою мовою, частково розвинутою до моменту втрати слуху. Глуха дитина, не чуючи мови і не маючи внаслідок цього можливості наслідувати їй, не може самостійно оволодіти словниковою мовою, а якщо у неї до настання

глухоти уже був деякий мовний запас, то при відсутності спеціальних педагогічних заходів цей запас не тільки не збільшується, але поступово повністю втрачається. У людей, у яких глухота розвинулася у віці понад 5 років, мовні навички зберігаються, але змінюються, бо не контролюються слухом, слова вони вимовляють неправильно, перекручуючи їх. У глухонімих утруднена артикуляція, дихання під час мови безладне. В той час як глухота є стійким дефектом, то зумовлена нею “німота” може бути подолана в процесі спеціального навчання і глухоніма дитина, залишаючись глухою, поступово оволодіває мовою.

Серед усіх видів порушень слуху більше ніж у 70 % спостережень виявляють нейросенсорну приглухуватість (цей термін запропонували замість раніше існуючих понять “неврит слухового нерва” або “кохлеарний неврит”).

За характером порушення функції, яка має практичне значення у визначенні методу і ефективності сурдологічної допомоги розрізняють звукопровідну (кондуктивну), звукосприйнятливую (перцептивну, нейросенсорну) та змішану форми.

Прогноз для реабілітації. Неповна або повна глухота, пов’язана з природженими вадами, звичайно не має динаміки і відмічається з раннього дитинства. На ґрунті гострих і хронічних середніх отитів може розвиватися прогресуюча приглухуватість і порушується розбірливість мови. Професійна нейросенсорна приглухуватість невпинно прогресує, якщо не припиняється вплив шуму і вібрації. При токсичному ураженні сприймаючих елементів органа слуху дистрофія нервової тканини невпинно наростає, навіть після припинення дії токсичних речовин. Для глухоти на ґрунті атеросклерозу характерне повільне зниження слуху: спочатку порушується сприйняття високих звуків, потім – середніх і низькочастотних. Подібний перебіг має зниження слуху при хронічній інфекції та інтоксикації. Глухота, що виникає при тифі, грипі, появляється швидко і майже завжди досягає значного ступеня. Глухота при церебральному менінгіті звичайно майже повна і двобічна.

Засоби реабілітації. Вибір засобів реабілітації залежить від причини виникнення порушення слуху. В реабілітацію включають медичну реабілітацію, сурдопедагогічне навчання, психологічну, соціальну реабілітацію, професійну підготовку, працевлаштування. *Особливо важливе місце при порушенні слуху займає робота з формування у хворих словесної мови в її усному і письмовому вигляді.*

Медична реабілітація

Медична реабілітація – основний вид реабілітаційного процесу, який спрямований на: усунення етіологічного чинника з наступним приєднанням комплексу патогенетичної терапії; стабілізацію як тих рівнів слуху, що залишились, так і на профілактику прогресування подальших пору-

шень слуху; запобігання стійкої втрати працездатності. Вона включає медикаментозну терапію, хірургічне лікування, раціональне харчування, режим праці і відпочинку, корекцію слуху за допомогою слухових апаратів, фізичну реабілітацію (фізіотерапевтичне лікування, лікувальну фізичну культуру, масаж, працетерапію). Хворі підлягають диспансерному спостереженню. Ефективним є санаторно-курортне лікування.

Медикаментозне лікування. Медикаментозне лікування, в першу чергу, спрямоване на всебічне лікування захворювань, які можуть спричинити порушення слуху. При нейросенсорній приглухуватості призначають нетоксичні антибіотики, гормональну, дезінтоксикаційну, гіпосенсибілізуючу терапію, препарати, що регулюють реологічні властивості крові, вітаміни А, В₁, В₆, В₁₂, Е, РР та їх похідні. При старечому зниженні слуху покращення настає при призначенні вітамінів А, Е, біостимуляторів, статевих гормонів; широко використовують АТФ, кокарбоксілазу в поєднанні з вітамінами і нікотиною кислотою; призначають прозерин, галантамін та ін. Ефективність цих засобів відмічається і при професійному порушенні слуху. Найбільш ефективно раннє призначення комплексу всіх необхідних засобів. Для зменшення шуму у вухах застосовують вищевказані засоби чи проводять вагосимпатичну блокаду.

Лікарські речовини доцільніше вводити ближче до вогнища патологічного процесу.

Хірургічне лікування. Воно включає операції, що покращують слух і корекцію слуху штучним протезуванням елементів середнього вуха. Слухопокращуючі операції найчастіше використовуються при отосклерозі, адгезивному середньому отиті.

Електронне протезування. Повністю глухі пацієнти за показаннями можуть направлятися на електронне протезування завитки. Це є метод хірургічної імплантації електродів у завитку з метою електричної стимуляції слухового нерва.

Раціональне харчування передбачає повноцінне харчування, багате вітамінами (особливо вітамінами групи В), для людей похилого віку – обмеження продуктів, багатих на холестерин.

Режим праці і відпочинку передбачає повноцінний сон, перебування на свіжому повітрі, заняття фізичними вправами, нормалізацію умов праці, попередження негативного впливу шкідливих факторів.

Корекція слуху за допомогою слухових апаратів. У разі двобічної приглухуватості з втратою слуху на мовні частоти більше, ніж 40 дБ, які ускладнюють мовне спілкування, підбирають слуховий апарат, який посилює звуки мови, сприяє встановленню мовного контакту та підвищує соціальну ефективність людини. Апарати бувають кишенькові, заушні, внутрішньовушні, в оправі окулярів.

Підбір слухових апаратів та вушних вкладок до них здійснюється в слухопротезних кабінетах за участю оториноларинголога-сурдолога, сур-

дотехніка. Проводять заняття з правил користування апаратом, доповнюючи цю роботу слуховим тренінгом та умінням читати з губ.

Фізіотерапевтичне лікування. Його методи також залежать від причин, які призвели до зниження слуху. Найчастіше призначають гальванізацію за методом Щербака, Дарсанвалізацію, статичну електрику, електрофорез з медикаментозними засобами, а також соляно-лужні, вуглекислі, йодобромні, кисневі ванни, ручні і ніжні ванни перед сном. Після перенесеного середнього отиту призначають іонофорез йодистого калію, діатермію, діадинамічні струми тощо.

Масаж. Ефективним є масаж комірцевої зони та голови спрямований, в першу чергу, на покращення кровопостачання головного мозку. Нерідко причиною зниження слуху є часті запальні процеси носоглотки. З метою відновлення носового дихання використовується рефлекторно-сегментарний масаж носа та приносних пазух, точковий масаж, після якого призначається носове дихання: різкий вдих та видих через одну чи дві ніздрі, промивання носа розчином морської солі. Призначають довготривале полоскання горла дезінфікуючими розчинами з тривалим “вурчанням”.

Пневмомасаж. У хворих після перенесеного середнього отиту в барабанній порожнині розвивається сполучна тканина, яка в подальшому призводить до зниження слуху, тому для відновлення рухливості барабанної перетинки і слухових кісточок застосовують пневматичний масаж барабанної перетинки спеціальними апаратами.

Лікувальна фізкультура. При заняттях лікувальною фізкультурою використовують загальнорозвиваючі та спеціальні вправи. Вони доповнюються ритмікою з метою корекції моторики хворих та сприяння засвоєнню ними ритму мови. Використовуються спеціально підібрані дихальні вправи, спрямовані на постановку дихання, голосу, звуків, на роботу над мовним диханням, голосом, звуками мови.

Диспансерне спостереження. Хворі з порушенням сприйняття слуху підлягають диспансерному спостереженню. Особам з помірним і значним ступенем зниження слуху аудіометрію в динаміці і курсове лікування проводять два рази на рік. При поєднанні глухоти з нейросенсорною приглухуватістю один з курсів лікування проводять у спеціалізованому відділенні, другий курс – амбулаторно чи в умовах санаторію-профілакторію з переведенням робітника на роботу протягом місяця поза дією шуму. Основним документом при диспансеризації є медична картка амбулаторного хворого, де реєструються всі відомості про стан здоров'я і контрольна карта амбулаторного нагляду, до якої вносять терміни здійснення запланованих заходів, аудіограми хворого і бланк слухового паспорта із зазначенням в ньому результатів огляду.

Санаторно-курортне лікування. Показані місцеві санаторії та спеціалізовані санаторії (Євпаторія, Ялта).

Психологічна реабілітація – навчання хворих психологічним навичкам, орієнтації щодо повернення до активної життєдіяльності на рівні адекватному їхньому здоров'ю, здібностям і можливостям. Психологічна реабілітація включає також правила поведінки персоналу, близьких родичів, співробітників, аналогічних хворих.

Соціальна реабілітація

Соціальна реабілітація передбачає повернення хворих з порушенням слуху до активного життя та праці. Соціальна реабілітація передбачає, в першу чергу, створення навчальних закладів для навчання і підготовки до трудової діяльності осіб зі зниженим слухом.

Навчально-виховні заклади для дітей. Навчання і виховання глухих дітей повністю взяла на себе держава. Глухі діти направляються в спеціальні заклади, де вони разом з загальною освітою отримують спеціальну підготовку. Навчально-виховні заклади для глухих включені в загальнодержавну систему народної освіти.

Для дошкільнят з недостатнім слухом створені дитячі садочки, в яких виховуються діти від 3 до 7 років. В них проводиться робота з фізичного, розумового, морального, трудового, естетичного виховання. Одночасно проводиться велика педагогічна робота, спрямована на формування у них усної і письмової мови (включаючи навчання читання з губ, вимови і початку письма), розвиток залишкової слухової функції (для сприйняття немовних звуків і мови), а також на розвиток їх моторики (музикально-рухові заняття).

У зв'язку з акустичною (слуховою) роботою дитячі садки оснащуються необхідною слуховимірною і звукопідсилюючою апаратурою індивідуального і колективного користування.

Для дітей шкільного віку. На глухих дітей поширюється Закон про обов'язкову загальну освіту. Діти, яким виповнилося 7 років, поступають в спеціальні школи-інтернати, в склад якого входять підготовчий клас і 12 основних. Школа-інтернат дає дітям підготовку в обсязі загальноосвітньої восьмирічної масової школи і професійно-трудова підготовку (за одним з видів праці). Поруч з дванадцятирічними школами для глухих існують восьмирічні школи, в яких глухі отримують загальну освіту в обсязі 5 класів масової школи і загальнотехнічну підготовку.

Педагогічні заходи. Специфічний зміст програми школи для глухих складає робота з формування в учнів розмовної мови в її усному і письмовому вигляді (включаючи навички читання з губ – артикуляційний спосіб, промовляння, читання і письмо) за допомогою дактилогії (ручної або пальцевої азбуки), міміко-жестикультурних засобів, електроакустичної апаратури тощо. Проводиться робота з формування навичок сприймання мови на слух, тренування на слухомовному тренажері, навчання користування слуховим апаратом. Глухим дітям, які мають залишки слуху, ре-

комендуються спеціальні вправи на розвиток слухового сприйняття, спрямованого на повноцінне використання залишкового слуху для розпізнавання елементів мови і для розвитку усної мови.

Сурдопедагогіка. Важлива роль в процесі навчання і виховання належить сурдопедагогіці, яка основну мету бачить не тільки в тому, щоб озброїти глухих дітей словесною мовою, але і всебічно розвинути їх духовні та фізичні сили; дати їм знання на основі загальношкільної програми, надати необхідну професійно-трудову підготовку, підготувати до активної участі в суспільному житті.

Для цього необхідне оснащення навчальних закладів спеціальною слуховимірювальною і звукопідсилюючою апаратурою індивідуального і колективного користування.

Трудове навчання. Важливим розділом програми є трудове навчання, етапи якої відповідають предметно-практичному навчанню (приготувальне навчання до IV класу), загальнотехнічна праця (з IV до VIII класу), професійно-технічна підготовка (з X по XII класи). Для трудового навчання в школах для глухих повинні бути майстерні (найчастіше столярні, швейні, трикотажні).

Позакласна і позашкільна робота. В школах функціують різні гуртки: спортивні, образотворчого мистецтва, технічні, художнього випилювання, фото, драматичний, хореографічний та ін. Велике значення відводиться позакласному читанню, роботі шкільної бібліотеки. Періодично проводяться спартакіади глухих школярів, огляди художньої самодіяльності.

Медичний персонал. Заклади для глухих дітей повинні мати лікаря-оториноларинголога та медичну сестру з цього фаху. Медична сестра допомагає лікарю у відборі дітей, визначенні стану слуху при поступленні, проведенні спостереження за станом слуху у дітей протягом їх перебування в закладі, у встановленні показання і протипоказання до колективної та індивідуальної звукопідсилюючої апаратури, провірці її ефективності, виконує призначені лікарем процедури, проводить санітарно-освітню роботу з родичами, педагогами, учнями.

Всі ці заходи сприяють тому, що діти, позбавлені слуху з дитинства, поступово досягають високого ступеня реабілітації і соціальної адаптації, стають нарівні з чуючими активними учасниками трудового і суспільного життя.

Після закінчення школи глухі діти можуть навчатися в професійно-технічних училищах або продовжувати навчання у вищих навчальних закладах.

Глухі з успіхом оволодівають складними професіями індустріальних робіт: токарів, фрезерувальників, револьверників, слюсарів-інструментальників, лекальників, навчаються спеціальності закрійника, взуттєвика, художньо-декоративного розпису тощо.

Дорослі глухі. В державі глухі користуються політичними правами, як і всі інші громадяни держави. Для них створені товариства, в завдання

яких входить працевлаштування глухих, покращення їх культурно-побутового рівня, підвищення теоретичного і технічного рівня, повне і організоване заохочення глухих до суспільно корисної роботи, створення клубів, бібліотек, проведення змагань з різних видів спорту. Українські спортсмени з порушенням слуху гідно представляють нашу державу на різноманітних міжнародних змаганнях, беруть участь і перемагають в Параолімпійських Іграх.

Працевлаштування. Глухі, що закінчили вищі навчальні заклади успішно працюють інженерами, технологами, конструкторами, художниками, скульпторами, агрономами, педагогами. На підприємствах легкої промисловості глухі працюють висококваліфікованими кравцями, модельєрами, взуттєвиками, трикотажниками.

Основні професії, при яких можливе зниження слуху: бурильник, випробовувач двигунів, клепальник, робітник ковальського цеху, ткалі тощо. Особливо несприятливим є поєднання вібрації і шуму.

Протипоказаннями до роботи в умовах шуму є: стійкі зниження слуху хоча б і на одне вухо, отосклероз та інші хронічні захворювання вуха, порушення функції вестибулярного апарата, наркоманія, токсикоманія, хронічний алкоголізм, виражена вегетативна дисфункція, гіпертонічна хвороба тощо.

Експертиза працездатності. За умови шкідливої дії шуму при 1 та 2 ступенях втрати слуху (при аудіометрії на звуковій частоті 400 Гц реєструється втрата слуху до 50-60 дБ) – обмежень в роботі немає. Забезпечують диспансерний нагляд, систематично здійснюють профілактичні і оздоровчі заходи, які включають ультрафіолетове опромінення, вітамінотерапію, бальнеолікування.

При 3 ступені зниження слуху (відповідно втрата слуху до 65 дБ) з приєднанням кохлеарного невриту, який розвинувся в період роботи в умовах шуму до 10 років, робота за цією професією неможлива. Якщо є ознаки прогресування приглухуватості, робітника виводять з ділянки шуму. У разі зниження кваліфікації або утруднення з працевлаштуванням хворих направляють на ЛТЕК.

При 4 ступені зниження слуху (відповідно втрата слуху до 70 дБ і більше) – подальша робота в умовах шуму протипоказана. В усіх випадках переведення робітників на іншу роботу за медичними показаннями враховують не тільки ступінь ураження, а й вік, наявність супровідних захворювань, можливість виконувати роботу за іншою спеціальністю поза діянням шуму.

Профілактика порушення слуху

Профілактика виникнення та прогресування порушення слуху включає профілактику інфекційних захворювань, особливо у дітей, своєчасне і раціональне лікування гострого запалення середнього вуха, санацію носа

та носоглотки, санацію середнього вуха, попередження загострень отиту та його ускладнень, періодичне призначення стимулювальної терапії. Необхідно також ліквідувати порушення носового дихання – аденоїдні розростання, гіпертрофічний риніт.

Профілактика професійних захворювань. На підприємстві, де має місце шум та вібрація, існують обов'язкові попередні медичні огляди осіб, які приймаються на роботу та періодичні – для працюючих. Боротьбу з шумом на виробництві починають на стадії проектування тих чи інших машин. Важливе значення має ослаблення виробничого шуму (винесення обладнання, яке є джерелом шуму та вібрації в окремі приміщення, організація дистанційного управління, звукоізоляція, шумопоглинання тощо). Використовують індивідуальні засоби захисту: вібраційні рукавиці і взуття, вушні шоломи і антифони з допомогою яких вдається знизити рівень шуму. Під час перерви рекомендується виходити в інші приміщення. Раціональне харчування передбачає включення, в першу чергу, вітамінів групи В. При виявленні ознак приглухуватості призначається відповідне лікування, надається відпустка, а при прогресуванні – робота поза шумними приміщеннями. Профілактиці слухових порушень на виробництві сприяють складання картографіки шуму і розподіл працівників по робочих місцях з урахуванням їхніх слухових можливостей. Важливе значення мають заходи з охорони здоров'я жінки під час вагітності.

Необхідно проводити роз'яснювальну роботу серед населення про негативний вплив інфекційних, серцево-судинних захворювань, шкідливих чинників навколишнього середовища, виробничих шкідливостей та деяких лікарських препаратів на орган слуху. Необхідно проводити генетичні консультації з профілактики природжених вад розвитку органів слуху та раннього виявлення приглухуватості в дітей перших місяців життя.

3.6.4. Медична та соціальна реабілітація хворих з порушенням зорових функцій

Медико-соціальні аспекти порушення зорових функцій у дорослих та дітей

Порушення зорових функцій належить до однієї з важливих проблем охорони здоров'я, оскільки в світі є не менш ніж 36 млн осіб зі слабким зором. В Україні близько 0,1 % населення складають сліпі (Г.Д. Жабоедов, М.М. Сергієнко та ін., 1999). Спостерігається постійне збільшення кількості сліпих. Основними факторами, що сприяють цьому є: недостатні профілактичні заходи, несвоєчасні діагностика і початок лікування пору-

шення зору (особливо у дітей), недостатня організація охорони праці та техніки безпеки на виробництві і в побуті, воєнні дії, порушення правил застосування токсичних речовин тощо.

Сліпота може бути природженою або набутою. Природжена сліпота зумовлена генетичними чинниками і такими, що діяли під час вагітності (сифіліс, краснуха, токсоплазмоз, дія ліків та токсинів). Набута сліпота виникає внаслідок дії несприятливих чинників під час пологів або в ранній перинатальний період (ретинопатія недоношених, ушкодження зорового нерва у зв'язку з гіпоксією плода при пологах), а також ушкоджень органа зору, загальних захворювань організму (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет та ін.); інфекційних захворювань (грип, токсоплазмоз, туберкульоз тощо), захворювань центральної нервової системи (менінгіт, енцефаліт і т.д.); отруєнь. Найчастіше до сліпоти призводять захворювання сітківки, спричинені патологією судинної системи, цукровим діабетом, високою ускладненою короткозорістю.

Кількість сліпих серед населення визначається не тільки рівнем розвитку медицини, але і рівнем санітарних (офтальмологічних) заходів у країні (Г.Д. Жабоедов, М.М. Сергієнко та ін., 1999).

В державі розроблена спеціальна науково обгрунтована система медико-соціальної реабілітації сліпих та інвалідів по зору. Незрячих або слабобачучих хворих включають в систему державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження захворювань, які призводять до тимчасової та стійкої втрати працездатності, на повернення хворих та інвалідів в суспільство і до суспільно корисної праці. В плануванні і проведенні реабілітаційних заходів повинні брати участь не тільки заклади медичної і соціальної допомоги, але і Українські товариства сліпих, підприємства, а також самі хворі і їх сім'ї.

Засоби реабілітації. Основними засобами реабілітації хворих з порушенням зорових функцій є медична, фізична, соціальна, психологічна реабілітація.

Медична реабілітація

Терапевтичне лікування. В комплексі реабілітаційних заходів важливу роль відіграє відновне лікування, яке, в першу чергу, залежить від характеру захворювання, що спричинило порушення зорових функцій. Лікування полягає у вибіркового загальному та місцевому застосуванні антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, саліцилатів, кортикостероїдів, знеболюючих, судинорозширювальних, розсмоктувальних, десенсибілізуючих засобів, біогенних стимуляторів, аутогемотерапії, вітамінів А, В₁, В₂, С та в лікуванні основних захворювань, що спричинили захворювання очей (туберкульозу, сифілісу, дифтерії тощо). Використовується промивання слізних мішків, їх зондування, промивання кон'юнктивальної порожнини. Вда-

ються до застосування лазера, кріо і діатермокоагуляції, тренажерного обладнання.

Важливе місце в цьому процесі займає корекція зору за допомогою коригуючих лінз окулярів та контактних лінз.

Хірургічне лікування. Завдяки досягненням сучасної офтальмохірургії, багатьом тисячам сліпих повернений зір.

Дієтотерапія – висококалорійна дієта, обмеження споживання солі, вуглеводів, збільшення в раціоні кількості білків і жирів, в раціон необхідно включати овочі та фрукти багаті вітамінами (А, В, С, РР).

Фізіотерапевтичні процедури. За показаннями застосовують сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез антибіотиків, лідази, діоніну тощо, ультрафіолетове опромінення, парафінові аплікації.

Масаж. Проводиться місцевий масаж (наприклад, в ділянці слізного мішка при захворюваннях слезовивідних шляхів чи масаж повік скляною паличкою з метою пожвавлення відпливу секрету мейбомієвих залоз при блефариті, масаж повік при халязіоні) та рефлекторно-сегментарний масаж.

Лікувальна фізична культура. При значному порушенні зору виникають вторинні відхилення в психічному і фізичному розвитку хворих. Різні дефекти зору сповільнюють формування точності, швидкості, координації рухів і вносять свої особливості в процес оволодіння руховими вміннями і навичками. Недостатня рухова активність призводить не тільки до зниження функціональних можливостей, але і негативно впливає на функцію зорового аналізатора. Лікувальна фізична культура спрямована на зміцнення здоров'я, правильний фізичний розвиток організму, покращення елементарної реабілітації, формування життєво необхідних рухових вмінь і навичок.

Процес навчання фізичним вправам здійснюється на основі розвитку у хворих компенсаторних здібностей і проводиться за спеціально розробленою педагогічною програмою. Так для точності виконання рухів використовуються вправи на диференціювання рухів у просторі, диференціювання м'язових зусиль, диференціювання часу; значну увагу приділяють розвитку відчуття статичної і динамічної рівноваги, правильної постави тощо.

Санаторно-курортне лікування. Лікування в місцевих санаторіях та в Євпаторії.

Психологічна реабілітація. Наявність у хворих з порушенням зору психологічної дезадаптації визначає наступні завдання психологічної реабілітації: корекція уявлень про стан здоров'я, перспективи працездатності, положення в соціальному мікро- та макросвіті; корекція деонтологічної ситуації; корекція мотивацій до реабілітації, трудової діяльності, соціальної активності; корекція системи відношень особистості хворого (медичні працівники, працівники відділів соціального забезпечення, ко-

лектив, близькі та рідні, друзі, сусіди, перехожі). Психологічна реабілітація включає: раціональну психотерапію (бесіди, інформація, пояснення, переконання), автогенне тренування, гіпноугестивну терапію, поєднання психотерапії з елементарною реабілітацією, фізичними вправами, працетерапією.

Соціальна реабілітація

Елементарна реабілітація сліпих відіграє важливу роль в соціальній реабілітації. Вона передбачає розвиток мобільності, сенсорного сприйняття, оволодіння навиками орієнтації в просторі, самообслуговування, домоводства, навчання письму і читанню по точковій азбуці Брайля (яка дає можливість із комбінацій 6 випуклих точок створити 63 знаки, достатніх для забезпечення букв алфавіту, цифр, розділових знаків, а також математичних і нотних знаків). Важливим для хворих є оволодіння засобами тифлотехніки.

Тифлотехніка (від грецького *tuphios* – сліпий, *techne* – мистецтво) – галузь техніки, що розробляє пристосування, прилади і системи, які компенсують часткову чи повну втрату зору, полегшує подолання психологічного комплексу неповноцінності. Використання тифлотехніки дає можливість покращити промислову і економічну ефективність праці сліпих; розширити діапазон професій і видів кваліфікованої праці завдяки оволодінню сліпими верстатами, машинами, новими технологічними процесами. Велике значення для сліпих мають прилади, які полегшують орієнтацію їх при ходьбі, особливо в умовах міста, де потрібно швидко орієнтуватися в навколишньому середовищі. Набір для заміни зорових функцій сприяє отриманню інформації про навколишнє середовище за допомогою звукових, шкірних, кінестезичних та інших сигналів. Створений також тифлотехнічний набір для письма, рельєфного малювання, друкарська машинка, комп'ютер, звукозаписуючий апарат.

Для проведення елементарної реабілітації існують спеціальні школи, а також спеціальна служба при управлінні та на підприємствах Українського товариства сліпих. Про організацію спеціалізованих дитячих садочків та шкіл для дітей з порушенням зору повинні дбати педіатри разом з районним відділом освіти.

Спеціалізовані заклади для дітей з порушенням зору

Спеціалізовані дитячі садочки організуються як самостійні заклади інтернатного типу і призначені для виховання та лікування дітей з дисбінокулярною, обскураційною амбліопією і косоокістю. Метою його діяльності є забезпечення підвищення гостроти зору і розвиток чи відновлення бінокулярного або одночасного характеру зору. Вихователі спеціалізованого дитячого садочка проводять роботу, передбачену програмою виховання і продовжують лікувальні заходи, призначені офтальмологом. Одна група повинна включати не більше 20 дітей.

На посаду офтальмолога та сестри-ортоптистки спеціалізованого садочка призначають відповідно лікаря та медичну сестру, які пройшли спеціалізацію по дитячій офтальмології. Один лікар-офтальмолог призначається на 200 дітей, а одна медична сестра – на 25 дітей. Лікар-офтальмолог разом з медичною сестрою вивчає стан очей у дітей, організовує і проводить оздоровчі та лікувальні заходи, бере участь у складанні комплексів фізичних вправ і загартовуючих процедур, проводить лекції, бесіди, заняття з вихователями, нянями спеціалізованого дитячого садочка, з батьками.

Спеціалізовані школи. Районні педіатри щорічно на основі даних офтальмолога подають в районний відділ освіти списки дітей з пониженим зором, щоб за 2 роки до поступлення в школу діти були включені в план перебування у відповідних спеціалізованих школах-інтернатах.

Існують окремо школи для сліпих і дітей, які слабо бачать. До таких шкіл приймають дітей, які слабо бачать і дітей з гостротою центрального зору на кращому оці в межах 0,05-0,08 – 0,2, для сліпих – менше за 0,05-0,08. Показання для направлення дітей в ці школи визначається суворо індивідуально. Приймаються до уваги не тільки основний, але і супутній діагноз захворювання органа зору, а також всі дані, отримані внаслідок різних офтальмологічних досліджень.

Незрячі діти в спеціальних школах-інтернатах проходять курс елементарної реабілітації, отримують загальну середню освіту. Навчання ведуться за типовими і спеціальними програмами, підготовленими на принципах тифлопедагогіки. Навчання і виховання в цих школах планується з урахуванням своєрідності розвитку дітей при різних формах порушення зору.

Професійно-трудове навчання сліпих дітей та дітей зі слабким зором здійснюється поетапно.

I етап. У дошкільний період основну увагу приділяють вихованню у дітей шанобливого ставлення до праці і навчанню елементарним навичкам обслуговуючої праці, праці з пластиліном, папером, картоном.

II етап. У молодших класах шкіл на уроках праці навчають працювати з різними матеріалами, найпростішими інструментами й вимірювачами, прищеплюють навички до догляду за рослинами і тваринами.

III етап. У 4-9 класах проводять політехнічне трудове навчання з метою формування у дітей технічних знань, умінь і навичок, необхідних для продуктивної праці та опанування необхідними професіями.

IV етап. У 10-11 класах навчання проводиться з метою спрямування на опанування певною професією, котра дає право працевлаштування на підприємствах Українського товариства сліпих, в сфері обслуговування, у сільськогосподарському виробництві (Г.Д. Жабоедов, М.М. Сергієнко, 1999).

Трудова (професійна) реабілітація

Експертиза працездатності є початковим етапом соціально-трудової реабілітації таких хворих.

Порушення зорових функцій здатне призвести до тимчасової або постійної втрати працездатності. Тимчасова непрацездатність – стан, коли знижені зорові функції або гострі захворювання очного яблука, орбіти, кон'юнктиви перешкоджають виконанню професійної роботи, але під дією лікування набувають зворотного характеру. На час лікування хворий отримує листок непрацездатності.

Якщо протягом року тимчасова непрацездатність у осіб старше 16 років триває 4 місяці поспіль або більш, ніж 5 місяців протягом року, то це є підставою для направлення хворого до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) і призначення групи інвалідності. Вона покликана оцінити весь об'єм життєдіяльності хворого, визначити його потребу в соціальній допомозі. Призначають I, II або III групу інвалідності, яка визначається на основі оцінки комплексу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійних, психологічних факторів. Ретельне вивчення їх необхідне для правильного клінічного і соціального прогнозу, виявлення наявних у хворого компенсаторно-адаптаційних резервів, здатності мобілізувати їх для повної чи часткової реабілітації, оцінки працездатності, формування індивідуальної програми реабілітації.

Статус інвалідності дітям до 16 років визначає ЛКЖ лікувально-профілактичного закладу. Підґрунтям для призначення інвалідності дітям є колегіальне рішення лікарів-спеціалістів стаціонару після обстеження дитини. Рішення про встановлення дитині інвалідності фіксується в медичних документах дитини (карта стаціонарного хворого, виписки). На руки батькам видається довідка, яка підтверджує, що медичний висновок про стан здоров'я дитини направлений у відділ соціального забезпечення.

Професійне навчання. Професійне навчання і перенавчання сліпих та тих, які слабо бачать – інвалідів I та II груп, необхідне для соціально-трудової реабілітації проводиться в спеціальних технікумах, професійно-технічних училищах, а також безпосередньо на підприємствах Українського товариства сліпих, де створені спеціальні умови для навчання та праці відповідно до функціональних можливостей інваліда. Там вони набувають доступних їм професій. Є 139 видів робіт, які можуть виконувати інваліди по зору. В галузі медицини вони, маючи прекрасне тактильне відчуття, стають хорошими масажистами.

Працевлаштування – головна ланка в соціально-трудої реабілітації хворих. Важливим, завершальним етапом реабілітації є повернення інваліда до професійної праці. Розроблена науково обґрунтована система працевлаштування сліпих забезпечує надання роботи, яка відповідає функціональним можливостям сліпого і не має негативного впливу на стан його здоров'я. Наукова організація праці, механізація і автоматизація виробництва, наявність спеціальної технології, широке використання тифлотехніки дає можливість сліпим виконувати складні виробничі процеси. Інваліди III групи, а також певна частина інвалідів I та II груп можуть працювати в загаль-

них умовах виробництва. Сліпі, які працюють на виробництві, користуються пільгами: 6-годинний робочий день, збільшення тривалості відпустки.

Протипоказані фактори умов праці: вібрація, виробничий шум, шкідливі хімічні речовини, умови “гарячого” і “холодного” цехів, випромінювання і ультразвук, значні постійні фізичні і нервово-психічні навантаження, вимушена робоча поза, постійні нахили тулуба, робота в вечірню зміну в цехах, де є апарати, обладнання, пристосування, які переміщуються, несприятливі метеорологічні умови.

Особливе значення для інвалідів із залишковим і слабим зором має можливість використання зору в процесі роботи. Ця можливість залежить від двох основних факторів – рівня зору, який зумовлює доступність зорової роботи і характеру патології, яка визначає можливість використання зору в процесі праці.

Сліпі беруть участь в багатьох сферах суспільної роботи, існуюча система реабілітації сліпих сприяє їх соціальній інтеграції і створює можливість соціального відновлення. Держава повинна дбати про побутові умови сліпих, створення умов для культурно-просвітницької та спортивно-оздоровчої роботи.

Профілактика порушення зору та виникнення сліпоти

Охорона зору дітей

Охорона зору дітей – важливе завдання держави, яке проводиться з перших днів народження дитини. Акушери-гінекологи повинні проводити кожній дитині після народження профілактичну антибактеріальну обробку очей, а мікропедіатри – ретельно оглянути дитину з метою виключення захворювань очей. При виявленні патології дитину зразу ж направляють до офтальмолога, який застосовує методи діагностики та лікування, що відповідають віку.

Дільничні педіатри

Дільничні педіатри повинні забезпечити явку дітей 2-6 місяців з обов'язковою спадковістю та дітей, народжених при патологічних пологах до дитячого офтальмолога для поглибленого огляду. Крім цього, педіатри повинні направляти до офтальмолога всіх дітей у віці 1-1,5 року життя для детального огляду очей. Щорічно у дітей до 3 років очі оглядають патронажні медичні сестри або педіатри, про що роблять відмітку в історії розвитку дитини. У випадку необхідності дитину направляють до офтальмолога. Обов'язково направляють до останнього дітей при поступленні в дитячий садок. Педіатри разом з працівниками дитячих садочків на основі списків офтальмолога виділяють в кожній віковій групі дитячого садка групу профілактики – “ризик” по короткозорості і проводять з ними навчально-виховну та лікувально-оздоровчу роботу відповідно до рекомендацій офтальмолога.

У всіх дітей віком 3-5 років, які перебувають в домашніх умовах, педіатри вивчають стан очей та гостроту зору і при виявленні відхилень від норми направляють їх до офтальмолога.

Офтальмологічна служба

Всіх дітей групи ризику та тих, у кого виявлені порушення зору, які оформляються в дитячий садочок та дітей 6 років перед поступленням в школу педіатри направляють до офтальмолога. Дітей, у яких виявлені зміни зору, ставлять на диспансерний облік. Планова диспансеризація здійснюється персоналом очних кабінетів і диспансерів. На медичний персонал очних кабінетів поліклініки лягає обов'язок не тільки лікувати, але і проводити необхідний комплекс профілактичних заходів, спрямованих на охорону зору дітей.

До шестирічного віку у всіх дітей повинні бути проведені планові операції з приводу птозу, косоокості, дермоїдів та ін. Діти, яким необхідно стаціонарне лікування, направляються у відповідні очні відділення, які є в дитячих лікарнях або в лікарнях для дорослих. Там їм надається не тільки спеціалізована офтальмологічна допомога, але і висококваліфікована педіатрична допомога, стежать, щоб вони правильно харчувались і перебували під контролем вихователя, а при необхідності і продовжували навчання.

Систематичного і тривалого диспансерного спостереження і лікування потребують діти з глаукомою, пухлинами, запальними і дистрофічними процесами в рогівці, судинній оболонці, сітківці і зоровому нерві, катарактами, складними і ускладненими травмами очей, косоокістю тощо.

В загальноосвітніх школах

Заходи, які проводяться медичними працівниками загальноосвітніх шкіл:

– щорічне (у вересні-жовтні) визначення гостроти зору у кожного школяра силами навченого офтальмологом колективу педагогів і медичних сестер. Результати досліджень фіксуються в журналі профілактичного огляду (список № 1 – учні з нормальним зором, список № 2 – учні з пониженим зором). Після закінчення огляду списки передаються офтальмологам;

– забезпечення явки у встановлені терміни до офтальмолога дітей з виявленим пониженням зору (список № 2) та всіх школярів, які поставлені на диспансерний облік з приводу хронічних захворювань очей (список № 3);

– проведення бесід з педагогами, школярами і родичами по профілактиці короткозорості, очного травматизму, про необхідність носіння окулярів виписаних офтальмологом, здійснення контролю за виконанням цих рекомендацій;

– контроль за створенням необхідних гігієнічних умов школярами (освітлення, шкільні дошки, меблі та інше шкільне обладнання) і коректування умов занять та відпочинку в домашніх умовах;

– виділення групи “ризик” по короткозорості серед дітей молодших класів, забезпечення цим дітям більшого навантаження на слуховий і меншої – на зоровий аналізатори, більш частих фізкультурних пауз і ретельного контролю за правильним сидінням дітей, передбаченим користуванням окулярами, розміщення їх ближче до вікон;

– визначення медичної групи для занять фізичною культурою дітей з пониженим зором;

– забезпечення всіх умов для поглибленого огляду офтальмологами всіх школярів.

Заходи, які проводить педагог в загальноосвітній школі:

– бере участь в заходах, які проводить лікар та медична сестра в класі;
– у фізкультпаузу, що проводиться на уроці, включає вправи на зміну напрямку погляду (вгору, вниз, вправо, вліво) та відстані (погляд зосереджується на близько, потім – далеко розміщених предметах, а при можливості – діти дивляться крізь вікно вдалечінь);

– організовує на перервах цікаві ігри, які виключають очний травматизм;

– стежить за дотриманням гігієнічних нормативів на уроках щодо штучного та природного освітлення класів, їх провітрювання, контролює поставу дітей на уроках, носіння ними приписаних лікарем окулярів, повторні явки до офтальмолога.

Охорона зору дорослих

Охорона праці на виробництві

В завдання охорони праці на виробництві входить попереднє обстеження осіб перед поступленням на роботу і недопущення до неї тих, що мають порушення функції зору, якщо на підприємстві є шкідливі для них умови праці. Регулярне обстеження і лікування осіб, які працюють в шкідливих умовах праці; розроблення та дотримання заходів по профілактиці травматизму на виробництві.

Виявлення і диспансеризація хворих на глаукому

Глаукома належить до захворювань із значною соціальною вагою, оскільки вона посідає одне із чільних місць серед причин сліпоти. Це захворювання невиліковне, проте можна відвернути цілковиту сліпоту, якщо своєчасно його виявити, а хворого взяти під постійний диспансерний нагляд і проводити відповідне лікування. Обстеженню підлягають, як правило, особи у віці, старше ніж 40 років.

Диспансеризація включає систематичний контроль за станом хворих, раціональне лікування глаукоми й супутніх захворювань, працевлаштування хворих та оздоровлення побутових умов, санітарно-просвітницьку роботу з населенням. Диспансерне обслуговування включає три ланки: очний кабінет, глаукомний кабінет, стаціонар.

Українське товариство сліпих (УТОС)

УТОС було створене у 1933 році. Сьогодні воно об'єднує 56 тисяч інвалідів I та II груп по зору. Основні завдання УТОС – об'єднання сліпих громадян України з метою залучення їх до суспільно корисної праці, поліпшення культурно- побутового обслуговування, розвитку їх політичної активності, загальноосвітніх, професійних та технічних знань, сприяння органам охорони здоров'я в поліпшенні медичного обслуговування сліпих і проведенні широкої санітарно-просвітньої роботи з профілактики сліпоти і збереження залишкового зору.

Напрямки роботи, що здійснює УТОС:

1. Соціально-побутове влаштування і обслуговування сліпих.
2. Первинна реабілітація – навчати дітей в спеціальних школах читати і писати, орієнтації в зовнішньому середовищі; допомога в оздоровленні (місцеві санаторії, Євпаторія тощо).
3. Працевлаштування в системі Українського товариства сліпих і поза підприємствами УТОС.
4. Соціальний захист сліпих. В світі існують різні форми соціального захисту сліпих: в країнах Заходу для інвалідів існує солідне фінансування їх життєвих потреб; в Україні – це пенсія і певний заробіток, отриманий на спеціальному підприємстві інвалідів.
5. Виявлення інвалідів.
6. Психічна корекційна робота з метою формування розумного ставлення до сліпоти.
7. Надання тифлотехнічних засобів (для читання, письма, тифломагнітофон, комп'ютер, годинник, пристосування для орієнтування в просторі тощо).
8. Проведення спортивної роботи (шахмати, шашки, туризм), культурно-масової роботи (голосне читання літератури особами, які бачать, заняття гуртків художньої самодіяльності, клубів за інтересами), культпоходи в театр тощо.
9. Акцентування уваги суспільства на проблемах інвалідів (використовують засоби масової інформації).
10. Оздоровлення сліпих за рахунок коштів УТОС (путівки виділяються безкоштовно) і за рахунок інших джерел фінансування (профспілок, інших організацій, меценатів).
11. Відвідування інвалідів на дому (старих, хворих, немічних).

3.6.5. Медична та соціальна реабілітація хворих на туберкульоз

Медико-соціальні аспекти захворювань на туберкульоз

Успіхи у боротьбі з туберкульозом в 60-80 роках ХХ століття послабили увагу до цього захворювання. З початку 90-х років епідемічна ситуація з туберкульозу в світі і в Україні погіршилась. У 1993 році ВООЗ проголосила туберкульоз глобальною проблемою і закликала лікарів світу докласти всіх зусиль, щоб зупинити поширення цієї небезпечної хвороби. У кожній країні створені національні програми боротьби з туберкульозом, обсяг яких визначається рівнем поширення туберкульозу, екологічними, демографічними, соціальними, національними особливостями та фінансовими можливостями.

Особливостями епідеміології туберкульозу на початку ХХІ століття є зростання числа хворих з первинною і вторинною медикаментозною резистентністю мікобактерій туберкульозу та збільшення числа хворих на туберкульоз в поєднанні з різними супутніми хронічними захворюваннями, в тому числі СНІДом, алкоголізмом і наркоманією.

Є. Бліхар (2002) вказує: “аналіз основних показників засвідчує, що до 2005 року в світі захворюваність на туберкульоз буде зростати. Це обумовлено тим, що більше третини населення світу (близько 2 мільярдів) вже інфіковано мікобактеріями туберкульозу. Внаслідок зниження імунологічної реактивності у них може виникнути захворювання. Найбільшу небезпеку створюють ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД, серед яких відмічається збільшення чисельності хворих на туберкульоз. Якщо хворий на туберкульоз за рік інфікує 10-12 осіб, то хворий на туберкульоз і СНІД інфікує 15-20 здорових осіб. Розповсюдження СНІДу спричиняє збільшення епідемії туберкульозу в глобальному масштабі”.

Організація протитуберкульозної роботи

Організація боротьби з туберкульозом є загальнодержавним завданням. Для успішної організації протитуберкульозних заходів необхідна тісна співпраця медичних закладів, санітарно-епідеміологічної служби, місцевих органів влади, громадських організацій. Керівна і організаційна роль належить протитуберкульозним диспансерам, які координують діяльність всіх зазначених установ і організацій.

Загальнолікарняні заклади

Основним завданням загальнолікарняних закладів є своєчасна діагностика туберкульозу.

Шляхи своєчасного виявлення туберкульозу:

1. Профілактичне обстеження: дітей – туберкулінодіагностика; підлітків – туберкулінодіагностика, з 15 років додатково – флюорографія; дорослих – флюорографія.

2. Виявлення при зверненні за медичною допомогою.

3. Спостереження за особами з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз.

Профілактичне обстеження. Масові профілактичні флюорографічні огляди є основним методом виявлення туберкульозу у дорослих. Суцільне обстеження населення на туберкульоз здійснюється, починаючи з 18 років один раз на 2 роки. Обстеження проводяться за допомогою стаціонарних і пересувних флюорографів.

Серед усього населення, що підлягає профілактичним флюорографічним обстеженням виділяють “обов’язковий контингент” – це особи, які під час роботи контактують:

– з продуктами харчування (працівники громадського харчування, торгівлі, харчоблоків, молочних тваринницьких ферм); з дітьми і підлітками (працівники пологових будинків, лікувальних, навчальних, оздоровчих закладів для дітей і підлітків);

– з великою кількістю людей (працівники підприємств санітарно-гігієнічного, побутового обслуговування населення, комунальних служб, особи, які проживають у гуртожитках, студенти в період навчання в середніх спеціальних навчальних закладах (за професіями, що відносяться до “обов’язкових контингентів”).

Виявлення туберкульозу при зверненні за медичною допомогою

Усі особи, які з тих чи інших причин (захворювання, проходження комісії, отримання довідки) звертаються в поліклініку чи хворі, які госпіталізовані вперше в даному році, обов’язково проходять флюорографічне обстеження.

При підозрі на туберкульоз лікар проводить обов’язковий діагностичний мінімум (ОДМ) обстежень: опитування хворого, фізикальне обстеження, флюорографію чи рентгенографію грудної клітки в двох проекціях, пробу Манту з 2 ТО, бактеріоскопічне дослідження харкотиння на мікобактерії туберкульозу (МБТ) не менше 3-х разів. Хворого направляють в протитуберкульозний диспансер.

Спостереження за особами з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз. До осіб з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз, що спостерігаються в поліклініках загального профілю, відносять хворих з такими обтяжуючими факторами: часті, затяжні, тяжкі неспецифічні, професійні захворювання бронхів, легень, плеври, малі посттуберкульозні зміни в легенях; захворювання на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (стан після операцій з приводу цих захворювань), недостатність надниркових залоз; тривала кортикостероїдна та променева терапія; надмірний вплив радіоактивного випромінювання; алкоголізм, наркоманія, СНІД.

Причини несвоєчасного виявлення туберкульозу. Основними причинами несвоєчасного виявлення туберкульозу є: неуважне ставлення до свого здоров'я, особливості перебігу туберкульозу, помилки лікарів.

Санітарно-епідеміологічна служба

Санітарно-епідеміологічна служба контролює проведення заходів, що обмежують поширення туберкульозної інфекції (відселення хворих на туберкульоз, що виділяють МБТ з гуртожитків, ізоляція дітей у випадках наявності контакту, проведення поточної та заключної дезінфекції тощо).

Протитуберкульозний диспансер

Функціонують обласні, міські, районні, міжрайонні протитуберкульозні диспансери, а також туберкульозні відділення та кабінети на базі загальних лікувально-профілактичних закладів. Для лікування й оздоровлення пацієнтів створені самостійні туберкульозні лікарні, санаторії, санаторні ясла, дитячі садки, санаторні школи-інтернати, лісові школи тощо.

Протитуберкульозною роботою в області керує обласний протитуберкульозний диспансер. У його складі є диспансерне і стаціонарне відділення, організаційно-методичний кабінет, клініко-діагностичні лабораторії та кабінети, рентгенологічне відділення. Часто при обласному протитуберкульозному диспансері функціонує пересувна флюорографічна станція.

Основна функція обласного протитуберкульозного диспансеру – організація і проведення заходів зі зниження захворюваності, інфікованості, хворобливості населення на туберкульоз і смертності від цієї хвороби.

Для вирішення цих завдань обласний протитуберкульозний диспансер:

- координує діяльність державних служб, громадських організацій і установ охорони здоров'я;
- узгоджує протитуберкульозні заходи з обласними органами державної влади, одержує від них необхідні асигнування, звітує про виконану роботу;
- організовує заходи з своєчасного виявлення туберкульозу;
- проводить диспансерне спостереження і комплексне лікування та медико-соціальну реабілітацію хворих на туберкульоз.

Диспансерне спостереження – основний метод в роботі протитуберкульозного диспансеру. Завдання його полягає в тому, що від самого виявлення туберкульозу людина, що захворіла, члени її сім'ї, умови їх проживання і праці будуть під наглядом лікаря-фтизіатра з метою лікування, оздоровлення вогнища туберкульозної інфекції, попередження свіжого інфікування і первинного захворювання на туберкульоз.

Хворі, що перебувають на диспансерному обліку відповідно до форми та активності процесу поділяються на 8 груп. Саме належність до тієї чи іншої групи визначає методи лікування, термін спостереження.

Обов'язки лікаря-фтизіатра та медичної сестри фтизіатричного відділення. Лікарі диспансерів і туберкульозних відділень планують,

контролюють, проводять ревакцинацію, виконують лікувальну роботу, дають рекомендації щодо працевлаштування, займаються експертизою працездатності хворих на туберкульоз, проводять санітарну профілактику туберкульозу. Медична сестра допомагає в роботі лікарю. Особливостями обов'язків медичної сестри фтизіатричного відділення є контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм і правил та контроль за регулярним прийманням усіх медикаментозних засобів хворим.

Медична реабілітація

Медична реабілітація включає комплекс заходів: специфічну, неспецифічну терапію, застосування хірургічних методів.

Специфічна терапія

Специфічна терапія включає комбінацію протитуберкульозних препаратів. Вона проводиться диференційовано, залежить від клінічної форми, переносимості препаратів та чутливості до них МБТ і є основним методом лікування туберкульозу будь-якої локалізації.

Всі туберкулостатичні препарати, залежно від їх бактерицидної і бактериостатичної дії, поділяють на 3 групи:

Група А – з найбільшою бактериостатичною дією – ізоніазид, рифампіцин.

Група В – середньої активності – етіонамід, канаміцин, стрептоміцин, піразинамід, етамбутол, циклосерин.

Група С – найнижча ефективність – тіоацетазон, ПАСК.

При проведенні специфічної терапії необхідно дотримуватись наступних принципів:

- застосовувати комбінації кількох протитуберкульозних препаратів;
- дотримуватись двоетапності лікування: початкового або інтенсивного; продовження або долікування;
- одноразові добові дози протитуберкульозних препаратів повинні створити максимальні бактериостатичні концентрації в крові;
- приймати туберкулостатичні препарати регулярно, безперервно;
- лікування має бути довготривалим (від 6 до 18 місяців і більше).

Про ефективність хіміотерапії свідчитьвилікування туберкульозу, яке оцінюється за наступними критеріями: припинення мікобактеріовиділення, закриття каверни, розсмоктування вогнищ та інфільтративних явищ, стійка детоксикація, нормалізація функцій організму, відновлення працездатності (Є. Бліхар, 2002).

Хірургічне лікування

Хірургічні методи лікування хворих на туберкульоз, як запального інфекційного захворювання, розглядають як фрагмент комплексного етіотропного лікування і як етап медико-соціальної реабілітації.

Показання до хірургічного лікування хворих на туберкульоз можуть бути плановими і невідкладними.

Хірургічні методи лікування хворих на туберкульоз легень поділяють на радикальні, колапсохірургічні та проміжні операції. Метод визначається відповідно до загального стану пацієнта і характеру місцевих змін у легенях.

Неспецифічні засоби в реабілітації хворих на туберкульоз

Неспецифічні засоби терапії туберкульозу впливають на перебіг специфічного запалення, підвищують опірність організму, поліпшують обмінні процеси, покращують відновні процеси, прискорюють розрешення захворювання.

В медичній реабілітації хворих на туберкульоз найчастіше застосовують неспецифічні медикаментозні засоби, гігієнічно-охоронний режим, дієтичне харчування, фізіотерапевтичні процедури, лікувальну фізкультуру, санаторне лікування, працетерапію.

Неспецифічне медикаментозне лікування

З неспецифічних медикаментозних препаратів найчастіше призначають протизапальні, десенсибілізуючі, детоксикаційні, імуностимулюючі засоби; препарати спрямовані на нормалізацію обмінних процесів, антиоксиданти, анаболічні препарати, симптоматичне лікування.

Гігієнічно-охоронний режим

Гігієнічний режим. Догляд за хворим на туберкульоз передбачає *точну дезінфекцію*. Індивідуальний посуд, постільну білизну бактеріовиділювачів знезаражують кип'ятінням в 2 % розчині соди протягом 20 хв. Найбільш небезпечним інфекційним матеріалом є харкотиння хворого, тому його необхідно збирати в індивідуальну кишенькову плювальницю, заповнену на чверть об'єму 5 % розчином хлораміну. Харкотиння в плювальниці знезаражують кип'ятінням в емальованому посуді в 2 % розчині соди 20 хв або ж на 6 годин заливають 5 % розчином хлораміну. Приміщення прибирають вологим способом, провітрюють, кварцують. Узимку приміщення слід добре опалювати, що дуже важливо для ослаблених хворих.

Охоронний режим. Сучасна ефективна хіміотерапія дає можливість призначати ліжковий режим лише на початкових етапах лікування, при формах туберкульозу з гострим перебігом, а також тяжкохворим. Триває він до зниження явищ інтоксикації, нормалізації температури тіла. Після поліпшення стану хворого поступово переводять на палатний і вільний режим.

Психотерапевтичний вплив спрямований на створення сприятливого психологічного клімату та формування у хворого впевненості в позитивні результати лікування, сумлінного відношення до лікування, дотримання норм гігієни.

Раціональне харчування

Потреба в правильному харчуванні зумовлена тим, що у хворих на туберкульоз значно порушуються обмінні процеси. Причини цих розладів: туберкульозна інтоксикація, гіпоксія, порушення синтезу багатьох вітамінів, котрі є основою для енергетичних і деяких ферментних процесів, внаслідок антибактеріальної терапії.

Особливо порушується білковий обмін, тому в організм повинна поступати достатня кількість повноцінних білків, що легко засвоюються. Вони містяться в м'ясі, молоці, сирі тощо. Кількість жирів і вуглеводів у харчовому раціоні хворого не має перевищувати норми для здорових.

Енергетична цінність продуктів в період загострення туберкульозного процесу повинна бути підвищеною. Пізніше – не перевищувати норми на 10-15 %.

Їжа повинна бути багата на вітаміни, особливо на аскорбінову кислоту. Надзвичайно велике значення має регулярне вживання свіжих овочів, фруктів, соків.

Лікувальна фізична культура

Завдання лікувальної фізкультури: загальнозміцнювальний вплив, посилення процесів десенсибілізації, дезінтоксикації, зменшення гіпоксії, вдосконалення координації діяльності всіх органів і систем. Особливий вплив мають фізичні вправи на систему дихання: виробляється правильний механізм дихання, ліквідуються порушення в акті дихання, покращується вентиляція легень, попереджується утворення спайок та інших ускладнень, що в кінцевому результаті сприяє зменшенню гіпоксії, прискорює розрешення патологічного процесу в легенях.

Показанням для призначення ЛФК є стихання гострого процесу та покращення загального стану хворого: коли припиняється кровохаркання, стає нормальною або стабільно знижується до субфібрильних цифр температура тіла.

Заняття в стаціонарі проводяться відповідно до вимог ліжкового, палатного, вільного режиму.

Після покращення самопочуття хворому призначається лікувальна гімнастика в ліжку. Вправи виконуються в повільному темпі, з акцентом на нефорсовані дихальні вправи. У випадку наявності в грудній клітці болю, вправи виконуються в положенні на хворому боці. Через 1-2 тижні після нормалізації температури тіла хворому призначають ранкові прогулянки і післяобідній відпочинок на свіжому повітрі.

Заняття в санаторних умовах. В комплекс вправ ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики та самостійних занять спочатку включають вправи малої, потім помірної інтенсивності, які поступово ускладнюють. В комплекс включають також нефорсовані дихальні вправи.

Прогулянки на щадному режимі: на 500-1500 м по рівному місцю, в повільному темпі. На щадно-тренувальному та тренувальному режимі ди-

станцію поступово доводять до 3-5 км (в обидва кінці) по рівній місцевості, пізніше – з підйомами і спусками до 15-20°.

В зимовий період призначають ходьбу на лижах тривалістю до однієї години на тренувальному режимі і більше – на наступних режимах.

Елементи спортивних ігор: на тренувальному режимі – вправи з м'ячем, пізніше – настільний теніс, городки, волейбол, бадмінтон, великий теніс до 1 год щодня.

В літній період заняття проводять з меншою інтенсивністю.

Заняття фізичними вправами проводяться під керівництвом методиста з ЛФК, медичних сестер відділення або самостійно. Необхідно постійно контролювати температуру тіла, частоту серцевих скорочень, частоту дихання, самопочуття хворого. У випадку незначного підвищення температури, посилення кашлю, погіршення самопочуття необхідно зменшити навантаження (відмінити заняття не бажано) і проінформувати про це лікаря. При самостійних заняттях хворі самостійно контролюють свій стан (чому їх навчають методист чи лікар з ЛФК під час занять лікувальною гімнастикою) та інформують про результати лікуючого лікаря.

Фізіотерапевтичні процедури

На фоні хіміотерапії фізіотерапевтичні процедури є цінним додатковим методом неспецифічної дії з метою безпосереднього впливу на туберкульозний процес, його ускладнення і окремі симптоми:

– внутрішньогрудний електрофорез із хіміопрепаратами – призначають на початковому етапі лікування з метою підвищення концентрації протитуберкульозних препаратів у вогнищі ураження;

– УВЧ-терапія, лазерне опромінювання, сантиметрово-хвильова, мікрохвильова, резонансна терапія, ультрафіолетове опромінення крові – з метою зменшення бронхіальної обструкції, гіпоксії, десенсибілізуючої дії;

– через 3-6 місяців від початку хіміотерапії призначають ультразвукове опромінення, індуктотермію з метою стимуляції процесів розсмоктування, поліпшення репаративних процесів, прискорення загоєння каверн, підвищення захисних сил організму.

Санаторне лікування

Санаторне лікування призначають на заключному етапі хіміотерапії і після оперативних втручань. Метою санаторного лікування є закріплення результатів стаціонарного етапу лікування, підготовка до праці.

Санаторії для лікування хворих на туберкульоз поділяють на місцеві і кліматичні.

Місцеві санаторії є у всіх областях України. В них направляються хворі на поширені деструктивні форми туберкульозу легень, а також особи похилого віку, які тяжко переносять акліматизацію. В санаторії хворі дотримуються призначеного режиму, перебувають під наглядом лікаря, отримують антибактеріальне та інше неспецифічне лікування.

Кліматичні санаторії. Головними чинниками клімату, що мають цілющий вплив на хворого на туберкульоз, є свіже повітря, понижена вологість, відсутність вітрів, інсоляція, малі коливання температури повітря й атмосферного тиску протягом тривалого часу. В умовах кліматичних санаторіїв може поліпшуватися переносимість протитуберкульозних препаратів: чисте повітря, багате на кисень, зменшує явища гіпоксії, нормалізує обмінні процеси.

Приморські курорти України розміщені на Південному березі Криму (Симеїз, Алупка, Ялта), біля Одеси. У приморські санаторії можна направляти хворих із неповністю ліквідованими явищами інфільтрації і обсіювання, початковими проявами порушення функції апарата дихання і кровообігу, при супровідних хронічних запальних захворюваннях органів дихання.

Лікування в гірських санаторіях (Ворохта, Яремча) доцільне при затишаючих обмежених формах туберкульозу, без ознак серцево-судинної недостатності.

Тривалість перебування в санаторії 1-2 місяці.

Соціальна реабілітація

Працетерапія та працевлаштування

В реабілітації хворих на туберкульоз використовують загальнозміцнювальну (тонізуючу), відновну і професійну працетерапію, яка враховує етап відновного лікування, попередній професійний досвід.

Для хворих на туберкульоз, які не зможуть надалі працювати за своєю спеціальністю (внаслідок епідеміологічної небезпеки для оточуючих чи у зв'язку з виникненням значних функціональних порушень) одночасно з відновленням трудової діяльності під час працетерапії в реабілітаційних центрах повинно проводитись навчання і перенавчання з метою здобуття нової професії, яка доступна хворому в межах можливих наслідків захворювання, що надалі зможе полегшити його працевлаштування.

Хворі з активною формою туберкульозу не допускаються до роботи з дітьми та підлітками, в харчовій промисловості та торгівлі продуктами, на підприємствах комунально-побутового обслуговування, на фармацевтичних фабриках, тваринницьких, молочних та птахофермах. Їм не дозволяється працювати лікарями оториноларингологами, стоматологами, медичними сестрами і санітарками нефтизіатричних лікувально-профілактичних установ.

Експертиза працездатності

Відновлення працездатності – важливе завдання медико-соціальної реабілітації. Хворим може бути встановлена тимчасова чи стійка (повна або часткова) втрата працездатності.

Тимчасову втрату працездатності встановлюють за сприятливого клінічного і трудового прогнозу. На період комплексного лікування та

медико-соціальної реабілітації, але не більше 10 місяців (та з дозволу МСЕК можливе продовження ще на 2 місяці) хворому видається листок непрацездатності. Місце роботи і посада зберігаються протягом 12 місяців.

Стійка втрата працездатності. Якщо клінічне вилікування затримується або настають стійкі хворобливі зміни та при неможливості повернення до попередньої професії у зв'язку з епідеміологічними причинами (вчитель, харчовик, комунальник, інші декретовані групи), лікар оформляє документи і направляє хворого на МСЕК. Там хворому установлюють ступінь і причину втрати працездатності, визначають засоби реабілітації, умови та види праці, показані йому, проводять професійну підготовку.

Залежно від ступеня втрати працездатності МСЕК визначає III, II або I групу інвалідності. При необхідності професійного перенавчання МСЕК направляє інваліда в державну службу зайнятості, де за висновком профорієнтаційних підрозділів хворий направляється на професійне навчання, а потім – працевлаштування згідно з рекомендаціями МСЕК.

Профілактика туберкульозу

Профілактика туберкульозу – це комплекс заходів, спрямованих на попередження інфікованості і виникнення захворювання. Вона включає санітарну, специфічну, соціальну профілактику.

Санітарна профілактика – комплекс заходів, спрямованих на запобігання інфікування здорових осіб від хворих на туберкульоз людей і тварин. До їх складу входять:

- раннє виявлення, ізоляція, лікування хворих на туберкульоз;
- заключна (чи поточна) дезінфекція, де перебував (чи перебуває) хворий на туберкульоз;
- проведення профілактичного лікування (за показаннями) контактним хворим;
- організація санітарно-освітнього навчання серед здорових, хворих і контактних осіб (лекції, видання брошур, плакатів, демонстрація кінофільмів, виступи по радіо тощо);
- проведення в сільській місцевості працівниками ветеринарної служби регулярних обстежень тварин з метою раннього діагностування захворювання на туберкульоз.

Специфічна профілактика туберкульозу полягає у проведенні вакцинації, ревакцинації і хіміопротекції.

Вакцинація спрямована на створення специфічного протитуберкульозного імунітету у неінфікованих осіб. Вакцинацію проводять новонародженим.

Ревакцинації підлягають здорові діти і підлітки, які мають негативну реакцію Манту у віці 7 та 14 років.

Хіміопротекція – застосування протитуберкульозних препаратів для попередження туберкульозу в осіб із високим ризиком захворювання:

– неінфікованим дітям і підліткам (первинна профілактика) при контакті з хворими на туберкульоз людьми та тваринами;

– особам, які інфіковані туберкульозом або одужали від нього, при наявності факторів ризику рецидиву захворювання (вторинна хіміопрфілактика).

Для хіміопрфілактики застосовують дво- або тримісячні курси ізоніазиду одноразово або два рази на рік.

Соціальна профілактика охоплює державні заходи, спрямовані на підвищення життєвого рівня, зміцнення здоров'я населення, покращення побутових умов та умов праці і на зменшення поширеності туберкульозу; забезпечення населення продуктами харчування, створення культурно-просвітних закладів, розвиток фізичної культури та спорту, будинків відпочинку; захист водоймищ та атмосфери від забруднення токсичними речовинами.

Хворим з активною формою туберкульозу потрібна окрема кімната та позачергове забезпечення житлом. Лікування хворих на туберкульоз в стаціонарі, санаторії і амбулаторно безкоштовне.

3.6.6. Медико-соціальна реабілітація хворих на синдром набутого імунодефіциту (СНІД)

Медико-соціальні аспекти СНІДу

ВІЛ-інфекція – вірусна хвороба людини, що передається найчастіше при статевих контактах, через кров, при пошкодженні шкірних покривів та слизових, викликає глибоке і незворотне ураження клітин імунної системи, сприяє виникненню синдрому набутого імунодефіциту.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – тяжке інфекційне захворювання, яке проявляється лімфаденопатією, вираженою інтоксикацією організму, нашаруванням інфекційних і онкологічних захворювань з летальним закінченням.

За даними ВООЗ сьогодні у світі понад 50 мільйонів хворих на СНІД.

Ця хвороба, за своїм впливом на життя суспільства, переважила всі епідемії минулого, змінила наші уявлення про роль і можливість медицини, вплинула на право, економіку, політику, мораль, релігію. На початку світової пандемії його ототожнювали тільки з медициною. Різко збільшилися прямі витрати на охорону здоров'я, бо орієнтовно один хворий на СНІД потребує на лікування та забезпечення до кінця життя 100 тисяч доларів на рік, а соціальні витрати, утримання сім'ї тощо досягають 1 трл. доларів. До 2000 року витрати США на СНІД перевершили всі витрати на обидві світові війни (Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко, 2000). Незважаючи на всі витрати і послуги, результати лікування залишаються невтішними, тривалість життя у хворих не перевищує 5 років.

Зараз ВІЛ/СНІД визначають як політико-соціальне та медико-біологічне явище. Поширення ВІЛ/СНІДу призводить до значних медичних, соціально-економічних, демографічних, політичних наслідків в усіх країнах світу. В першу чергу, уражаються молодь та особи середнього віку, які формують соціально-економічну та політичну еліту суспільства, що може призвести до тяжких наслідків в економіці, руйнування багатьох соціальних інститутів.

В 1987 році ВООЗ прийняла Глобальну програму боротьби зі СНІДом.

Згідно з нею національна політика держав була зорієнтована на три основні завдання глобальної стратегії ВООЗ:

- запобігання ВІЛ;
- зменшення впливу інфекції ВІЛ на окремих людей та суспільство;
- координацію дій усіх країн, суспільних і громадських організацій у боротьбі зі СНІДом.

Соціальними причинами виникнення пандемії СНІДу експерти ВООЗ вважають:

- підвищення міграції населення, особливо в Африці;
- поширення в країнах шкідливих звичок, насамперед наркоманії та проституції;
- розвиток медичних технологій; широке застосування внутрішньовенних маніпуляцій, нові методи зберігання, переливання, переробки людської крові та її препаратів;
- розширення обсягу та доступність для широкого населення оперативних медичних втручань.

В Україні перший ВІЛ-інфікований був зареєстрований у червні 1987 року, перший випадок СНІДу – у квітні 1988 року, перша смерть від СНІДу – у жовтні 1988 року. З 1995 року поширення цієї хвороби в Україні набуло ендемічного характеру. 2003 року в Україні нараховувалось 58,5 тисячі заражених, приблизно 10 % з них – діти. За неофіційними даними ця цифра значно більша.

До епідемічного неблагополуччя в Україні призводять (крім вищевказаних) ще й такі основні фактори: тяжка інфляція із швидким зубожінням великого прошарку людей; стрімкий спад у традиційних галузях промисловості, який викликав особливо високий рівень безробіття (досить часто кілька членів сім'ї не мають роботи) та створив середовище, де внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків, алкоголізму, проституції, міграції робочої сили (часто дуже довготривалої та широкої) та інших вад суспільства швидкими темпами відбулося поширення інфекції. Слабка матеріальна база закладів охорони здоров'я та інші соціальні біди також погіршують епідемічну ситуацію.

На жаль, вірус вийшов із середовища уразливих груп і потрапив у загальну популяцію. Сьогодні хворіють не тільки маргінальні групи, а люди, які просто живуть статевим життям і необов'язково з наркоманом.

І хоча статевий контакт, порівняно зі спільним вживанням наркотика, рідше закінчується зараженням, тут легко взяти кількістю (масштабами), що і відбувається в країні.

Тенденції до сповільнення темпів епідемії немає. За офіційними повідомленнями в 2003 році щомісяця реєструвалося в країні понад 850 нових випадків ВІЛ-інфекції. За 9 місяців 2003 року захворіли на СНІД 1400 осіб і понад 900 померли (А. Щербінська, 2003).

Державні документи. Юридичні та правові засади боротьби зі СНІДом, питання взаємовідносин суспільств і уражених СНІДом відображені в багатьох державних документах, основним з яких є Закон України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення (1991 рік, з внесеними до нього змінами в 1998 році). Останнім документом є Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004-2008 роки.

Міжнародні організації. Занепокоєні темпами росту пандемії міжнародні організації. Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією надав грант на загальну суму 92 млн доларів, з яких більше 6 мільйонів вже надійшли в Україну. В середині вересня 2003 року парламент ратифікував угоду з Всесвітнім банком про позичку 60 млн доларів на реалізацію спільного проекту “Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІДом в Україні”. Це дає можливість закупити специфічні антиретровірусні препарати і ліки для лікування опортуністичних хвороб практично для всіх, хто цього потребує. Крім цього, планується виділити значні кошти на навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників, моніторинг, інформаційну роботу.

Шляхи передачі вірусу

Найбільш поширеними шляхами передачі вірусу є:

- **статеві стосунки** – гетеросексуальні, гомосексуальні, бісексуальні;
- **парентеральні** – через кров при гемотрансфузіях, використанні препаратів із зараженої крові, інфікованого медичного обладнання (голки, шприци, катетери, бори та ін.), при ритуальних процедурах, що зв’язані з пораненням (обрізання, видалення клітора, татуювання);
- **вертикальні** – антенатально через плаценту, інтранатально – при народженні дитини, при вигодовуванні ураженим ВІЛ молоком матері;
- **при трансплантації** – серця, легень, нирок, кісткового мозку, рогівки очей тощо; при штучному заплідненні – якщо сперма отримана від інфікованого донора.

Клінічні прояви синдрому набутого імунodefіциту

Думки щодо частоти і термінів переходу вірусоносійства у захворювання різні. Згідно з даними десятирічного спостереження М.А. Андрейчина (1988), протягом 5 років після інфікування у 20-30 % осіб розвивається СНІД, у такої ж кількості СНІД – асоційований симптомокомплекс, у решти 40-60 % носіїв клінічні ознаки захворювання не розвиваються.

СНІД має різноманітну клінічну картину. Інкубаційний період триває від 1 місяця до 10 років і більше. Клінічний перебіг умовно можна поділити на декілька періодів.

Гострий період нерідко виникає через 2-4 тижні після зараження, триває 1,5 -2 тижні і характеризується наявністю гарячки, ангіни, збільшенням шийних лімфатичних вузлів. Другий період триває понад 1,5 місяця, супроводжується покращенням стану, але у хворого спостерігається збільшення лімфатичних вузлів (найчастіше задньошийних, надключичних, пахвових, ліктьових). Третій період триває від 1 до 6 місяців, для нього найбільш характерні переміжна або постійна гарячка, підвищена пітливість, можливий пронос, кашель, задишка. Стан хворого може періодично покращуватися і погіршуватися.

Останній період – власне СНІД. Він зумовлений розвитком глибокого незворотного імунодефіциту, повною неспроможністю імунної системи. Клінічна картина залежить від приєднання саркоми Капоші або тяжкої опортуністичної інфекції, тобто такої, що викликана умовно-патогенною або сапрофітною флорою. У хворих на СНІД вже описано 170 інфекційних захворювань. Найбільш небезпечними з них визнано 20. Залежно від ураження різних органів і систем виділяють церебральну, легеневу, кишкову, дисеміновану та неопластичну форми СНІДу.

Діагностування СНІДу

За рекомендаціями ВООЗ статус особи щодо ВІЛ-інфекції може бути встановлений тільки шляхом медичного обстеження

Для встановлення діагнозу СНІДу за міжнародними підходами необхідне тестування крові хворого. За рекомендаціями ВООЗ *тестування базується на принципах добровільності, доступності, анонімності та безкоштовності*. Тестування розподіляють на первинне (методом імуноферментного аналізу), скринінгове та остаточне (методом імуноблотингу). В Україні розгорнута мережа діагностичних лабораторій, виробництво сучасних тест-систем, підготовлені фахівці, тому тестування проводиться в 2 етапи.

Медичний огляд громадян України, іноземців і осіб без громадянства, які перебувають на території України чи яким надано статус біженців, може бути анонімним. Анонімний огляд проводять в кабінетах довіри чи за направленням медичного працівника, до якого звернулася зацікавлена особа.

Обов'язковому лабораторному дослідженню на наявність ВІЛ-інфекції підлягає кров (її компоненти), отримана від донорів та інші біологічні рідини, клітини, тканини, органи людини.

ВІЛ-інфікована особа зобов'язана письмово засвідчити факт поінформованості щодо наявності у неї ВІЛ-інфекції.

Особам, у яких виявлено антитіла до ВІЛу, ВООЗ радить дотримуватися наступних правил:

- одержати інформацію про хворобу;
- відмовитися від донорської крові, плазми, органів, сперми;

- користуватися власними зубними щітками, бритвами, ножицями;
- жінки, чії статеві партнери серопозитивні до ВІЛу, повинні знати, що вони можуть заразитись і народити хвору дитину.

Реєстрація ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД здійснюється лікувально-профілактичними закладами після проведення медичного огляду, встановлення діагнозу та стадії розвитку ВІЛ.

Облік ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України, іноземців і осіб без громадянства, що постійно проживають чи на законних підставах тимчасово перебувають на території України, ведеться обласними (міськими) санітарно-епідеміологічними станціями та обласними (міськими) центрами профілактики СНІДу за визначенням МОЗ.

На підставі офіційних документів, що подаються в Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, обчислюють показники, що характеризують процес ураження населення: захворюваність, поширеність, інфікованість, смертність від СНІДу.

За оцінками експертів ВООЗ у всіх регіонах *має місце неповна реєстрація випадків СНІДу*, пов'язаних з недостатніми зверненнями хворих, недосконалою діагностикою, нерозпізнаванням клінічних проявів, необізнаністю медичних працівників, дефектами обліку даних.

Медична реабілітація

Спеціалізована лікувально-профілактична допомога хворим на СНІД і ВІЛ-інфікованим в Україні

Центри профілактики. Основною структурною одиницею є центри профілактики СНІДу, які формують систему забезпечення хворих на базі кабінетів інфекційних захворювань (КІЗ). Для надання їм допомоги створена система спеціалізованих закладів.

Завдання центрів:

- проведення первинного обстеження та реєстрація хворих з вперше в житті встановленим діагнозом “ВІЛ-інфекція”;
- забезпечення диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими, що мешкають на закріпленій за центром території;
- надання лікувально-діагностичної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;
- забезпечення спеціалізованої планової, невідкладної, консультативної допомоги:
- направлення до клініки СНІДу Українського центру в плановому порядку чи за екстреними (клінічними) показаннями;
- координація діяльності медичних закладів, розташованих на підвідомчій території;
- щомісячний збір і подання в Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом оперативної інформації щодо зареєстрованих хворих за встановленими звітними формами.

Медичний працівник зобов'язаний:

– проконсультувати особу щодо процедури обстеження, ймовірних результатів, шляхів поширення ВІЛ-інфекції та засобів індивідуальної профілактики;

– інформувати обстежуваного про результати огляду в порядку, встановленому МОЗ;

– при наявності ВІЛ-інфекції надати інфікованій особі психологічну підтримку, ознайомивши із заходами індивідуальної профілактики, можливостями медичного та соціального нагляду;

– попередити про кримінальну відповідальність за свідому загрозу зараження інших осіб;

– не поширювати інформацію про ВІЛ-інфікованість особи чи захворювання на СНІД.

Кабінети довіри. Крім кабінетів інфекційних захворювань, існують кабінети довіри – діагностичні структури нового типу. Завдання кабінету довіри: кваліфіковане обстеження та діагностика СНІДу, направлення до стаціонару, диспансеризація, психологічна допомога та підтримка інфікованих хворих. У штаті кабінету є психолог, що проводить консультування з метою попередження самогубств ВІЛ-інфікованих.

Стаціонарна допомога хворим надається на базі Центрів і спеціалізованих блоків СНІДу при інфекційних чи багатопрофільних лікарнях. За наказом обласного управління охорони здоров'я визначені заклади, на базі яких організують бригади для надання різних видів спеціалізованої (терапевтичної, акушерсько-гінекологічної, хірургічної, стоматологічної, педіатричної, реанімаційної) допомоги. При потребі в інших видах допомоги викликають спеціалістів за профілем.

Медикаментозна терапія. На сьогодні ще немає засобів, якими можна було б лікувати людину від ВІЛ-інфекції взагалі та від СНІДу зокрема. Проте вдалось винайти препарати, які гальмують розвиток хвороби і завдяки цьому продовжують тривалість життя хворого. *Кращим препаратом є азидотимідин (АЗТ).* Недоліком його є те, що в процесі лікування зростає частка резистентних до АЗТ вірусів та препарат дуже дорогий. Одна капсула коштує 1,6 долара. За курс лікування треба заплатити 7-8 тисяч доларів. Крім цього, використовують **ставудин (d4T)** і **ламівудин (ЗТС).** За новими даними ефективним є **індинавір.** Маючи різні механізми дії, індинавір та АЗТ у комбінації виявляють значний синергізм. Найефективнішою вважається комбінація з АЗТ, індинавіру і ЗСТ (М.А. Андрейчин, 1998).

У комплексній терапії хворих важливе місце відводиться імуномодуючій та імунозамісній, симптоматичній терапії, боротьбі з опортуністичними хворобами.

Догляд за хворим з пониженим імунітетом. З метою захисту хворого з послабленим імунітетом від додаткового зараження патогенною або

умовно-патогенною флорою його розміщують в окремій палаті чи боксі. Палати для них повинні бути спеціально обладнані так, щоб обмежити поширення інфекції (наприклад, при діареї). Уражених СНІДом необхідно забезпечити індивідуальними предметами гігієни та догляду.

За хворим закріплюють окремий, добре проінструктований персонал, який працює в масках. Дезінфекцію білизни, постільних речей, приладів для гоління, зубних щіток та інших побутових предметів проводять кип'ятінням протягом 20-25 хв або замочуванням у дезінфікуючому розчині. Забір крові, інших біологічних матеріалів і всі лабораторні роботи з ним повинні проводитися в гумових рукавицях, а при необхідності – і в захисних окулярах.

Правила безпеки праці для медичних працівників. При заборі, роботі з кров'ю та іншими біологічними рідинами, догляді за хворим, прибиранні приміщень необхідно користуватися індивідуальними засобами захисту: подвійними рукавицями, спеціальним одягом, пластиковими фартухами, захисними окулярами, масками тощо. Обов'язкове ретельне миття рук після знімання рукавиць та спецодягу. Не допускається контакт з інфікованими інструментами, кров'ю чи секретами зі слизових оболонок чи відкритими ранами. У випадках, коли цьому не вдалось запобігти, при забрудненні спецодягу персоналу виділеннями хворого (кров, слина, сеча тощо) необхідно провести обробку дезінфікуючими засобами (наприклад, 5,9 % розчином гіпосульфиту натрію). Кров та інші біологічні матеріали, забрані для досліджень, повинні зберігатися в спеціальних контейнерах з поміткою “Обережно! СНІД”.

Організація диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими

Диспансеризація передбачає систему комплексних лікувально-профілактичних, психологічних, соціальних і гігієнічних заходів, спрямованих на продовження життя хворої людини, вдосконалення його соціальної змістовності і економічної продуктивності.

Основні принципи діяльності диспансерної служби:

– доступність – максимальна наближеність до пацієнта, безперервне і цілодобове функціонування (бригади кризового консультування телефонних, “гарячих” ліній);

– конфіденційність – право пацієнта на збереження таємниці, бо порушення цього принципу є найбільш частим механізмом “запуску” протиправних дій проти людини, інфікованої ВІЛ, а нерідко – руйнації її особистого та соціального життя;

– безкоштовність допомоги – важливий фактор профілактики поширення інфекції, бо невиконання цього принципу може поставити нашу державу перед фактом нової проблеми – формування значного контингенту ВІЛ-інфікованих поза увагою диспансерної служби, як потенційного джерела поширення інфекції;

- багатопрофільність – широкий діапазон спеціалізованої медичної допомоги;
- мобільність – максимальне наближення всіх видів допомоги до інфікованої людини (патронаж, активні відвідування фахівцями, обстеження за місцем проживання);
- комплексність – поєднання диспансерної служби медичної, психологічної та юридичної допомоги;
- відкритість – співробітництво з різноманітними державними і недержавними структурами, неформальними організаціями та об'єднаннями, що мають можливість і бажання допомогти ураженим ВІЛ/СНІДом на позагоспітальному етапі.

Соціальна реабілітація

Права інфікованих ВІЛ. Принциповим питанням є соціальний захист ВІЛ-інфікованих людей. СНІД – це не ознака аморальності, а хвороба і люди нею уражені, як будь-які інші хворі на тяжку невиліковну недугу, заслуговують на співчуття. Вони мають право на рівність перед законом, який повинен забезпечити широку антидискримінаційну політику щодо ВІЛ-інфекції. Оточуючі повинні знати, що через повітря і побутові речі ВІЛ не передається.

Правовим документом, що визначає порядок правового регулювання питань, пов'язаних з поширенням ВІЛ-інфекції є Закон України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення” (1991). Згідно із законом інфіковані на СНІД мають право на поважне та гуманне ставлення суспільства, милосердя, збереження в таємниці відомостей про стан здоров'я, професійну діяльність за обраним фахом, освіту, захист від нанесення їм шкоди іншими, безкоштовне забезпечення ліками та безкоштовний проїзд до місця лікування, користування ізольованою кімнатою для проживання. Дітям до 16 років – носіям ВІЛ або хворим на СНІД – призначається щомісячна державна допомога.

До будь-якого хворого треба мати милосердя, в першу чергу, до дітей, від яких відмовились батьки, та сиріт, і тих, хто не має постійного місця проживання. Виникає необхідність розв'язання цього питання на місцях шляхом створення соціальних притулків з визначенням джерел фінансування та порядку діяльності.

Експертиза працездатності. Працездатність ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД залежить від періоду захворювання, тяжкості його перебігу, рівня порушення функціональної здатності організму, психологічного стану хворого. Ступінь порушення працездатності визначається за загальноприйнятими для інфекційних захворювань принципами.

Соціальний захист медичних працівників. ВООЗ розробила заходи з профілактики СНІДу на робочих місцях. Вони призначені в основному для чотирьох професійних груп – робітників медичного та побутового

обслуговування, громадського харчування, шкіл. Число медичних працівників, які заразились при обслуговуванні хворих на ВІЛ-інфекцію, у світі продовжує зростати. ВООЗ розробила рекомендації для державних служб охорони здоров'я по заходах захисту для медичних працівників різних спеціальностей.

Згідно із Законом України, зараження ВІЛ-інфекцією медичних працівників належить до професійних захворювань. Тому працівники, зайняті наданням медичної допомоги населенню, проведенням лабораторних і наукових досліджень з проблем ВІЛ-інфекції та виробництвом вірусних препаратів, підлягають забезпеченню необхідними засобами захисту, обов'язковому медичному страхуванню на випадок зараження, настання у зв'язку з цим інвалідності та смерті. Встановлено пільги при ураженні ВІЛ: безкоштовне одержання путівки для санаторно-курортного лікування або оздоровлення, щорічна додаткова відпустка тривалістю не менше 56 календарних днів.

Профілактика ВІЛ/СНІДу

Основним напрямком боротьби зі СНІДом необхідно вважати профілактику, а не лікування (рис. 38, 39, 40). До розгортання широкої профілактичної компанії залучені не лише органи охорони здоров'я, а й неурядові, громадські організації: сьогодні їх понад 100. В Законі України "Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення" (1991) указується на необхідність:

- санітарно-просвітньої роботи: ознайомлення населення з шляхами передачі збудника, навчання населення безпечній статевій поведінці; інформація про типові ознаки розвитку захворювання;
- забезпечення населення високоякісними презервативами (за доступними цінами, а для деяких категорій – безкоштовно);
- правильної стерилізації медичного колючого і ріжучого інструментарію, особливо цьому необхідно навчити осіб, які вводять наркотичні речовини шляхом ін'єкцій;
 - використання одноразових шприців та голок;
 - розширення неінвазивних засобів діагностики і лікування захворювань;
 - обов'язкового обстеження на ВІЛ-інфекцію всіх вагітних, донорів крові та органів;
 - обстеження на ВІЛ-інфекцію осіб, які займаються проституцією, гомосексуалістів і бісексуалів, наркоманів, які вводять наркотичні речовини шляхом ін'єкцій, інших осіб з епідемічних осередків;
- проведення профілактичної роботи серед споживачів наркотиків на принципах "зменшення шкоди";
- іноземні громадяни і особи без громадянства, які прибувають в Україну на термін понад три місяці, зобов'язані мати документ зазначеної форми про відсутність у них ВІЛ-інфекції.

В державі виникла необхідність розробити єдину інформаційну політику в галузі ВІЛ/СНІДу, якої в Україні ще немає, а самі недержавні установи зробити це неспроможні.

Санітарно-просвітня робота з профілактики ВІЛ/СНІДу повинна будуватися на системі освітніх заходів, спрямованих на інформування всіх верств населення щодо шляхів зараження ВІЛ і методів його попередження. Вона включає:

- навчання учнів та студентів сексуальній культурі, підготовку необхідної літератури з цих питань. Провідну роль в реалізації цих питань мають зіграти заклади Міністерства освіти та Академія педагогічних наук;
- організацію інформаційно-освітньої роботи серед груп підвищеного ризику (рис. 38) і цільових груп (моряків, ув'язнених, військовослужбовців, водіїв міжнародного автотранспорту, провідників пасажирських поїздів, персоналу сфери обслуговування тощо), які забезпечують високий відсоток інфікованих статевим шляхом. Відповідальність за планування, забезпечення і виконання профілактичної роботи повинні забезпечувати відповідні міністерства та відомства;
- профілактичні програми серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: гомосексуалістів і бісексуалів, наркоманів, які вводять собі наркотики внутрішньовенно, повій, їх клієнтів та інших осіб, які проводять безладне статеве життя, хворих на венеричні хвороби, дітей, матері яких є носія-



Рис. 38. Завдання пропаганди профілактики ВІЛ-інфекції (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., 2000).

Профілактика ВІЛ/СНІДу

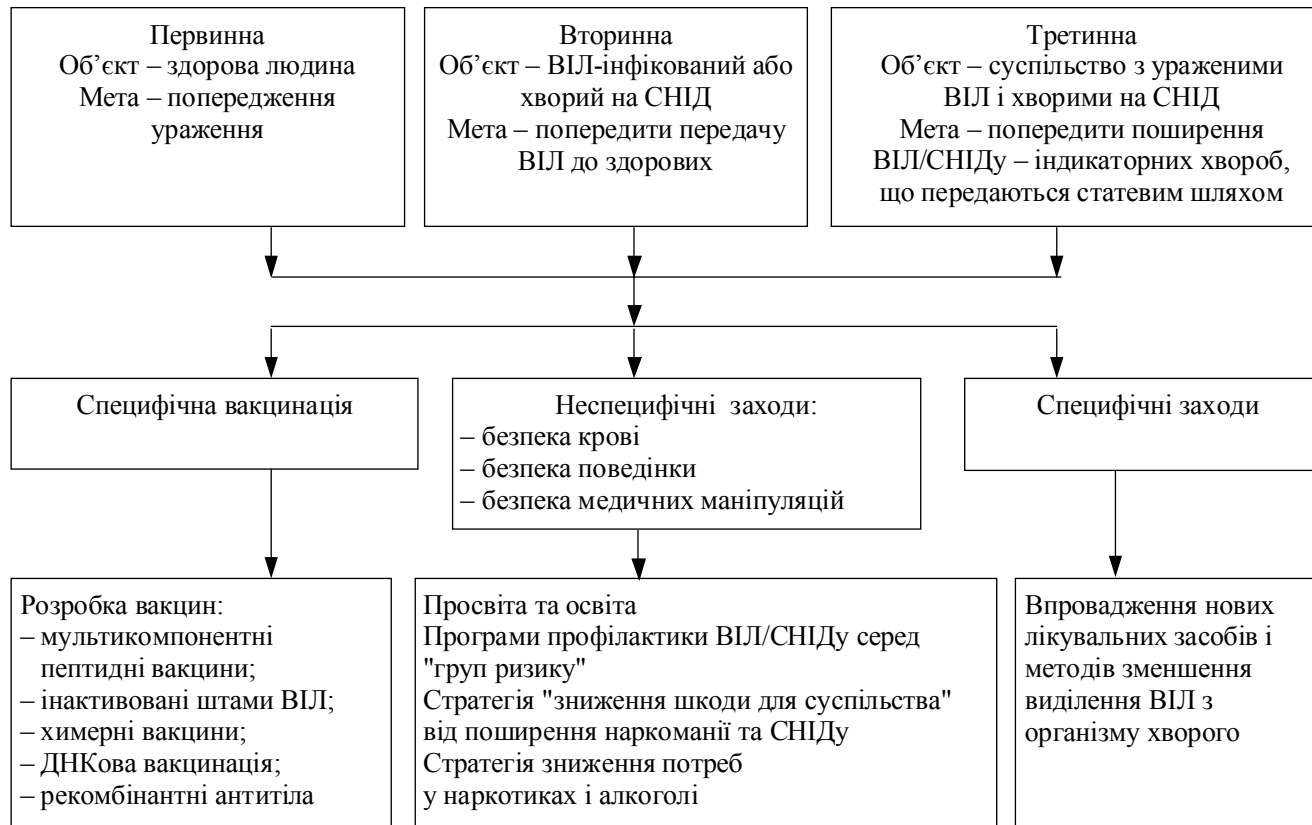


Рис. 39. Профілактика ВІЛ/СНІДу (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., 2000)

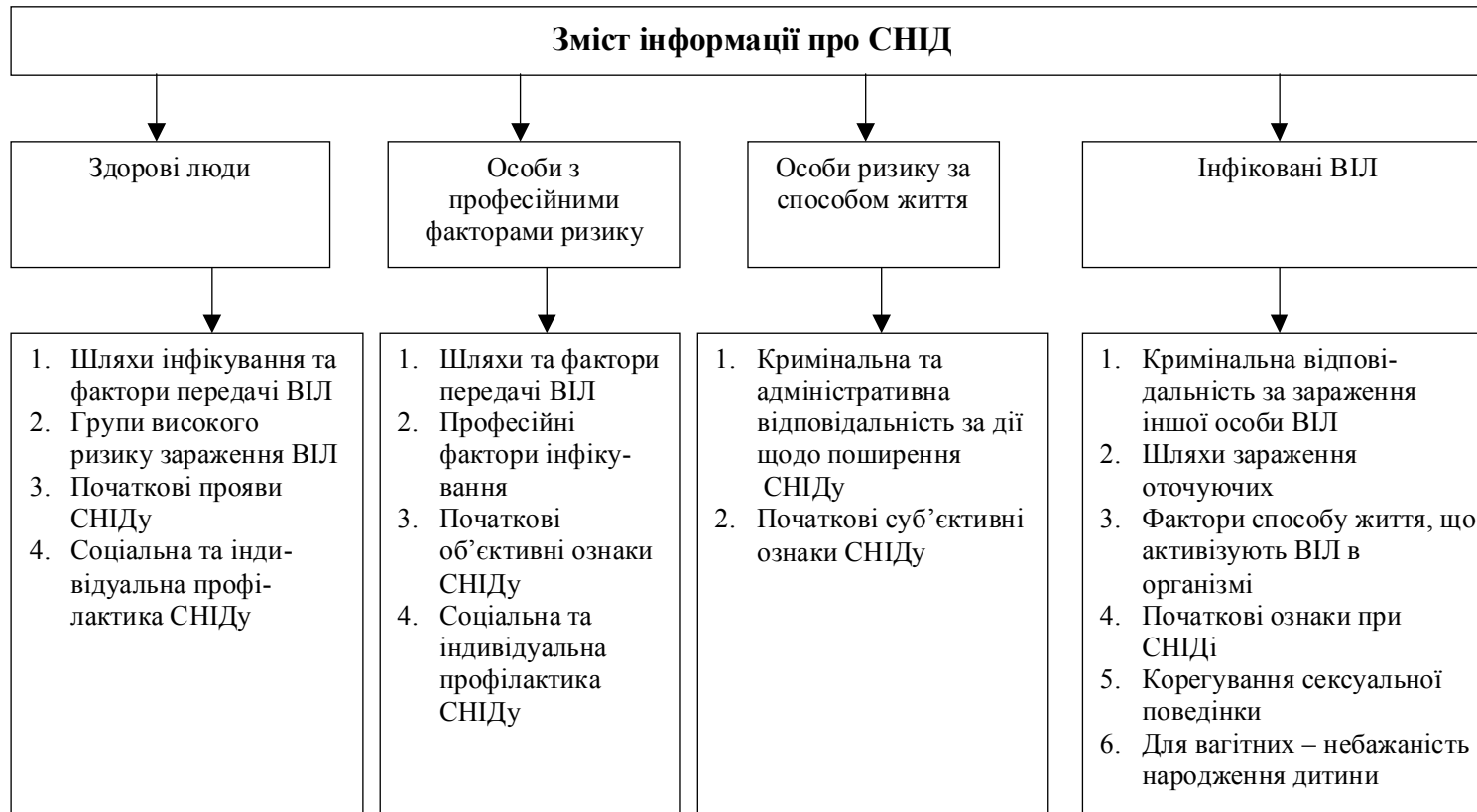


Рис. 40. Зміст інформації про СНІД (Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф., 2000).

ми СНІДу. Здійснення в їх середовищі попереджувальних заходів є новим завданням, підходи до реалізації якого розробляються;

– профілактичні програми серед реципієнтів крові, її препаратів, органів, хворих на вірусні гепатити В, С, D. Забезпечувати їх повинні лікувально-профілактичні заклади

На сьогодні стала актуальною необхідність покращення санітарно-просвітньої роботи державних і громадських організацій серед окремих груп населення держави, що не належить до групи ризику.

Можна сподіватися, що завдяки національним програмам профілактики ВІЛ-інфекції та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, допомозі громадських, міжнародних фінансових організацій ми отримуємо змогу якщо не призупинити епідемію, то хоча б полегшити долю тих, кого вона зачепила, спробувати попередити появу нових жертв.

3.6.7. Медична та соціальна реабілітація хворих на алкогольну та наркотичну залежність

Медико-соціальні аспекти наркоманії

Наркоманія – це неконтрольований потяг до психоактивних речовин, що супроводжується їх систематичним вживанням.

Психоактивна речовина – речовина, яка в разі її вживання впливає на центральну нервову систему, викликаючи стан штучного психологічного та фізичного благополуччя, аналгезії, сп'яніння аж до наркотичного сну.

До психоактивних речовин відносять наркотики, алкоголь, тютюн, психотропні речовини, що їх застосовують у психіатрії.

У медицині поняття “**наркотик**” – це речовина, здатна спричинити хімічну залежність.

Хімічна залежність – залежність особи від того чи іншого хімічного агента, що проявляється потребою в його постійному вживанні. Розрізняють *психологічний та фізичний рівні* хімічної залежності.

Психологічна залежність – постійне або таке, що виникає періодично, бажання вживати психоактивну речовину. На поведінковому рівні проявляється у неможливості контролювати вживання алкоголю чи наркотику. Така залежність характерна для початкових стадій захворювання.

Фізична залежність – залежність від будь-якого хімічного агента (наркотику, алкоголю, тютюну), зумовлена тим, що він включається в обмін речовин у організмі людини. Фізичною залежністю спричиняються збільшення *толерантності та абстинентний синдром*.

Толерантність – зниження реакції на дозу психоактивної речовини під час її систематичного вживання.

Абстинентний синдром – комплекс симптомів, що виникають у разі припинення приймання психоактивної речовини. Характер його визначається видом психоактивної речовини.

Вплив психоактивних речовин багатовекторний, в першу чергу, залежить від їх хімічного складу. Усі вони спричиняють психічну і фізичну залежність і низку психічних, неврологічних та соматичних розладів. Вражаються всі органи і системи організму, особливо центральна нервова система, печінка, нирки, серцево-судинна система. Загальна опірність організму швидко знижується. Від наркотичної отрути тяжко вражаються клітини головного мозку, знижується швидкість реакції, паралізуються центри уваги та самоконтролю. Ослаблення та параліч гальмівного центру викликають брутальність, непристойну поведінку, цинізм, аморальність. Схильність до конфліктів і агресії призводить до правопорушень. У ін'єкційних наркоманів виникає небезпека інфікування на гепатит В, ВІЛ-інфекцію.

Виділяють окремо алкоголізм та наркоманію.

Алкоголізм (алкогольна хвороба) – захворювання, яке викликане систематичним вживанням спиртних напоїв. Дослідження Г. Каплан, Ю. Седюк (1996) свідчать, що кількість хворих на алкоголізм становить 6,2-14,8 %. Крім цього, велика кількість хворих ще не врахована через “прихований алкоголізм”.

Наркоманія – захворювання, що зумовлене систематичним вживанням наркотичних препаратів. За сучасною класифікацією розрізняють три групи наркотиків: **депресанти** (опіати, героїн), **стимулятори** (амфетаміни, кокаїн, екстазі), **галюциногени** (ЛСД, канабіоли, мескалін).

В Україні вживають різні наркотики: кустарні вироби з макової соломки, кустарні препарати з коноплі, ліки (медпрепарати, а також кустарно-вироблені наркосасоби з них). Швидкий розвиток “наркосервісу” дає змогу прогнозувати невпинне зменшення вживання кустарних виробів. Останнім часом наростає використання героїну, кокаїну, екстазі та інших “важких” наркотиків. Поширюється ін'єкційна наркоманія та наркоманія з використанням синтетичних препаратів останнього покоління, особливо в місцях скупчення молоді (школи, дискотеки, спортклуби тощо).

Токсикоманія. Одним з небезпечних видів наркоманії є токсикоманія, хвороба, що проявляється потягом до постійного вживання деяких речовин і розвитку у зв'язку з цим хронічної інтоксикації. Вона пов'язана з вживанням речовин, що є у вільному продажі і не віднесені до наркотичних. Часто токсикоманами стають алкоголіки, особи похилого віку, підлітки, починаючи вдихати пари ефірних речовин, препарати побутової хімії і закінчуючи алкоголем у поєднанні з транквілізаторами.

Наркоманія – це “біла смерть”, яка оцінена ООН як глобальне явище. За приблизними даними в світі налічується понад 1 млрд наркоманів. Наводяться загрозливі цифри, які свідчать про зростання наркоманії, залучення в її тенети все нових і нових жертв.

Україна, будучи невід'ємною частиною світового співтовариства, не могла довго залишатися поза глобальною епідемією наркоманії. Значущість цієї проблеми з кожним роком зростає. Україна уже перетворилась в так звану наркозалежну країну.

Рівень ураження населення України наркоманією приблизно 0,1 %. Подальший прогноз є несприятливим. Особливе занепокоєння викликає зростання кількості споживачів серед підлітків і молоді, поглиблення криміналізації, незадовільна ефективність медичної допомоги, вкрай обмежене використання сучасних методів психосоціальної реабілітації та адаптації. Ця проблема турбує політиків, медиків, соціологів, юристів, педагогів.

Негативні наслідки наркоманії для суспільства найрізноманітніші.

Соціальні наслідки: загублені долі, нерозпізнані таланти, збільшення кількості непрацездатного населення, розпад сімей, зростання злочинності заради отримання грошей на наркотики, соціальне зубожіння та деградація наркоманів, підвищення соціальної напруги, нестабільності, розширення криміногенного середовища.

Демографічні наслідки: скорочення тривалості життя, підвищення смертності, зменшення народжуваності, зростання смертності немовлят.

Медичні наслідки: погіршення стану здоров'я населення, зростання потреби в спеціалізованій стаціонарній медичній допомозі та інвалідизація хворих, підвищення навантаження на систему охорони здоров'я, прискорення поширення небезпечних хвороб (СНІД, гепатит В, туберкульоз, венеричні захворювання), збільшення рівня психічної патології, травматизму.

Економічні наслідки: зниження продуктивності праці, зростання виробничого травматизму, витрати суспільства на лікування та утримання інвалідів, на організацію спеціалізованої медичної допомоги; втрати суспільства, пов'язані зі зменшенням кількості працездатного та репродуктивного населення, нерівномірний перерозподіл коштів у суспільстві (зубожіння наркоманів і неймовірне збагачення наркоділків).

Чинники, що сприяють виникненню наркоманії

Виникненню наркоманії сприяють соціальні, медико-біологічні, психофізіологічні чинники.

Соціальні чинники – спосіб життя, порушення взаємодії особистості та навколишнього середовища, зубожіння, невпевненість у майбутньому, низький освітній та культурний рівень, неповна та конфліктна сім'я, безробіття та інші фактори, що призводять до “соціальної дезадаптації”.

Медико-біологічні чинники обумовлені особливостями обміну речовин, зокрема, якістю та швидкістю дезінтоксикаційних процесів, вадами в роботі печінки, нирок, систем кровообігу та дихання.

Психофізіологічні чинники впливають на швидкість виникнення наркотичної залежності. Насамперед, у наркомана-початківця формується психологічна залежність, яка не піддається медикаментозному лікуванню.

Організація медичної допомоги хворим, щовживають хімічні стимулятори

Організація медичної допомоги хворим у різних країнах світу має різні напрямки: від анонімного добровільного до повністю примусового. Історичний досвід показав, що примусовим шляхом вилікування майже неможливе.

Лікування може бути як за рахунок держави, так і цілком приватним. Вартість сучасного лікування (медикаментозного, стаціонарного) невпинно зростає, але ефективність його недостатня: при лікуванні від 6 місяців до 2 років рецидиви хвороби настають у переважній кількості пацієнтів протягом першого року.

Лікування хворих з алкогольною та наркотичною залежністю в Україні може проводитися в усіх медичних закладах, а також у мережі наркологічних закладів:

- медичні витверезники – надають невідкладну допомогу сп'янілим;
- наркологічні кабінети психоневрологічних диспансерів, поліклінік надають амбулаторне лікування хворим;
- спеціалізовані наркологічні лікарні та відділення психіатричних лікарень для стаціонарного лікування хворих – надають висококваліфіковану стаціонарну допомогу.

Наркологічний диспансер. Основною ланкою лікувально-профілактичної допомоги є наркологічний диспансер. Це організаційно-методичний центр надання соціальної та медичної допомоги хворим на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію. Частина його структурних підрозділів (кабінети, пункти, відділення) може бути розгорнута в психіатричній мережі та в інших медичних закладах різних рівнів надання лікувально-профілактичної допомоги. До складу спеціалізованих закладів повинні входити спеціалісти, що допоможуть хворому в детоксикації (нарколог, психіатр), подоланні наркотичної психічної залежності та у видужанні (психологи, психотерапевти, соціальні працівники).

Медична реабілітація

Лікування хронічного алкоголізму. Лікують хворих на алкоголізм зазвичай в стаціонарних умовах, однак у початкових стадіях хвороби можлива і амбулаторна терапія. О.К. Напрєєнко і співавт. (2001) в його лікуванні виділяють кілька етапів.

Припинення запою та купірування абстинентного синдрому. Для цього застосовуються анксиолітичні, снодійні, кардіотонічні, осмодіуретичні препарати.

Детоксикаційна терапія спрямована на виведення з організму продуктів розпаду алкоголю. Її проводять протягом 1-2 тижнів, залежно від стану хворого. Інтенсивною вона буде у разі вживань сурогатів, самогону та наливок з кісточкових порід ягід.

Умовно-рефлекторна терапія має на меті виробити стійкий блювотний рефлекс на спиртне. Для цього алкоголь дають разом із блювотними засобами (відвар баранцю, апоморфін) та провокують тетурам-алкогольну реакцію (ТАР). Недоліком цього методу є швидке згасання умовного рефлексу.

Алкогольсенсibiliзуюча терапія передбачає вживання несумісних з алкоголем препаратів (тетурам, фталозол, трихопол). Тетурам переважно використовують у вигляді інплантаційних таблеток “Еспераль”.

Лікування хворих з наркотичною залежністю

Лікування хворих на опійну наркоманію. У разі передозування опіатів необхідно ввести їхні антагоністи (наркан), провести зондове промивання шлунка. Призначають стимулятори ЦНС та центральні аналептичні засоби, інтенсивну детоксикаційну терапію.

Лікування опійної наркоманії починають з терапії абстинентного синдрому. Застосовують масивну детоксикацію з використанням гемосорбції, великі дози транквілізаторів, ненаркотичні аналгетики й протисудомні препарати. Після того, як минуть гострі явища абстинентного синдрому лікування спрямоване на терапію астенії та безсоння.

При зловживанні стимуляторами. Починають з масивної детоксикації. У разі психомоторного збудження – седуксен або реланіум. Після виходу з гострого стану – анксиолітичні засоби та невеликі дози антидепресантів, симптоматичні засоби (ноотропи, вітаміни й мінерали, адаптогени, судинні препарати), при порушенні сну – обережно призначають снодійні засоби.

При зловживанні галюциногенами. Якщо хворий перебуває в стані галюцинаторно-параноїдного збудження, призначають нейролептики, детоксикаційну терапію. Після виходу з цього стану – симптоматичне лікування, психотерапія.

Лікування токсикоманії. У разі передозування – необхідно очистити шлунок, потім провести детоксикацію. Дуже важливо підтримувати функції серцево-судинної та дихальної систем. Необхідно зважати на соматичні недуги, передусім ураження печінки, нирок, легенів.

Удосконалення лікування пов’язане із застосуванням немедикаментозної терапії – гіпербаричної оксигенації, ентеросорбції, краніоцеребральної гіпотермії, магніторезонансної терапії, працетерапії, лікувальної фізкультури, масажу тощо.

В Україні в 1988 році розпочатий пошук ефективних шляхів впровадження замісної терапії, яка передбачає використання речовин – замінників більш тяжких наркотиків (метадон, бупренорфін тощо). **Замісна терапія** – це один із компонентів стратегії зменшення шкоди від наркотиків для суспільства та наркоманів: профілактика СНІДу, злочинності, виведення наркомана з кримінального оточення, посилення контролю за ним, повернення ін’єкційних наркоманів у соціум, зменшення їх контактів із чорним ринком.

Психологічна та соціальна реабілітація

Реабілітація хворих являє собою, перш за все, ресоціалізацію, відновлення (збереження) індивідуальної та соціальної цінності хворих, їх *особистого та соціального статусу*.

Виділяють **чотири принципи психосоціальної реабілітації**:

1) партнерство лікаря і хворого; 2) різнобічність зусиль (впливів, заходів); 3) єдність психосоціальних і біологічних методів впливу; 4) їх етапність та наступництво.

Принцип партнерства лікаря і пацієнта спрямований на включення хворого у виховний процес, залучення його до участі у відновленні тих чи інших функцій (наприклад, пам'яті, уваги) чи соціальних зв'язків. Під цим принципом розуміють, що ресоціалізація хворого без його участі неможлива.

Принцип різнобічності зусиль по реалізації реабілітаційної програми передбачає здійснення її, враховуючи складність процесу реабілітації, включення в даний процес психологічної, професійної, суспільної, виховної культурної сфер. Відновлення порушених стосунків хворого і пристосування його до нових умов життєдіяльності складають психологічну основу реабілітації і ресоціалізації пацієнта.

Єдність психосоціальних і біологічних методів впливу виходить з уявлень про залежність від ліків та інших порушень психічного здоров'я як про психосоматичну хворобу, що потребує розуміння її психологічної і патофізіологічної основи.

Етапність та наступництво реабілітації. Державна система реабілітації передбачає отримання після стаціонарного лікування підтримуючої терапії в умовах наркологічних кабінетів. Реабілітація на наступних етапах спрямована на відновлення в правах, індивідуальної і суспільної цінності хворого, відносини з оточуючою дійсністю, що були до хвороби. На цьому етапі домінують соціальні заходи. Мова йде, перш за все, про допомогу у працевлаштуванні, організації таких стосунків з оточуючими, які будуть сприяти індивідуальній ресоціалізації хворого.

Експертиза працездатності

На період лікування хворі тимчасово непрацездатні, їм видають довідки. У разі недоумства чи тяжких соматичних ускладнень, вони вважаються стійко непрацездатними, їх можуть переводити на інвалідність.

МСЕК констатує інші прояви соціальної дезадаптації хворих (нездатність до пересування, комунікації тощо), розробляє план всебічної медико-соціальної реабілітації.

Недержавні структури, причетні до соціальної реабілітації

Соціальною реабілітацією хворих на алкоголізм та наркоманію в Україні займаються також недержавні структури, які підтримують комуни тверезих алкоголіків та наркоманів і товариства "Анонімних алкоголіків"

(АА), АлАнон (родичі хворих на алкоголізм), АлАтін (діти хворих) та “Анонімних наркоманів”, програма “Спорт проти алкоголізму та наркоманії”. Метою їх є підтримка тверезого способу життя та ров’язання психологічних, побутових, виробничих проблем їхніх членів.

Товариство “Анонімних алкоголіків” об’єднує алкоголіків та осіб, що колись ними були і готові допомогти лікуванню кожного бажаючого. В основу його діяльності покладена психологічна реабілітація, використання християнської моралі. Через програму 12 кроків програма АА формує нове сприйняття світу та змінює особистість людини, що хворіє на алкоголізм. Сьогодні в світі близько 2 млн хворих на алкоголізм, що об’єдналися в групи для лікування. Програма АА гарантує одужання всім, хто її виконує.

Профілактика алкоголізму та наркоманії

В Україні розроблено національну програму **профілактики** наркоманії та захворювання на СНІД. Вона включає медичний, соціальний, психологічний, юридичний аспекти, які між собою тісно взаємопов’язані. Загальнопрофілактичні заходи програми спрямовані на ліквідацію всіх причин та умов, що сприяють виникненню та розповсюдженню цього захворювання, розробку сучасних профілактичних програм для різних соціальних груп населення; підготовку фахівців з реалізації профілактичних програм; співпрацю з міжнародними організаціями з профілактики наркоманії з метою інтеграції кращих зразків світового досвіду в національну практику.

Профілактику наркотичної та алкогольної залежності поділяють на *первинну, вторинну та третинну*.

Первинна профілактика – це в основному соціальна профілактика, масова й найбільш ефективна, спрямована на підлітків та сім’ю. Вона включає загальнопрофілактичні заходи, спрямовані на ліквідацію всіх причин та умов, що сприяють виникненню та поширенню цього захворювання, на збереження і вдосконалення умов, необхідних для зміцнення здоров’я людини і на попередження впливу різноманітних несприятливих факторів. Основа цього типу профілактики – утвердження здорового способу життя кожної людини і всього суспільства.

Здоровий спосіб життя означає повноту зайнятості людини, численні форми і способи соціальної діяльності відповідно до оптимального і гармонійного розвитку всіх його підструктур – тілесної, психічної, соціальної. В житті молоді не повинно бути вакууму, нічим незаповненої душевної пустоти, бездіяльності, негативного відношення до навчання, спорту, праці. Захоплення молоді в будь-якій галузі знань чи мистецтва – один із дієвих шляхів нормального, нічим непорушеного психофізичного розвитку, що віддаляє юнаків і дівчат від наркотичних засобів.

З раннього дитинства потрібно формувати різконегативне відношення до будь-яких станів, що викликаються речовинами рослинного чи хімічного

походження. Профілактичну роботу необхідно починати з молодших класів. Саме у цьому віці діти починають формувати свої поняття про куріння, культуру вживання алкоголю, та наслідки зловживання ним та іншими наркотичними засобами. Ось чому профілактичні засоби для дітей цього віку більш ефективні, ніж спроба змінити порівняно міцно вкорінене уявлення про наркотичні засоби у підлітків в старших класах.

Це вимагає запровадження в ситему дошкільного та шкільного валеологічного виховання методик антинаркоманійного навчання, створення системи психологічних і педагогічних впливів на особистість дитини з метою оволодіння навичками протистояння негативному впливу навколишнього середовища.

Вторинна, соціально-медична профілактика спрямована на об'єднання зусиль всіх державних і громадських структур з метою організації постійного спостереження за динамікою немедичного вживання наркотиків, раннього виявлення пристрасті та найбільш ранніх змін в організмі для здійснення негайного і комплексного лікування, оздоровлення мікросоціального середовища і застосування різноманітних виховних заходів у групах з максимальним ризиком зловживання наркотичними засобами (підлітків, студентів, учнів ПТУ).

Третинна профілактика передбачає попередження переходу захворювання у більш тяжку стадію, попередження інвалідизації хворих, передчасної смерті. Для хворих, що зловживають наркотиками, профілактика передбачає також запобігання захворювання на “шприцеві інфекції” за допомогою пропаганди та програм “Зменшення ризику” й “Декриміналізація”. Такими програмами передбачено безкоштовну видачу шприців та презервативів з метою запобігання гепатиту В, ВІЛ-інфекції.

4 . Контролююча програма

Перелік знань, практичних навичок та вмінь, якими повинен оволодіти студент в процесі вивчення предмета “Медична та соціальна реабілітація”

Після закінчення занять з медичної та соціальної реабілітації студенти повинні знати:

1. Соціально-економічні та медико-біологічні аспекти здоров'я.
2. Зміст і завдання валеології.
3. Визначення, становлення медико-соціальної реабілітації.
4. Види, завдання, принципи медико-соціальної реабілітації.
5. Зміст, методи і завдання медичної реабілітації.
6. Зміст, методи і завдання соціальної реабілітації.
7. Зміст, методи і завдання професійної реабілітації.
8. Організацію та управління системою медичної та соціальної реабілітації в Україні.
9. Установи, що реалізують реабілітаційні програми.
10. Види і завдання реабілітаційно-лікувальних (лікувально-профілактичних) установ.
11. Функції реабілітаційних комісій лікувально-профілактичних установ.
12. Види і завдання реабілітаційно-оздоровчих установ.
13. Критерії відбору хворих на медико-соціальну реабілітацію, принципи реабілітації.
14. Періоди в проведенні медико-соціальної реабілітації хворих, їх завдання.
15. Зміст і завдання Індивідуальної програми реабілітації.
16. Види порушення працездатності, правила проведення експертизи працездатності.
17. Групи інвалідності, що призначають хворим зі стійкою втратою працездатності.
18. Принципи реабілітації інвалідів в Україні, установи, що її реалізують.
19. Функціональні обов'язки лікаря-реабітолога МСЕК.
20. Механізм реалізації Індивідуальної програми реабілітації інвалідів.
21. Функціональні обов'язки лікаря-реабітолога реабілітаційного центру.
22. Функціональні обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру.
23. Правила і методи проведення санітарно-освітньої роботи лікарем та медичною сестрою.
24. Етику лікаря та медичної сестри.
25. Юридичну відповідальність медичного працівника.
26. Загальні вимоги до використання засобів медико-соціальної реабілітації.

27. Засоби медичної реабілітації, їх характеристики.
28. Засоби психологічної реабілітації, їх характеристики.
29. Зміст системи профілактики захворювань.
30. Значення медико-гігієнічного навчання населення, формування здорового способу життя.
31. Зміст та завдання соціальної та професійної реабілітації державні та громадські організації, причетні до її реалізації, їх завдання.
32. Завдання, періоди, методи, засоби медичної та соціальної реабілітації, первинна і вторинна профілактика:
 - при захворюваннях та травмах нервової системи;
 - при травматичних пошкодженнях кісток та м'яких тканин;
 - при захворюваннях серцево-судинної системи;
 - при захворюваннях системи дихання;
 - при захворюваннях суглобів, травної системи, нирок, порушенні обміну речовин;
 - після оперативних втручань;
 - при захворюваннях дітей;
 - при окремих найбільш соціально значущих захворюваннях.
33. Методи оцінки ефективності реабілітації.

Студенти повинні вміти:

1. Вміти виконувати обов'язки лікаря (медичної сестри) реабілітаційного відділення різних рівнів і профілів.
2. Вміти визначити реабілітаційний потенціал хворого.
3. Вміти визначити етапи медико-соціальної реабілітації хворого, завдання кожного з них, засоби.
4. Вміти оформити Індивідуальну карту реабілітації хворого для проведення медико-соціальної реабілітації.
5. Вміти оформити документацію для направлення на ЛТЕК, МСЕК, у відділення соціального захисту та ін.
6. Вміти використовувати засоби лікувальної фізкультури для фізичної реабілітації хворих: скласти комплекс вправ залежно від захворювання і ступеня втрати функціональної здатності, провести його з хворим, вивчити, оцінити реакцію на навантаження. Вміти оформити направлення для лікування в кабінеті лікувальної фізкультури, вести документацію кабінету ЛФК.
7. Вміти проводити процедуру масажу, оформляти необхідну документацію.
8. Вміти провести фізіотерапевтичну процедуру, оформити відповідну документацію.
9. Вміти проводити психологічну реабілітацію хворих.

10. Вміти проводити трудотерапію з хворим на різних етапах реабілітації.
11. Вміти провести санітарно-освітню роботу в реабілітаційному відділенні та з хворим окремо, з його рідними та близькими.
12. Вміти використовувати необхідні засоби для первинної та вторинної профілактики захворювань у дитячих дошкільних закладах, навчальних закладах, підприємствах різного профілю, проводити санітарно-освітню роботу, пропагувати здоровий спосіб життя.
13. Вміти визначити і виконати необхідні види реабілітації (в обов'язки обов'язків лікаря чи медичної сестри):
 - після травм та при захворюваннях нервової системи;
 - після травм опорно-рухового апарату та при ортопедичних захворюваннях;
 - при захворюваннях серцево-судинної, дихальної систем;
 - при захворюваннях суглобів, системи травлення, нирок, при порушеннях обміну речовин, ендокринних захворюваннях;
 - після операцій на органах грудної клітки, черевної порожнини, судин кінцівок та ін.;
 - при окремих найбільш соціально значущих захворюваннях (при онкологічних захворюваннях, потерпілих від аварії на Чорнобильській АС, при порушеннях зору і слуху, у хворих на туберкульоз, на СНІД, при наркотичній, алкогольній залежності та ін.).
 - у хворих дітей та підлітків.

Володіти:

1. Методикою визначення показань та протипоказань для проведення реабілітації.
2. Методами медикаментозної, психологічної, фізичної, трудової, професійної та інших видів реабілітації, залежно від захворювань та ступеня втрати працездатності.
3. Методами підготовки та оформлення медичної документації для направлення і проведення медико-соціальної реабілітації.
4. Методами вивчення та оцінки ефективності проведених медико-соціальних заходів.

**Перелік контрольних питань до залікового заняття з предмета
“Медична та соціальна реабілітація”**

1. Соціально-економічні та медико-біологічні аспекти здоров'я.
2. Валеологія – наука про здоровий спосіб життя, її завдання, засоби покращення та підтримання здоров'я в дошкільних і навчальних закладах.
3. Медико-соціальна реабілітація: її визначення, становлення.
4. Види, завдання, принципи медико-соціальної реабілітації.
5. Медична реабілітація, її завдання.
6. Соціальна реабілітація, її завдання
7. Професійна реабілітація, її завдання.
8. Організація та управління системою медичної та соціальної реабілітації в Україні.
9. Установи, що реалізують реабілітаційні програми.
10. Реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) установи, їх види, завдання.
11. Реабілітаційні комісії лікувально-профілактичних установ.
12. Реабілітаційно-оздоровчі установи, їх види, завдання.
13. Хворий як об'єкт медико-соціальної реабілітації: критерії відбору, принципи реабілітації.
14. Періоди реабілітації хворих, їх завдання.
15. Реабілітаційні програми. Індивідуальна програма реабілітації.
16. Експертиза втрати працездатності.
17. Групи інвалідності хворих зі стійкою втратою працездатності.
18. Реабілітація інвалідів в Україні, установи, що її реалізують.
19. Функціональні обов'язки лікарів-реабілітологів МСЕК.
20. Механізм реалізації Індивідуальної програми реабілітації інвалідів.
21. Оцінка ефективності реабілітації.
22. Функціональні обов'язки лікаря-реабілітолога реабілітаційного центру.
23. Функціональні обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру.
24. Робота цілителя.
25. Санітарно-освітня робота лікаря та медичної сестри.
26. Етика лікаря та медичної сестри.
27. Юридична відповідальність медичного працівника в процесі медико-соціальної реабілітації.
28. Засоби медико-соціальної реабілітації, загальні вимоги до їх використання.
29. Засоби медичної реабілітації, їх характеристика.
30. Засоби психологічної реабілітації, їх характеристика.
31. Профілактика захворювань.
32. Медико-гігієнічне навчання населення. Формування здорового способу життя.

33. Соціальна та професійна реабілітація, державні та громадські організації, причетні до її реалізації, їх завдання.
34. Медична та соціальна реабілітація, її завдання, періоди, методи, засоби, первинна і вторинна профілактика:
- при захворюваннях та травмах нервової системи;
 - при травматичних пошкодженнях кісток та м'яких тканин;
 - при захворюваннях серцево-судинної системи;
 - при захворюваннях системи дихання;
 - при захворюваннях суглобів, травної системи, нирок, порушенні обміну речовин;
 - після оперативних втручань;
 - при захворюваннях у дітей;
 - при окремих найбільш соціально значущих захворюваннях (при онкологічних захворюваннях, потерпілих від аварії на Чорнобильській АС, при порушеннях зору і слуху, у хворих на туберкульоз, на СНІД, при наркотичній, алкогольній залежності та ін.).

Література

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – 3-е изд., перераб. и доп. – К.: Здоровье, 1989. – 231 с.
2. Андрейчин М.А. ВІЛ-інфекція. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 38 с.
3. Апанасенко Г. Л. Здоров'я, яке ми вибираємо. – К.: Здоров'я, 1989 – 48 с.
4. Банадига Н.В., Рогальський І.О., Луцук А.О. Комплексний підхід до реабілітації дітей-інвалідів // Матеріали конгресу педіатрів України (7-9 жовтня 2003 р., Київ) “Актуальні проблеми і напрямки розвитку педіатрії на сучасному етапі”. – К., 2003. – С. 242-244.
5. Бліхар Є. Фтизіатрія: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 372 с.
6. Боголюбов В.М., Князева Т.А. Болезни сердца и сосудов / Под ред. Е.И. Чазова. – М., 1992. – Т. 4. – С. 380-381.
7. Військова токсикологія, радіологія та медичний захист. Підручник / За ред. Ю.М. Скалецького, І.Р. Мисули. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 362 с.
8. Гасилин В. С. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. – М.: Медицина, 1984. – 173 с.
9. Гинзбург Р.Л. Ожоги. – М.: Медицина, 1971. – 182 с.
10. Глазные болезни: Учебник / А.А. Бочкарева, Т.И. Ерошевский, А.П. Нестеров и др.; Под ред. А.А. Бочкаревой. – М.: Медицина, 1989. – 416 с.
11. Демиденко Т.В., Гольдблат Ф.В. Руководство для среднего медицинского персонала неврологических реабилитационных отделений. – Л.: Медицина, 1977. – 87 с.
12. Детские церебральные параличи / В.И.Козьявкин, М.А. Бабадаглы, С.К. Ткаченко, О.А. Качмар. – Львів: Медицина світу, 1999. – 312 с.
13. Дзяк Г. В., Шабельник В.І., Логвиненко І. О., Татарський О.П., Охрім Г.В. Лікарсько-трудова експертиза в практиці терапевта. – К.: Здоров'я, 2004. – 144 с.
14. Иргер И.М. Нейрохирургия: Учебник. – М.: Медицина, 1971. – 463 с.
15. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / АМН СССР. – М.: Медицина, 1988. – 304 с.
16. Козлюк В.М., Яремчук А.Д., Следзевская И.К. Организация восстановительного лечения. – К.: Здоровье, 1977. – 36 с.
17. Козьявкін В.І., Качмар О.О. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації // Український медичний часопис. – 2003. – № 3135. – С. 61-66.
18. Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М., Чистякова Н.А. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. – М.: Медицина, 1989. – 165 с.
19. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Л.: Медицина, 1966. – 78 с.
20. Лечебное питание: Учебн. пособие для мед. ин-тов / А.А. Покровский, И.С. Савощенко, М.А. Самсонов и др.; Под ред. проф. И.С. Савощенко. – М.: Медицина, 1971
21. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / За ред. В.В. Кляпчука та Г.В. Дзяка. – К.: Здоров'я, 2005. – 297 с.

22. Мошков В.Н. Лечебная физкультура в клинике нервных болезней. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1982. – 224 с.
23. Ласица О.И., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача. – К.: ЗАТ “Атлант UMS”, 2001. – 263 с.
24. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 432 с.
25. Медицинская реабилитация в Украине: современное положение и перспективы развития / Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Уманский В.Я. и др. // Новости медицины и фармации в мире. – 2003. – № 10 (138). – С. 19-20.
26. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
27. Найдин В.Л. Реабилитация нейрохирургических больных с двигательными нарушениями. – М.: Медицина, 1972. – 248 с.
28. Загальний та спеціальний догляд за хворими: Підручник для мед. вузів / В.З. Нетяженко, А.Г. Сьоміна, М.С. Присяжнюк. – К.: Здоров'я, 1993. – 304 с.
29. Овчаренко О.П., Лазар А.П., Матюшко Р.П. Основы радіаційної медицини / Навчальний посібник. – Одеса: Одеський медуніверситет, 2003, – 206 с.
30. Ожоги: Руководство для врачей / Под ред. Б.С. Вихриева. – Л.: Медицина, 1986. – 272 с.
31. Онкологія / За ред. Б.Т.Білінського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львів: Медицина світу, 1998. – 172 с.
32. Организация и эффективность реабилитации в медицинских учреждениях / Под ред К. И. Журавлёвой. – Л.: Медицина, 1980 – 232 с.
33. Очні хвороби: Підручник / Г.Д. Жабоедов, М.М. Сергієнко та ін.; За ред. Г.Д. Жабоедова, М.М. Сергієнка. – К.: Здоров'я, 1999. – 310 с.
34. Певзнер М.И. Основы лечебного питания. /Под ред А.И. Ачаркана и М.С. Маршака. – Изд. 3-е перераб. – М.:Медгиз, 1958. – 630 с.
35. Подымова С.Д. Болезни печени. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.
36. Психіатрія / І.Й. Влох, О.З. Голубков; За ред. О.К.Напраєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – 584 с.
37. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине: Учеб. пособие. – М.: Вуз и школа, 2002. – 168 с.
38. Реабилитация пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях / Трубников В.Ф., Истомин Г.П., Яременко Д.А. и др. Под ред. В.Ф. Трубникова. – К.: Здоров'я, 1986. – 192 с.
39. Ромоданов А.П. та ін. Нейрохірургія: Підручник. – К.: Спалах, 1998. – 256 с.
40. Руководство по кинезиотерапии / Под ред. Л. Бонева. – София; Медицина и физкультура, 1979. – 355 с.
41. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкулез: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 324 с.
42. Сергієні О. В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ, 2007. – 23 с.
43. Сермеев Б.Ф. Физическое воспитание слабовидящих детей: Пособие для учителей. – М.: Просвещение, 1983. – 96 с.
44. Сміян І.С. Основні напрямки в лікуванні бронхіальної астми у дітей // Матеріали наукових праць І з'їзду алергологів України. – К., 2002. – С. 165.
45. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

46. Столярова Т.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. – М.: Медицина, 1978. – 216 с.
47. Тищенко Л.Д., Гагаев Г.К., Сомов А.Б. СПИД: проблемы лечения и профилактики. Учеб. пособие. – М.: УДН, 1989. – 64 с.
48. Хвороби органів травлення (Діагностика і лікування) / Григор'єв П.Я., Стародуб Є.М., Яковенко Є.П. та ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.
49. Царев С.В. Общая хирургия. – СПб.: Издательство “Лань”, 2001. – 672 с.
50. Щербаков В.П., Евтушенко А.И., Ковалева Н.М. СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита / Под ред. В.П. Щербакова. – К.: Здоровье, 1988. – 232 с.
51. Шхвацабая И.К. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда. – М.: Медицина, 1983. – 270 с.
52. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. – М.: Медицина, 1986. – 368 с.
53. Юмашев Г.С. Елифанов В.А. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1983. – 383 с.

Умовні скорочення

АВ-блокада – аtriоventрикулярна блокада;
 АГ – артеріальна гіпертензія;
 АТ – артеріальний тиск;
 ДМХ-терапія – дециметрово-хвильова терапія;
 ДЦП – дитячий церебральний параліч;
 КВЧ-терапія – крайньовисокочастотна терапія;
 ЛФК – лікувальна фізична культура;
 СМХ-терапія – сантиметрово-хвильова терапія;
 СН – серцева недостатність;
 УФО – ультрафіолетове опромінювання;
 ЧДХ – частота дихальних рухів;
 ЧСС – частота серцевих скорочень;
 ЦНС – центральна нервова система;
 ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів.

Додаток

ДОДАТОК № 3 до наказу 247
від 16.11.92 р.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРОГО

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Вік _____ 3. Освіта _____ 4. Професія _____
5. Місце роботи _____
6. Місце проживання _____

ДІАГНОСТИКА

7. Клініко-функціональний діагноз _____
8. Соціально-середовищна характеристика _____
9. Професійний статус _____

ВИСНОВОК

10. Втрата здатності (повна, часткова) _____
 - до самообслуговування _____
 - до пересування _____
 - до орієнтації _____
 - до спілкування _____
 - до контролю за своєю поведінкою _____
 - до трудової діяльності _____
11. Медична реабілітація _____
 - відновна терапія _____
 - реконструктивна хірургія _____
 - протезування (вказати топіку і рівень) _____
 - де і коли лікувався протягом останнього року _____
12. Причини виходу на інвалідність
 - тяжкість захворювання
 - дефекти діагностики:
 - хворий не звертався за допомогою;
 - звертався, але захворювання не було діагностовано;
 - дефекти лікування:
 - несвоєчасне;
 - не в повному об'ємі.

Голова ЛКК
Зав.відділом
Лікуючий лікар
Лікар-реабілітолог

Навчальний посібник

Мисула Ігор Романович
Вакуленко Людмила Олексіївна
Швед Микола Іванович
Левицька Лариса Володимирівна
Лобода Валентина Федорівна
Вакуленко Дмитро Вікторович
Прилуцька Галина Вікторівна

МЕДИЧНА ТА СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Редагування і коректура	<i>Ольга Котульська</i>
Оформлення обкладинки	<i>Павло Кушик</i>
Технічний редактор	<i>Світлана Демчишин</i>
Комп'ютерна верстка	<i>Наталія Нижегородова</i>

Підписано до друку 10.11.2005. Формат 70×100/16. Папір офсетний.
Гарнітура SchoolBook. Друк офсетний. Ум. др. арк. 32,66.
Обл.-вид. арк. 27,66. Наклад 1000. Зам. 144.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні
Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 2215 від 16.06.2005 р.