

Особливості проведення фізичної реабілітації у хворих на вогнищеву пневмонію

Григус І.М., Миронюк Л.В.

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука***Анотації:**

Мета – вивчити вплив запропонованої програми фізичної реабілітації на стан хворих пневмонією. Розглядаються особливості проведення фізичної реабілітації у хворих на вогнищеву пневмонію в лікарняний період. Основу запропонованої програми включала ЛФК та лікувальний масаж. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації на фоні медикаментозного лікування дозволило швидше відмічати покращення самопочуття, загального стану, відновлення працездатності, раніше зникали симптоми хвороби, покращувалися показники функції зовнішнього дихання, аускультативні дані легень.

Григус И.М., Миронюк Л.В. Особенности проведения физической реабилитации у больных очаговой пневмонией. Цель – изучить влияние предложенной программы физической реабилитации на состояние больных пневмонией. Рассматриваются особенности проведения физической реабилитации у больных очаговой пневмонией в больничный период. Основу предложенной программы включала ЛФК и лечебный массаж. Применение разработанной программы физической реабилитации на фоне медикаментозного лечения позволило быстрее отмечать улучшение самочувствия, общего состояния, возобновления работоспособности, раньше исчезали симптомы болезни, улучшались показатели функции внешнего дыхания, аускультативные данные легких.

Grygus I.M., Mironyuk L.V. Features of carrying out of physical rehabilitation at patients on bronchial pneumonia. Purpose – to study influence of the offered program of physical rehabilitation on the state of patients pneumonia. In the article the features of leadthrough of physical rehabilitation are examined for patients by bronchial pneumonia in a hospital period. Basis of the offered program was included by medical physical culture and massotherapy. Application of the worked out program of physical rehabilitation on a background medicinal treatment the improvement of feel, general, proceeding in a capacity allowed quicker to mark, the symptoms of illness disappeared before, the indexes of function of the external breathing, auscultative data of lungs, got better.

Ключові слова:

вогнищеву пневмонію, пацієнти, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж.

очаговая пневмония, больные, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, лечебный массаж.

bronchial pneumonia, patients, physical rehabilitation, medical physical culture, massotherapy.

Вступ.

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

Одним із найбільш частих інфекційних захворювань органів дихання є пневмонія. За даними Американської Торакальної асоціації, пневмонію регламентують шостою з основних причин смертності. Захворюваність на пневмонію складає 10–13,8 на 1000 населення [1, 5].

Патологічні зміни в дихальній системі призводять до порушення життєдіяльності організму, тимчасового зниження або повної втрати працездатності, а іноді і до летальних випадків. Тому діагностика і лікування хвороб органів дихання – одне з головних завдань, які стоять перед лікарем у його практичній діяльності, а фізична реабілітація повинна запобігти переходу гострих процесів в хронічні [1, 3].

Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними втратами внаслідок цього захворювання [2, 4].

Одними з основних та найавторитетніших джерел інформації для лікарів з питань діагностики та лікування хворих на НП є клінічні рекомендації (консенсуси), підготовлені провідними спеціалістами за результатами перспективних рандомізованих порівняльних, належно контрольованих досліджень з урахуванням постулатів доказової медицини. На жаль, проведення досліджень такого рівня в Україні поки що утрудне-

не через наявну економічну ситуацію. Тому, слід враховувати, в першу чергу, дані, які отримані в сусідніх країнах з подібною до нашої системою охорони здоров'я. Розроблені клінічні рекомендації підлягають уточненню, як правило, кожні 3-5 років. Це в повній мірі стосується і рекомендацій щодо діагностики та лікування хворих на НП, що були прийняті в Україні в 2003 р. (наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р., «Інструкція про негоспітальну пневмонію у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія»).

Проблема реабілітації хворих із захворюваннями органів дихання стоїть досить гостро. Це пов'язане з тим, що саме в цих пацієнтів спостерігається найбільше зниження пристосування організму до фізичного навантаження, а ефект від лікарської терапії може бути значно посилений шляхом впровадження реабілітаційних програм [3, 5].

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

Робота виконана згідно теми: «Ефективність фізичної реабілітації осіб різного віку при порушенні функціонування систем організму» (номер державної реєстрації 0109U003032).

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

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

Результати дослідження.

Дослідження проводилося на базі Рівненської обласної клінічної лікарні. Для проведення нашого дослідження були підібрані 34 пацієнти із діагнозом «Вогнищеву пневмонію», які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні. 17 пацієнтів ліку-

валися за традиційною медикаментозною методикою – контрольна група, а 17 пацієнтів погодилися на проведення з ними додатково до загальноприйнятого лікування ще фізичної реабілітації – основна група. Програма фізичної реабілітації включала ЛФК та лікувальний масаж. Обидві групи були ідентичними за кількістю пацієнтів чоловічої і жіночої статі, загальним станом і самопочуттям; були обстежені на початку дослідження та наприкінці.

Неодмінною і найбільш суттєвою складовою фізичної реабілітації хворих на вогнищеву пневмонію була ЛФК, яку проводили із перших днів захворювання, методику якої будували відповідно до лікувального завдання на основі призначеного лікувально-охоронного режиму. Завданнями лікувальної фізичної культури при вогнищевій пневмонії було: посилити крово- і лімфообіг у легенях з метою створення умов для розсмоктування ексудату і запобігання ускладненням; протидіяти виникненню у хворого ателектазів, зрощенню плевральних листків; активізувати тканинний обмін для прискорення дезінтоксикації; відновити адаптацію організму до фізичного навантаження; зміцнити організм. ЛФК призначали після спаду температури та зворотнього розвитку запального процесу в легенях, покращанні загального стану хворого. Заняття лікувальною фізичною культурою проводили лише після того, як порадилися з лікарем, який визначив схему занять, комплекс вправ, обсяг навантаження. Вона протипоказана при значній інтоксикації, високій температурі, дихальній недостатності, тахікардії (ЧСС > 110 за хвилину).

Постільний руховий режим (3-5 днів) передбачав використання лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять 5-7 разів на день. Комплекси складалися з простих вправ малої інтенсивності для рук, ніг, голови, з використанням дихальних статичних і динамічних вправ з вихідних положень лежачи на спині та здоровому боці. Кількість повторень вправ – 4-8, темп повільний, амплітуда середня і повна. Максимальне збільшення ЧСС на піку навантаження на 5-10 за хвилину. Метод проведення індивідуальний. Тривалість лікувальної гімнастики 10-12 хв. Наприкінці періоду під час заняття здійснювався перехід хворого в положення сидячи, у якому виконувалися нескладні рухи кінцівками.

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

Вільний руховий режим призначали на 10-12-й день перебування хворого у лікарні. Загальний час занять ЛФК збільшувався до 2,5 год. Комплекси вправ попереднього рухового режиму доповнювався вправами зі снарядами і на снарядах. Дихальні вправи використовували для нормалізації механізму дихання і відпочинку. Застосовували тренувальну ходьбу сходинками, яку починали з освоєння 11-13 сходинок і збільшували з кожним заняттям на 3-5 сходинок. Хворим призначали дозовану ходьбу на території паркової зони стаціонару і коридором. Упродовж перших днів призначали пройти 300-400 м у темпі 50-60 кроків/хв. Відстань щодня збільшували на 100-200 м, а темп ходьби – на 5-7 кроків/хв. Пізніше ходьбу в повільному та середньому темпах чергували з прискореннями, що активізують дихання. На цьому фоні виконували дихальні вправи, які нормалізують дихальний акт.

У процесі лікувальної ходьби і прогулянок рекомендували короткочасні прискорення. ЧСС у заняттях з ЛФК не перевищувала 100 за хвилину. Тривалість занять лікувальною гімнастикою 25-30 хв. До занять включали паузи відпочинку, причому тривалість їх залежала від стану здоров'я хворого, а також від того, як він переносить фізичні навантаження. Після лікувальної гімнастики обов'язковими були прогулянки.

Лікувальний масаж призначали за тих самих умов і термінів, що й ЛФК. Масаж, який використовувався під час усіх рухових режимів лікарняного періоду реабілітації, мав такі завдання: активізація діяльності дихальних м'язів, покращення вентиляції і сприяння відходженню мокротиння; стимуляція екстракардіальних чинників кровообігу, попередження тромбоемболії; підвищення загального тону організму. Масаж спини робили у вихідній позиції лежачи на хворому боці. Виконували погладжування і розтирання. Масажували нижні та верхні кінцівки, грудну клітку в позиції лежачи на здоровому боці і спині. За умови суворого постільного режиму ослабленим хворим, особливо літнього віку, приписували погладжувальний масаж спини (щоб запобігти легенеvim ускладненням) у вихідній позиції лежачи на здоровому боці, а також масаж нижніх та верхніх кінцівок. Під час розширеного постільного режиму після закінчення заняття відзначали ефективність масажу кінцівок і грудної клітки (погладжування, розтирання, ударні прийоми для відходження мокротиння) протягом 5-8 хв. Після закінчення процедури лікувальної гімнастики у разі переходу до палатного режиму був показаний масаж плечового пояса, грудної клітки та нижніх кінцівок.

У пацієнтів обох груп ми застосовували інгаляції, кисневий коктейль, УФО грудної клітки, солюкс на грудну клітку, електрофорез калію йодиду на передню поверхню грудної клітки.

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

На початку дослідження пацієнти обох груп заповнили картки самопочуття, де вони відмічали в балах відповіді на запитання анкет, таке ж обстеження вони пройшли і наприкінці дослідження. Аналізуючи дані анкет хворих контрольної групи, ми відмітили, що їхнє самопочуття на початку і наприкінці дослідження значно не змінилося. У всіх хворих трохи зменшився кашель, задишка, дещо покращився апетит. Залишилися майже без змін сон, настрої та загальне самопочуття. Середній бал на початку дослідження дорівнював 21,7; в кінці – 16,8; тобто середній бал зменшився лише на 4,9 балів.

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

При аналізі результатів лікування пацієнтів обох груп ми звернули увагу на те, що пацієнти основної групи швидше відмічали покращення самопочуття, загального стану, відновлення працездатності, в них раніше зникали симптоми хвороби, покращувалися показники функції зовнішнього дихання, аускультативні дані легень. Завдяки проведеній фізичній реабілітації вони скоріше були виписані додому. В контрольній групі зміни відбулися в кращу сторону менше, порівняно з основною групою.

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

Коли хворих виписували зі стаціонару, їм радили продовжувати заняття ЛФК вдома або в поліклініці. У такому разі пропонували комплекс загальнозміцнюючих фізичних вправ і спеціальні дихальні вправи. Для профілактики повторної вогнищевої пневмонії рекомендували пацієнтам проводити курс загартовування організму. Деяким хворим рекомендували заняття спортом, враховуючи вік і функціональні можливості (плавання, веслування, ковзани і ін.)

Висновки.

Застосування фізичної реабілітації сприяло відновленню нормального механізму дихання, покращенню легеневої вентиляції та виводу мокротиння, запобіганню виникненню ателектазів і утворенню плевральних спайок, посиленню крово- і лімфообігу, обмінних процесів у легенях та розсмоктуванню патологічного вогнища в них; активізації діяльності серцево-судинної та інших систем організму, що підтверджено даними обстежень пацієнтів наприкінці дослідження. ЛФК є ефективним засобом фізичної реабілітації, і до того ж дуже доступним і зручним, що підвищує його цінність та значення у сучасній медицині.

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

Література:

1. Внутрішні хвороби / [Сабадишин Р.О., Баніт В.М., Григус І.М. та ін.]; ред. Р.О. Сабадишин. – Рівне: ВАТ "Рівненська друкарня", 2004. – 544 с.
2. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навчально-методичний посібник / І.М. Григус. – Рівне, 2009. – 112 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник / В.А. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
4. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация: [практическое руководство для врачей] / А.Г. Малявин. – М.: Практическая медицина, 2006. – 416 с.
5. Остапенко В.А. Лечение болезней легких / В.А. Остапенко, В.А. Ахмедов, Е.Е. Баженов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.

Надійшла до редакції 17.02.2011 р.
Григус Ігорь Михайлович
Миронюк Лілія Васильевна
grigus.igor@yandex.ua