

**УВАГА! Файл містить завдання на всі дати на період карантину!**

**Дата:** .04-05.2020 р. **Група:** 4Г ЛС, I бригада **Предмет:** Медична та соціальна реабілітація **Тема:** №4 - Реабілітація пацієнта із захворюваннями внутрішніх органів і систем

**ПІБ викладача:** Корнієнко Олексій Петрович

**Завдання для студента для проходження дистанційного заняття**

1. Вивчити конспект лекції (підручник «Медична та соціальна реабілітація», автори С.С. Сапункова, Л.О. Піц, стор. 184-217).
2. Використовуючи інтернет ресурси скласти конспект на тему: «Реабілітація пацієнтів з інфарктом міокарда».
3. Відповісти на запитання письмово.
4. Вирішити тести та задачі. 5. Сфотографувати та відправити на електронну пошту, слідуєчій адреси:

[kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)

***Конспект лекції, запитання, тести та задачі додаються.***

**Лекція на тему «Реабілітація пацієнтів із захворюваннями внутрішніх органів і систем»**

**Ішемічна хвороба серця (ІХС)** — гострий або хронічний патологічний процес міокарда, зумовлений неадекватним кровопостачанням внаслідок органічного ураження вінцевих артерій або у зв'язку з їх функціональними змінами (спазм, недостатність кровотоку).

**Показання до призначення ЛФК:**

- стенокардія напруження I—IV функціонального класу (ФК);
- інфаркт міокарда;

- постінфарктний кардіосклероз;
- серцева недостатність;

- порушення серцевого ритму, що не супроводжується тахікардією або вираженою брадикардією. **Основні критерії початку застосування фізичних вправ:**

- позитивна динаміка захворювання за сукупністю клініко-функціональних даних;

- загальний задовільний стан пацієнта;

- зменшення частоти та інтенсивності нападів стенокардії;

- стабілізація або позитивна динаміка

**ЕКГ. Протипоказання до занять ЛФК:**

- нестабільна стенокардія;

- негативна динаміка ЕКГ, яка свідчить про погіршення коронарного кровообігу;

- високий (220/120 мм рт. ст.); низький (90/50 мм рт. ст.) АТ;

- часті гіпер- або гіпотензивні кризи;

- наростання серцево-судинної недостатності;

- аритмії (пароксизмальна та миготлива тахікардія, екстрасистолія);

- передсердно-шлуночкова блокада II—III

ступеня. **Завдання програми реабілітації:**

- покращити коронарний та периферичний кровообіг, обмінні процеси у міокарді, посилити скоротливу здатність серцевого м'яза;

- економізувати діяльність міокарда з метою зниження потреби у кисні;

- стимулювати екстракардіальні чинники кровообігу;

- запобігти прогресуванню атеросклерозу та розвитку таких ускладнень, як інфаркт міокарда, порушення ритму і провідності, недостатність кровообігу;

- підвищити толерантність до фізичних навантажень, зменшити приймання препаратів судинорозширювальної дії. **Медсестринське обстеження та оцінюванням стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Дійсні та потенційні проблеми пацієнта:

стискальний біль за грудниною з іррадіацією в ліву руку, задишка. Об'єктивні дані: блідість

шкіри, неспокій. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах**

**реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Індивідуальний підбір засобів ЛФК, фізіотерапевтичних методів лікування, масажу залежать від режиму рухової активності та функціонального класу (ФК) захворювання:

- I ФК значне навантаження не спричиняє загруднинний біль; він виникає у разі інтенсивного або тривалого навантаження;
- II ФК — незначне обмеження звичного навантаження. Загруднинний біль виникає під час ходьби понад 300 м або піднімання сходами вище, ніж на один поверх у нормальному або швидкому темпі;
- III ФК — помірне і значне обмеження звичайної фізичної активності з появою ангінозною болу під час ходьби на 150— 300 м і піднімання сходами на один поверх у нормальному темпі;

• IV ФК — значне обмеження фізичної активності, аж до неможливості виконання будь-якого навантаження без болю. Можливий ангінозний біль у стані спокою.

Функціональний клас визначають за допомогою навантажувальних проб (тредміл-тест, велоергометрія). **ЛФК призначають з урахуванням функціонального класу (ФК):**

**Пацієнтам I ФК** дозволяють усі роботи по дому (прибирання, приготування їжі, ремонт меблів, квартири). Допускаються заняття у групах здоров'я (сильна група), участь у спортивних іграх (забороняється участь у змаганнях), плавання, теренкур, ходьба на лижах. Призначають дозовану ходьбу в помірно прискореному темпі (110 кроків за 1 хв.), допускається короткочасна швидка хода (120-130 кроків за 1 хв.) протягом 3-5 хв. Рекомендована ЛГ у тренувальному режимі до 30- 40 хв. із частотою пульсу на висоті навантаження до 110 за 1 хв. **Пацієнтам II ФК** показані всі роботи вдома, дозована хода у помірно прискореному темпі (100 кроків за 1 хв.), короткочасна швидка хода (120-130 кроків за 1 хв.), протягом 2-3 хв, ЛГ у щадно- тренувальному режимі до 30 хв., із частотою пульсу на висоті навантаження до 130 за 1 хв. Допускаються короткочасні пробіжки (1-2 хв.) у помірному темпі, участь у групах здоров'я, спортивні ігри (участь у змаганнях забороняється), плавання, дозована ходьба на лижах. **Пацієнтам III ФК** показані лише легка робота вдома, дозована ходьба у середньому темпі (90 кроків за 1 хв.), ЛГ у щадно-тренувальному режимі до 10-20 хв., із частотою пульсу на висоті навантаження до 110 за 1 хв., участь у групі здоров'я (слабка група). Спортивні ігри, біг, плавання, ходьба на лижах протипоказані. **Пацієнтам IV ФК** протипоказана фізична робота. Можливі дозована ходьба (у темпі 70-80 кроків за 1 хв.) із зупинками після кожних 100-200 м. ЛГ у щадному режимі до 15-20 хв., із частотою пульсу на висоті навантаження 90-100 на 1 хв. Інші форми ЛФК протипоказані.

**Лікарняний період реабілітації** Пацієнтам призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, індивідуальні завдання для самостійних занять, заняття на тренажерах, дозовану ходьбу, біг. **Лікувальну гімнастику** призначають на 4-5-ий день перебування у стаціонарі, при більш тяжкому перебігу хвороби на 7-10-ий день. Методика ЛГ

повинна передбачати спокійний темп виконання вправ, помірну кількість повторень кожної вправи, чергування фізичного навантаження з паузами відпочинку (по 30-40 с), співвідношення гімнастичних та дихальних вправ відповідно 1:1, 1:2. Під час занять ЛГ з пацієнтами, яким призначено постільний режим, у першій половині курсу лікування застосовують вихідне положення лежачи, потім — лежачи-сидячи-лежачи, вправи для рук і ніг, полегшені варіанти вправ для великих груп м'язів у положенні лежачи. У другій половині курсу використовують різні вихідні положення: сидячи-стоячи-сидячи, стоячи-сидячи. Необхідно включати вправи для розслаблення груп м'язів, на координацію рухів, вправи у рівновазі. У пацієнтів з ІХС знижена адаптація не тільки до фізичних навантажень, а й до стресових ситуацій, метеорологічних чинників (вітер, спека, холод). **Мета ЛГ:** запобігання виникненню ускладнень, покращення периферичного кровообігу, стимуляція екстракардіальних чинників кровообігу і обміну речовин у міокарді, що супроводжується покращенням його скоротливої здатності і підвищенням рівня фізичного стану пацієнта. Застосовують дихальні вправи, рухи у великих суглобах, рухи головою, повороти тулуба, підняття таза, вправи на розслаблення. Заняття тривають 10—15 хв.; проводять 3 рази на день. У пацієнтів, яким призначено палатний режим, ЛФК спрямована на стимуляцію екстракардіальних чинників, посилення репаративних процесів у міокарді, поступове розширення рухової активності. Пацієнт навчається повільно ходити по палаті, ЛГ виконують у положенні сидячи. Тривалість занять — 20-25 хв., навантаження збільшується за рахунок ускладнення вихідних положень, збільшення кількості вправ та їх повторюваності. Головним тренувальним засобом є повільна ходьба по палаті. У пацієнтів, яким призначено загальний режим, ЛФК спрямована на адаптацію організму до зростаючого навантаження побутового характеру. Збільшується тривалість ходьби по коридору та на вулиці, пацієнти навчаються тренувальній ходьбі по сходах приставним кроком у повільному темпі. Призначають заняття на тренажерах з урахуванням толерантності дофізичного навантаження. Рекомендується загальнозміцнювальна терапія, загартування, використання природних чинників та масажу. **Фізіотерапевтичні методи лікування:** лікарський електрофорез за методикою загальної дії за Вермелем; у разі порушення функціонального стану ЦНС електросон у поєднанні з аеротерапією; з метою зниження больової чутливості проведення дарсонвалізації рефлексогенних зон у ділянці серця.

**Післялікарняний період реабілітації (санаторний та диспансерно-поліклінічний етапи).** Відбір пацієнтів для проведення санаторного етапу реабілітації здійснюють лише після стабілізації функціонального етапу пацієнта. За клініко функціональною характеристикою пацієнти повинні належати до I—IIIФК. **Санаторний етап реабілітації** проводять у спеціалізованому кардіологічному санаторії, де використовують аеротерапію, ЛФК, дозовані прогулянки, теренкур, тренування на велотренажері; фізіотерапевтичні процедури: електрофорез лікарських речовин, електросон, діадинамотерапію, оксигенацію, масаж. Використовують плавання у басейні з прісною або мінеральною водою тривалістю від

15-20 до 30-45 хв., залежно від функціонального класу захворювання.

**Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації передбачає:** продовження спостереження за станом пацієнта та лікування за місцем його проживання; вирішення питань щодо працездатності, терміну поновлення трудової діяльності, призначення інвалідності.

**Реабілітацію починають з призначення рухового режиму:**

- для пацієнтів I ФК — тренувального;
  - II ФК щадно-тренувального: ходьба зі швидкістю 4 км/год, починаючи з дистанції 3 км і поступово збільшуючи до 5-6 км. Допускають підйом на окремих ділянках маршруту з нахилом 5- 10<sup>0</sup>
  - III ФК – щадного: дозована ходьба зі швидкістю 2-3 км/год, починаючи з дистанції 500 м, яку поступово збільшують щоденно на 200-500 м до 3 км, з переходом до бігу підтюпцем. Призначають: водні процедури (вуглекислі, кисневі ванни), мінеральні води (боржомі, моршинська). **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань проводять на всіх етапах реабілітації.**

**Реабілітація пацієнтів з інфарктом міокарда** **Інфаркт міокарда (ІМ)** — захворювання, яке характеризується утворенням некротичного вогнища в серцевому м'язі внаслідок порушення коронарного кровообігу.

У реабілітації пацієнтів з ІМ виділяють три етапи: стаціонарний, санаторно-курортний і поліклінічний з дотриманням головних принципів: комплексність, безперервність, послідовність, наступність на всіх етапах реабілітації. З урахуванням стану пацієнти застосовують чотири програми фізичної реабілітації: 3-тижневу — при дрібновогнищевому ІМ; 4-тижневу — при великовогнищевому; 5-тижневу — при трансмуральному; індивідуальну – при ІМ з ускладненнями. Призначають ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, працетерапію.

**Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта.**

**Виявлення проблем пацієнта Необхідно з'ясувати:**

- чи є у пацієнта задишка, коли вона виникає;
- чи виникає серцебиття;
- чи спостерігається біль у ділянці серця, його локалізація, характер, умови виникнення, тривалість, інтенсивність, іррадіація, провокаційні чинники, індивідуальні прояви;
- які лікарські засоби дають змогу усунути біль у ділянці серця;
- чи є ціаноз губ, нігтів, загальний ціаноз шкіри, коли він виникає: у стані спокою чи після фізичного навантаження. **Оцінювання функціонального стану пацієнта:**
- визначення пульсу, АТ, частоти дихання;
- оцінювання загального стану пацієнта;

- положення у ліжку;
- набухання шийних вен, їхня пульсація;
- зміна форми фаланг пальців рук та ніг («годинникові скелі, ця»);
- наявність задишки (експіраторної, інспіраторної, змішаної), чи посилюється вони при зміні положення тіла пацієнта;
- наявність набряків на нижніх кінцівках. Після проведення ретельного медсестринського обстеження пацієнта з урахуванням функціонального стану органів і систем, показань та протипоказань до проведення фізичних навантажень, можливе проведення реабілітаційних заходів. Проводячи реабілітацію, медична сестра слідкує за пульсом, диханням, АТ. Ознаками адекватної реакції є почастішання пульсу на висоті навантаження протягом перших 3 хв. не більше ніж на 20 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 за 1 хв., зниження діастолічного АТ не більше ніж на 10 мм рт. ст.

***Складання індивідуальної програми реабілітації Лікарняний період реабілітації Основні завдання:***

- запобігання ускладненням та їх усунення;
- стабілізація основних клініко-лабораторних показників;
- покращення периферичного кровообігу, трофіки міокарда;
- формування адекватної психологічної реакції.

***Програма лікарняного періоду реабілітації при інфаркті міокарда***

***Рухомий режим Програми реабілітації Реабілітаційні знаходи Тривалість рухового режиму***

1. Суворий постільний режим (ЛГ на 2-4-у добу) 3-тижнева; починається після усунення больового синдрому та за відсутності протипоказань (аритмії, високий АТ, загальний тяжкий стан, висока температура тіла) з 1-го дня реабілітації 4-5-

Форми ЛФК: виконують рухи у дрібних і середніх суглобах, рухи головою, короткочасні ізометричні напруження і розслаблення м'язів нижніх кінцівок, статичні дихальні вправи без поглиблення дихання у повільному темпі. Згинання ніг без відриву стоп від ліжка, незначне піднімання

2—3 дні

тижнева — на 2-гу добу таза, поворот тулуба на правий бік.

Статичні дихальні вправи без поглиблення дихання. Тривалість занять 8—10 хв.; проводять їх 2 рази на день. Темп повільний. Вправи для дрібних груп м'язів виконують по 4—6 разів, для середніх і великих м'язів по 2-4 рази 2. Постільний режим

7-10 днів

3. Напівпостільний режим

3 тижнева – на 3-ю добу; 4-тижнева на 7—8-му добу; 5-тижнева – на 8—10-у добу  
Форми ЛФК: ЛГ, РГГ, самостійні заняття 2-3 рази на день. Виконують вправи для кінцівок, тулуба, тренування вестибулярного апарату, дихальні вправи на розслаблення; тривалість — 15—17 хв. Перехід у положення сидячи спочатку пасивно, а пізніше активно. Час сидіння в ліжку поступово збільшують. Наприкінці періоду постільного режиму пацієнт має сидіти 3-4 рази на день по 15-30 хв.  
3-тижнева — хворий встає

Форми ЛФК доповнюють

7-10 днів і ходить по палаті на 7-у

лікувальною ходьбою, дозволяють добу;

пройти 5-10 м, а потім щодня 4-тижнева — на 12—16-у

збільшують дистанцію на 10 м. добу;

Тривалість занять — 20—25 хв. 5 тижнева — на 18- 20-у добу 4. Вільний режим

Форми ЛФК: ЛГ, РГГ, самостійні

заняття 4—5 разів на день, лікувальна ходьба. Вправи для всіх груп м'язів

складніші за формою і координацією рухів з легкими предметами. Тривалість

занять — 25-30 хв. Ходьба коридором 150— 200 м, підйом по східцях.

10-15 днів

3-тижнева Вихід з палати на 8-10-у добу;

вихід на вулицю на 14-15-у добу. 4-тижнева Вихід з палати – на 18—20-у добу;

вихід на вулицю – на 22-24-у добу. 5-тижнева Вихід з палати – на 22—24-у добу;

вихід на вулицю – на 26-28-у добу. Прогулянки 2 рази на день по 500—600 м у

темпі 70-80 кроків за 1 хв. Далі 1—1,5 км у темпі 80-90 кроків за 1 хв. 5. Заклучний

період рухового режиму

3-тижнева

Піднімається на поверх, проходить 1—3 км, обслуговує себе. Пацієнта направляють до місцевого кардіологічного санаторію на 21- у—23-ю добу.

4-тижнева

На 30-32-у добу.

5) тижнева На 35—37-у добу

**Післялікарняний період реабілітації Санаторний етап  
реабілітації Протипоказання до лікування у реабілітаційному  
відділенні санаторію:**

- загальні протипоказання до санаторно-курортного лікування;
- аневризми серця;
- аневризми аорти при серцевій недостатності II—III

стадії;

- гіпертонічна хвороба III стадії;
- тромбоемболія;
- порушення мозкового кровообігу;
- декомпенсований або тяжкий ЦД;
- захворювання із значними порушеннями функцій органів систем.

**Програма санаторного етапу реабілітації при інфаркті міокарда** 1—2-й день Адаптація до нових умов, збереженим режиму стаціонару 3-24-й день Розширення та прискорення дистанційної ходьби, збільшення швидкості підйому по сходах і кількості сходинок, прогулянки за температури повітря не нижче 10°C. Тренувальний режим призначають, за відсутності аритмії, нападів стенокардії, серцевої недостатності. Застосовують масаж, електросон, високочастотну терапію, електрофорез лікарських засобів, магнітотерапію, ванни для рук та ніг (сульфідні, вуглекислі, йодобромні, радонові), аеротерапію, геліотерапію, УФО, обтирання. Механотерапію (велотренажер)

**Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації** Пацієнти, які перенесли ІМ, па диспансерно-поліклінічному етапі належать до категорії хворих на хронічну ІХС із постінфарктним кардіосклерозом. **Завдання фізичної реабілітації:**

- відновлення функції серцево-судинної системи шляхом включення механізмів компенсації кардіального і екстракардіального характеру;

- підвищення толерантності до фізичних навантажень;

- вторинна профілактика ІХС;

- відновлення працездатності і повернення до професійної діяльності, збереження відновленої працездатності;

- можливість часткової чи повної відмови від приймання лікарських засобів, покращення якості життя пацієнтів. Медико-трудова експертна комісія встановлює період тимчасової непрацездатності пацієнтів з ІМ. Для більшості пацієнтів цей період становить від 3 до 5 міс.

**Фізіотерапевтичні методи:**

- електрофорез магнію сульфату на ділянку серця; процедури розпочинають з 6 хв. і, додаючи під час кожного сеансу 1 хв., доводять їх тривалість до 10 хв. Курс лікування — 12 процедур; про- водять їх через день;

- електрофорез із новокаїном – активний електрод з прокладкою 6-8 см розташовують па ділянці лівої ключиці, другий електрод — на середній третині лівого передпліччя; тривалість



процедур 10- 15 хв., проводить їх щоденно або через день; на курс — 10-12 процедур;

- дарсонвалізація зон Захар'їна-Геда (не пересуваючи електрод без розряду) тривалістю 3-5 хв.; процедури проводять щоденно, на курс — 10-12 процедур;

- мікрохвильова терапія ділянки серця тривалістю 10 хв.; процедури призначають через день, на курс – 8 процедур;

- аероіонізація дихальних шляхів тривалістю 10-15 хв.; процедури проводять щоденно або через день, на курс – 8-10 процедур;

- ванни за Гауффе, з повільним підвищенням температури води (36-41 °С).

**Реабілітація пацієнтів з гіпертонічною хворобою** Стратегія профілактики гіпертонічної хвороби ґрунтується на трьох рівнях. **Перший рівень** — стратегія масової профілактики, найефективніша щодо зміцнення здоров'я населення. Вона передбачає зміну способу життя. Роль медичних закладів у цьому невелика. **Другий рівень** — стратегія високого ризику, коли виявляють і коригують чинники ризику. В осіб з малорухомих способом життя ризик виникнення гіпертонічної хвороби на 20-50 % вищий, ніж у фізично активних людей. Фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування. **Третій рівень** — вторинна профілактика. Роль медичних закладів у цьому найбільша. **Абсолютні протипоказання до призначення ЛФК:**

- АТ > 210/120 мм.рт. ст.;

- ознаки коронарної та серцево-судинної недостатності III стадії;

- гостра серцева недостатність;

- тяжка ретинопатія;

- тяжкі порушення серцевого ритму (миготлива аритмія, пароксизмальна тахікардія, неповна (II— III ступеня) та повна передсердно-шлуночкова блокада);

- тромбоемболічні ускладнення;

- аневризми. **Відносні протипоказання до призначення ЛФК:**

- погіршення самопочуття у разі зниження ЛТ до 25 % під звичайного ріння;

- загострення супутніх захворювань;

- нещодавно перенесені або часті гіпертензивні кризи;

- тривалі напади стенокардії;

- динамічні порушення мозкового

кровообігу. **Завдання програми реабілітації:**

- зміцнення і оздоровлення всього організму пацієнта;
- врівноваження процесів збудження і гальмування у корі головного мозку;
  - регулювання координованої діяльності всіх ланок кровообігу, поліпшення їхніх функцій та зниження тону прекапілярних артерій і артеріол;
  - розвиток резервної функції системи кровообігу за рахунок регулярного дозованого тренування фізичними вправами;
  - підвищення окисно-відновної фази обміну речовин і покращення трофічних процесів у тканинах і органах;
  - у результаті — зменшення різних суб'єктивних проявів захворювання (головний біль, запаморочення, нервозність, напруження, задишка) і підвищення у зв'язку з цим загальної праце- здатності. **М**

**Планування та реалізація втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Реабілітаційні заходи планують залежно від стадії захворювання. **У разі гіпертонічної хвороби I стадії рекомендовано:**

- амбулаторні заняття: ЛГ, художня гімнастика, туризм, гра у волейбол, теніс, ходьба, біг, плавання, ходіння на лижах;
- групові заняття: вихідні положення лежачи, сидячи тривалістю 25-30 хв., статичні вправи із гантелями, дихальні вправи. ЧСС не повинна бути більша ніж 130-140 за 1 хв., АТ — 180/100 мм рт. ст. Виконують вправи для кінцівок, тулуба, плечового пояса, рідше – для шиї та черевного пресу. Через кілька місяців пацієнтів переводять до групи здоров'я (біг, плавання, рухові ігри).

**При гіпертонічній хворобі II стадії** реабілітацію у стаціонарі проводять за наступними руховими режимами:

- постільний розширений: заняття індивідуальним чи груповим методом у формі ЛГ, РГГ, самостійних занять у положенні лежачи на спині з високо піднятим узголів'ям і сидячи, застосовують вправи для всіх груп м'язів верхніх і нижніх кінцівок, які виконують у повільному темпі, чергуючи із дихальними вправами, тренування вестибулярного апарату у поєднанні з масажем стоп, гомілок, комірцевої ділянки;
- палатний: вправи проводять сидячи, стоячи, обмежено для всіх груп м'язів. Застосовують статичні та динамічні вправи у поєднанні з дихальними, повторюють 4-6 разів.

Тривалість занять – 25 хв.;

- вільний: пацієнт вільно ходить у межах трьох поверхів. Форми ЛФК: ЛГ, РГГ, самостійні заняття, вправи з предметами на координацію, рівновагу, аутотренінг;
- суворий постільний: лікувальну гімнастику не проводять.

**Післялікарняний період реабілітації *Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації*** Цей етап реабілітації є основним завдяки можливості динамічного спостереження за станом пацієнта. Він передбачає три роки ми рухової активності:

- щадний (5—7 днів);
- щадно-тренувальний (2 тиж.);
- тренувальний (4 тиж.). **Фізіотерапевтичні процедури:** електросон; медикаментозний електрофорез за різними методиками (комірцева, загальна дія за Вермелем, трансорбітальна, інтраназальна); УВЧ терапія на синокаротидну ділянку; індуктотермія та ультразвукова терапія на ділянку нирок; магнітотерапія; діадинамотерапія; лазеротерапія; масаж. **Засоби ЛФК:** РГГ, заняття на тренажерах, дозована ходьба.

**Санаторно-курортний етап реабілітації** Ураховуючи високу ефективність фізіотерапевтичного лікування, даний етап рекомендований за умови відсутності гіпертензивних кризів та стабілізації гемодинаміки. Застосовують фізіотерапевтичні процедури: електросон; медикаментозний електрофорез за різними методиками (комірцева, загальна дія за Вермелем, трансорбітальна, інтраназальна); УВЧ- терапія на синокаротидну ділянку; індуктотермія та ультразвукова терапія на ділянку нирок; водні процедури (радонові, сульфідні, йодобромні, кисневі ванни). Показані саунотерапія, ЛФК, теренкур, масаж комірцевої ділянки, дієтотерапія, автотренінг.

**Реабілітація пацієнтів із пневмонією** **Пневмонія** – запалення легеневої тканини. Під час захворювання на пневмонію до патологічного процесу залучаються три основні системи – дихальна, серцево-судинна та нервова. Порушення функції зовнішнього дихання при пневмонії зумовлене трьома основними чинниками:

- порушенням механіки дихання, пов'язаними із погіршенням легеневої вентиляції, змінами ритмічності фаз дихання, зменшенням рухомості грудної клітки, зниженням тонуусу і розтягненням основних і допоміжних дихальних м'язів;
- зниженням дифузної здатності легень, що порушує нормальний газообмін між кров'ю та альвеолярним повітрям унаслідок морфологічних змін;
- зниження прохідності бронхів унаслідок бронхоспазму, стовщення стінок бронхів, підвищеної секреції, механічного закупорення бронхів у разі великої кількості мокротиння.

Проявом розладу дихання є дихальна недостатність, за якої порушується нормальний газовий склад крові, що знижує функціональні можливості організму. **Розрізняють три ступеня дихальної недостатності: I ступінь** — задишка, яка виникає під час фізичного навантаження, прихована дихальна недостатність. У стані спокою показники зовнішнього дихання в нормі; **II ступінь** – задишка, яка виникає внаслідок незначного фізичного навантаження;

**III ступінь** — задишка, яка виникає у стані спокою, при цьому легеневий об'єм відрізняється від норми. Виникає надлишкова вентиляція легень. Спеціально підібрані фізичні вправи нормалізують поруї.....у функцію дихання, зміцнюють дихальні м'язи, збільшують екскурсію грудної клітки та діафрагми, розтягуючи плевральні спайки і очищаючи дихальні шляхи.

**Протипоказання до призначення ЛФК при пневмонії** (мають тимчасовий характер):

- виражена інтоксикація (загальна слабкість, блідість, відсутність апетиту);
  - дихальна недостатність III ступеня;
  - висока температура тіла;
  - тахікардія (ЧСС понад 100 за 1 хв.);
  - виражений больовий синдром;
  - астматичний напад;
    - повний ателектаз легені, абсцес легені.
- Основні завдання ЛФК:**
- нормалізація механіки дихання;
    - посилення крово- і лімфообігу з метою прискорення розсмоктування запального інфільтрату, ексудату та запобігання розвитку ускладнень (ателектазів, плевриту, спайкових процесів);
  - забезпечення більш повного виведення мокротиння, посилення дренажній функції легень;
  - зменшення дихальної недостатності;
    - поліпшення функції зовнішнього дихання (посилення вентиляції, підвищення газообміну) і серцево-судинної системи;
  - відновлення еластичності легень;
    - підвищення резервних можливостей органів дихання (ЖЄЛ, потужності вдиху і видиху). ЛФК призначають з перших днів захворювання.
- Методики ЛГ:**
- респіраторна гімнастика (поєднання загальнорозвивальних і дихальних вправ);

- дренажна гімнастика;
  - експіраторна гімнастика, за якої основну увагу звертають на розпиток сили допоміжних і основних м'язів, які беруть участь у видиху;

- релаксаційно-респіраторна гімнастика. **Особливу увагу**

**приділяють:**

- довільній економізації дихання з психопотенціюванням для зниження збудження дихальних центрів із вихідних положень: стоячи, руки на поясі, лежачи на спині, лежачи на здоровому боці, лежачи на боці локалізації патологічного вогнища;
- динамічним фізичним вправам з використанням різних вихідних положень;
- дренажним вихідним положенням, які виконують перед початком занять протягом 5-10 хв.;
- ізометричним фізичним вправам;
- релаксаційним фізичним вправам у поєднанні з іншими фізичними вправами;

- звуковій гімнастиці для зняття бронхоспазму. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Основні проблеми пацієнта: кашель, виділення мокротиння, біль у грудній клітці, задишка, її характер. Оглядаючи пацієнта, визначають: колір шкіри; положення у ліжку; температуру тіла; пульс; тип дихання; наявність задишки у стані спокою чи під час фізичного навантаження, хрипів; частоту дихальних рухів; зміни ритму та глибини дихання. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Залежно від стану пацієнта застосовувати ЛФК у комплексній терапії пневмонії можна на наступний після кризи день або протягом перших 2-3 днів за нормальної температури тіла. **Лікарняний період реабілітації** У разі суворого постільного режиму ЛФК розпочинають на 2-у добу перебування у стаціонарі. Заняття проводять індивідуально. **Засоби ЛФК:** гімнастичні, загально розвивальні вправи динамічного характеру для дрібних та середніх груп м'язів, дихальні вправи (статичні та динамічні). **Форми ЛФК:** РГГ, ЛГ, самостійні заняття тривалістю до 10 хв. 3 рази на день. Після закінчення ЛГ рекомендується масаж з елементами ударних прийомів для полегшення відходження мокротиння. При **розширеному постільному режимі** (3-я—4-а доба) ЛФК призначають у вигляді ЛГ і РГГ. Заняття проводять індивідуально або малогруповим методом. Вихідні положення: лежачи на спині, на боці; сидючи у ліжку, опустивши ноги. ЛГ починають із виконання статичних дихальних вправ, які розвивають фази вдиху і видиху, з поступовим поглибленням дихання. Застосовують також гімнастичні вправи для дрібних і середніх груп м'язів кінцівок у середньому темпі, які спочатку виконують окремо, потім їх комбінують і поступово ускладнюють. Можна включати вправи для великих груп м'язів

верхніх і нижніх кінцівок у повільному темпі, повторюючи кожну вправу 3-4 рази. Щоб запобігти утворенню плевральних спайок, виконують повороти та нахили тулуба. Вправи для тулуба, верхніх і нижніх кінцівок чергують із дихальними вправами статичного та динамічного характеру у співвідношенні 1:1; 1:2. Після закінчення заняття рекомендують масаж кінцівок і грудної клітки (погладжування, розтирання, ударні прийоми для відходження мокротиння), дренажний масаж протягом 5-8 хв. Тривалість процедури ЛГ — 10-15 хв. За сприятливого перебігу пневмонії пацієнта переводять на па-латний режим (5-7-а доба), послідовно використовуючи вихідні положення лежачи на спині, па-боці, сидячи та стоячи. Важливу роль мають вихідні положення, що сприяють активізації дихання в ураженому сегменті та частці легені. Застосовують загальнорозвивальні гімнастичні вправи і вправи прикладного характеру (ходьба). Як спеціальні використовують дихальні вправи, які покращують вентиляцію уражених ділянок легень, збільшують силу дихальної мускулатури та рухливість діафрагми, сприяють виведенню мокротиння, відновлюють нормальний механізм акту дихання, а також вправи для плечового пояса, верхніх кінцівок і тулуба, які, збільшуючи рухливість грудної клітки, запобігають утворенню плевральних спайок. Вправи для тулуба, верхніх і нижніх кінцівок чергують із дихальними у співвідношенні 3:1. Темп виконання середній та швидкий, амплітуда повна, кількість повторень коленої вправи А б разів. Загальне навантаження поступово збільшують. Тривалість процедури ЛГ доводять до 15-20 хв. Крім ЛГ застосовують РГГ та лікувальну ходьбу. У разі сприятливого перебігу пневмонії пацієнта із залишковими явищами у легеневій тканині па-10-14-й день перебування у стаціонарі переводить на вільний режим. **Засоби ЛФК:** дихальні і згальнорозвивальні вправи у співвідношенні 1 : 2; 1 : 3; рухові ігри, які спрямовані на відновлення структури і функції органів дихання, адаптацію пацієнта до постійно зростаючих фізичних навантажень і па-підготовку його до побутової та професійної діяльності. **Форми ЛФК:** РГГ — тривалість 10—15 хв.; ЛГ — тривалість 20-25 хв.; самостійні заняття; тренувальна і дозована ходьба; заняття на велотренажері; працетерапія. Застосовують вихідні положення лежачи, сидячи, стоячи та у русі. Допускають вихідні положення, які утруднюють дихання: лежачи на животі, з опором па-руки. Спеціальні вправи використовують для закріплення досягнутого ефекту, нормалізації акту дихання, а також для усунення залишкових явищ запального процесу в бронхах. Фізичне навантаження середньої інтенсивності: частота пульсу до 100 за 1 хв. Тривалість одного заняття — до 40 хв., а загальний час заняття ЛФК — до 2,5 год. на день. Рекомендують ходьбу сходами, яку розпочинають з освоєння 11-13 сходинок, збільшуючи поступово па-3-5 сходинки. Пацієнтам призначають дозовану ходьбу на території паркової зони стаціонару (якщо вона існує) і коридором. У перші дні рекомендують пройти 300-400 м у темпі 50-60 кроків за 1 хв. Відстань щодня слід збільшувати на 100-200 м, а темп ходьби на 5-7 кроків за 1 хв. Пізніше ходьбу в повільному та середньому темпі для активізації дихання необхідно чергувати з прискоренням, використовувати дихальні вправи, які нормалізують акт дихання. **Фізіотерапевтичні методи лікування** призначають з першої доби перебування пацієнта у стаціонарі: інгаляцію бронхо- і муколітиків, електрофорез кальцію глюконату і аскорбінової

кислоти на тлі загального УФО; УВЧ-терапію, мікрохвильову терапію; індуктотермію.

### **Післялікарняний період реабілітації *Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації***

Повне відновлення після перенесеної пневмонії – процес тривалий (до 6—12 міс).

Застосовують ЛФК у щадному, а пізніше — щадно-тренувальному і тренувальному режимах.

Заняття групові, середньої інтенсивності, бажано на свіжому повітрі. **Форми ЛФК:** РГГ, ЛГ, заняття па тренажерах, самостійні заняття. Із **фізіотерапевтичних методів** застосовують УВЧ-терапію, індуктотермію, УФО, медикаментозний електрофорез хлориду кальцію, масаж.

**Санаторно-курортний етап реабілітації** На даному етапі рекомендуються спортивні вправи (плавання, веслування, ходьба на лижах, легкоатлетичні вправи), спортивні ігри (волейбол, теніс), у поєднанні із загартуванням. **Оцінювання ефективності**

**медсестринських втручань та ступеня досягнення мети** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація пацієнтів із бронхіальною астмою** **Бронхіальна астма** захворювання, що характеризується нападами експіраторної задишки, зумовленої звуженням просвіту дрібних бронхів, набряком їхньої слизової оболонки і появою у них ексудату. Реабілітаційні заходи при бронхіальній астмі спрямовані на підтримання ремісії захворювання, відновлення функціональної активності й адаптаційних можливостей дихального апарату та інших органів і систем. Реабілітаційні засоби: руховий режим, дієтотерапія, лікарські препарати та фізіотерапевтичні методи, ЛФК, масаж. Особлива роль належить ЛФК, яку призначають між нападами. **Основні завдання ЛФК:**

- відновлення врівноваженості процесів збудження і гальмування у корі великих півкуль головного мозку, гальмування патологічних кортико-вісцеральних рефлексів;

- зменшення бронхоспазму і покращення вентиляції легень;

- активізація трофічних процесів у тканинах;

- профілактика емфіземи легень;

- навчання подовженому видиху;

- зміцнення м'язів, що беруть участь в акті

дихання. **Форми ЛФК:** ЛГ, РГГ, дозовані

**прогулянки. Протипоказання до призначення**

**ЛФК:**

- астматичний статус;

- дихальна і серцева недостатність III ступеня;

- тахікардія понад 120 за 1 хв.;

- гарячка. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта.**

**Виявлення проблем пацієнта** Проблеми пацієнта: задишка, напади ядухи, виділення в'язкого мокротиння. Після нападу з метою полегшення відходження мокротиння та для профілактики застійних явищ, показані спеціальні дихальні вправи з повільним повним видихом. ЛФК застосовують між на- падами. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Курс ЛФК у стаціонарних умовах має різну тривалість, залежить від загального стану пацієнта, функціонального стану його кардіореспіраторної системи, особливостей клінічного перебігу бронхіальної астми, наявності супутніх захворювань, частоти нападів, віку. Умовно його поділяють, на *підготовчий і тренувальний періоди.*

**Лікарняний період реабілітації** Підготовчий період триває 2-3 доби, пацієнта ознайомлюють з його функціональними можливостями, навчають навичкам правильного дихання, поведінки при наблизенні нападу та під час нього. До комплексу процедур ЛГ включають прості гімнастичні вправи (згинання, розгинання, відведення, приведення її обертання кінцівок), які сприяють тренуванню екстракардіального кровообігу, підвищенню сили м'язів верхніх і нижніх кінцівок. Кожну вправу повторюють 4-5 разів, темп повільний, амплітуда середня. Вихідні положення: лежачи на спині з піднятим узголів'ям; стоячи; сидячи па стільці, спираючись на його спинку, у розслабленому стані, що сприяє кращій екскурсії грудної клітки і полегшує видих. Тривалість процедури ЛГ у підготовчому періоді становить 7-10 хв., метод проведення — індивідуальний або малогруповий. Тренувальний період триває 2-3 тиж., застосовують загальноорозвивальні вправи для всіх груп м'язів і суглобів, спеціальні і дихальні. До вправ попереднього періоду додають вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, для тулуба (повороти, нахили вперед і вбік), присідання. Поступово вводять вправи з обтяженням, із предметами і на тренажерах, дозовану ходьбу, рухливі ігри. З метою розслаблення м'язів застосовують спеціальні статичні та динамічні дихальні вправи, до яких належать:

- вправи з повільним повноцінним і подовженим видихом, які забезпечують більш повне видалення повітря з емфізематозно-розтягнутих альвеол через звужені бронхіоли та тренують діа-фрагму і м'язи черевного пресу, які беруть участь у здійсненні повного видиху;
- звукова гімнастика, яка збільшує фазу видиху та сприяє розслабленню спазмованих бронхів і бронхіол;
- вправи, які сприяють більш рідкому диханню, зменшують надлишкову вентиляцію легень;
- вправи, спрямовані на тренування м'язів, які беруть участь у видиху;
- дренажні. Пацієнта необхідно навчити дихати поверхнево, не роблячи глибоких вдихів, тому що глибокий вдих, подразнюючи рецептори бронхів, може призвести до збільшення



спазму. Після затримки дихання з тієї самої причини не слід робити глибокий видих, він має бути поверхневим. Спеціально відпрацьовуючи дихальні паузи у спокійному стані після неповного видиху, затримуючи дихання до появи неприємного відчуття нестачі повітря. Пацієнта навчають навичок оптимального дихання, за якого на вдиху передня черевна стінка живота випинається одночасно або з подальшим підніманням грудної клітки, а на видиху опускається, живіт утягується; привчають робити вдих і видих через ніс, використовуючи бронхорозширювальний ефект носоглоткового рефлексу; дихати ритмічно, а меншою частотою та з подовженим видихом. Особливу увагу слід приділяти дихальним вправам із вимовою звуків на видиху, які, спричиняючи тремтіння голосової щілини і бронхіального дерева (фізіологічний вібраційний масаж), приводять до зниження тону непосмугованої мускулатури бронхів. Найбільш придатними для вимови на видиху на перших заняттях є звуки «с», «з», «ш», «щ», потім — «ж», «р», «ф», «б», «у», «е», «і», «а», «о». Після опанування вимови на видиху окремих звуків, пацієнта навчають вимовляти звукосполучення з двох або трьох звуків («ша», «жу», «жр», «ау», «иу», «бру», «пру», «дра» та ін.). Заняття ЛГ доцільно поєднувати з масажем грудної клітки, що сприяє усуненню або зменшенню бронхоспазму, розслабленню м'язів плечового пояса, грудної клітки і збільшенню її рухливості, стимулює відходження мокротиння. Найбільш раціонально призначати масаж за 1,5-2 год. до процедури ЛГ тому, що завдяки масажу значно посилюються функціональні можливості респіраторної системи, що дозволяє повніше використовувати лікувальний і тренувальний вплив фізичних вправ. З появою провісників нападу астми пацієнту слід набути зручного положення, краще сидячи на стільці обличчям до його спинки, голову покласти на передпліччя рук, складених на спинці стільця. Одночасно необхідно максимально розслабити м'язи м'язи, м'язи спини, плечового пояса, передньої черевної стінки, діафрагми, нижніх кінцівок. Такі положення з розслабленням м'язів полегшують видих під час нападу ядухи завдяки збільшенню рухливості ребер, зменшують надлишкову вентиляцію легень і покращують бронхіальну прохідність.

### **Післялікарняний період реабілітації *Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації***

Після виписування зі стаціонару пацієнту рекомендують продовжити заняття ЛФК, які можна проводити у вигляді ЛГ, РГГ, самостійних занять за завданням, лікувальної ходьби, теренкуру. У

заняттях використовують загальнорозвивальні вправи для всіх груп м'язів із предметами і без предметів, на знаряддях з обтяженням, спеціальні статичні та динамічні дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів. Тривалість процедури ЛГ поступово збільшують до 30-35 хв.

**У період між нападами** рекомендують загальнорозвивальні фізичні вправи, які можна виконувати як без гімнастичних предметів, так і з різними гімнастичними предметами, на знаряддях; вправи, спрямовані на зміцнення м'язового корсету, формування правильної постави; спеціальні комплекси фізичних вправ, які сприяють збільшенню рухливості діафрагми, грудної клітки, поліпшують вентиляцію легень, збільшують силу дихальних м'язів і

бронхіальну прохідність, подовжують видих. Якщо бронхіальна астма перебігає з рідкими нападами, тривалою стійкою ремісією і незначними структурними змінами у легенях, можна також рекомендувати плавання, біг, веслування, катання на ковзанах, ходьбу на лижах та інші спортивно-прикладні вправи, елементи спортивних ігор. **Фізіотерапевтичні методи лікування:** інгаляція аерозолями (електроаерозолями), аероіонотерапія, спелеотерапія, інфрачервоне та ультрафіолетове опромінення, медикаментозний електрофорез, УФЧ-терапія, індуктотермія, мікрохвильова терапія, діадинамотерапія, хвойні, кисневі, вуглекислі ванни та ванни за Гауффе, обтирання, душ, купання, кліматолікування.

**Санаторний етап реабілітації Санаторно-курортне лікування** показане пацієнтам у період стійкої ремісії за відсутності вираженої дихальної, серцевої недостатності, у теплу пору року в місцевих профільних санаторіях та приморських і середньогірських кліматичних курортах (Південний берег Криму, Закарпаття). Призначають: ЛФК, фізіотерапію, масаж.

**Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення** При захворюваннях органів травлення вимикають зміни рухової, секреторної та всмоктувальної функцій. Патологічні процеси у різних відділах травної системи перебувають у найтіснішому взаємозв'язку між собою і зумовлені порушенням нервової регуляції. Покращення функціонального стану органів травлення пов'язане також з активним впливом фізичних вправ на перебіг трофічних процесів і регенерацію тканин: ліквідується запальний процес, покращується живлення стінок шлунка і кишок, швидше загоюються виразки і тріщини, підвищується функціональна здатність і опірність їх до механічних впливів та інфекції. Встановлено, що інтенсивне м'язове навантаження різко сповільнює нервову фазу шлункової секреції: зменшується загальна кількість шлункового соку, знижується його кислотність та іноді змінюється тривалість соковиділення. Механізм цих явищ залежить від центральних гальмівних впливів і перерозподілу крові, що відбуваються у момент м'язової діяльності. Навпаки, помірне фізичне навантаження (наприклад, спокійна ходьба) стимулює шлункову секрецію. Вплив фізичних вправ позитивно позначається і на моторній функції травного тракту. В етапно-відновному лікуванні пацієнтів із захворюваннями органів травлення застосовують такі **форми ЛФК:** ЛГ, РГГ, дозована ходьба і тренувально-оздоровчі заходи. Вибір форм і засопів ЛФК залежить від клінічної картини і періоду захворювання, функціональних можливостей організму пацієнта.

**Реабілітація пацієнтів із хронічним гастритом** У разі хронічного гастриту ЛФК є частиною комплексної терапії. Призначаючи ЛФК пацієнтам із хронічним гастритом, необхідно враховувати секреторну і моторну функцію шлунка, функціональний стан інших органів травної системи, ступінь компенсації патологічного процесу. **Завдання програми реабілітації:**

- зменшення і ліквідація наявних запальних змін, створення сприятливих умов для

репаративних процесів;

- стимуляція кроно та лімфообігу в органах черевної порожнини, покращення трофіки травного тракту;

- покращення і нормалізація секреторної та моторної функції шлунка;

- нормалізація нейрогуморальної регуляції процесів травлення;

- покращення психоемоційного стану пацієнта;

- підвищення неспецифічної опірності, нормалізація реактивності організму;

- адаптація до фізичних навантажень, відновлення рухової активності. Лікування і реабілітація при захворюваннях органів травлення має комплексний характер: руховий режим, медикаментозне лікування, дієтотерапія, вживання мінеральної води, фізіотерапія, ЛФК і масаж. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта.**

**Виявлення проблем пацієнта** Дійсні та потенційні проблеми пацієнта: нудота, зниження апетиту, періодичний біль, відчуття тяжкості у надчеревній ділянці, печія, діарея, закріп, погрішності у дієті, метеоризм, при- гніченість, дратівливість. Об'єктивне обстеження:

- колір і вологість шкіри;

- температура тіла;

- ритм, частота і глибина дихальних рухів;

- АТ, пульс;

- розмір живота (збільшений в об'ємі, вздуття, напруженість, болючість під час пальпації).

**Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** *Протипоказання до призначення ЛФК:*

- виражений больовий синдром;

- нудота;

- блювання. У перші дні використовують загальнозміцнювальні вправи (переважно для кінцівок) у поєднанні з дихальними. Не слід виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, щоб не спровокувати загострення. У разі вираженого загострення хронічного гастриту ЛФК не застосовують.

*Лікарняний період реабілітації*

ЛФК проводять у кілька етапів:

- щадний режим – протягом 2 тиж.;

- тонізувальний режим протягом 1 тиж., у разі гіпоацидного гастриту у фазі нестійкої ремісії;

- тренувальний режим – до виписування пацієнта. Методика ЛФК при хронічному гастриті залежить від характеру секреторної діяльності. У разі хронічного гастриту з нормальною або підвищеною секреторною функцією шлунка вправи ЛГ виконують у повільному темпі, ритмічно, обов'язково у поєднанні з дихальними вправами і вправами для розслаблення м'язів після вживання мінеральної води (лужанська, поляна квасова) до споживання їжі (1-1,5 год.) Поступово включають вправи з більшим навантаженням: для середніх і великих груп м'язів із значною кількістю повторень, махові рухи, вправи з предметами. Протягом усього курсу лікування навантаження па м'язи черевного просу повинно бути обмежене, щоб не стимулювати шлункову секрецію. Тривалість занять 30-40 хв. ЛФК поєднують з електрофорезом спазмолітиків та знеболювальних засобів, водними та тепловими процедурами (озокерит, солюкс на надчеревну ділянку), фракційне УФО надчеревної ділянки через локалізатор. За наявності хронічного гастриту зі зниженою секреторною функцією навантаження має бути помірним. ЛГ проводять за год. до їди, що стимулює шлункову секрецію. Для підвищення ефекту за 20-30 хв. до споживання їжі вживають мінеральну воду (миргородська, нарзан кримський). Комплекси ЛГ включають загальнорозвивальні вправи із невеликою кількістю повторень і обмеженою амплітудою рухів згідно з руховим режимом, а також ігри малої та середньої рухливості. Призначають також спеціальні вправи: для м'язів черевного пресу (кількість вправ збільшують із настанням ремісії): статичні; динамічні; дихальні; ускладнені види ходьби. Крім процедури ЛГ, рекомендуються прогулянки, пішохідні екскурсії, плавання, катання на лижах, ковзанах. Разом із фізичними вправами або як самостійну процедуру проводять масаж передньої черевної стінки за ходом годинникової стрілки, використовуючи прийоми погладження, розтирання і розминання.

## **Післялікарний період реабілітації**

**Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації** ЛФК застосовують з урахуванням особливостей секреторної функції шлунка, супутніх захворювань, які обмежують фізичну активність пацієнта. Тривалість занять ЛГ 35-40 хв. Із фізіо-терапевтичних методів для нормалізації секреторної та моторної функцій шлунка призначають теплові процедури солюкс, зігрівальний компрес, індуктотермію, грязеві аплікації, медикаментозний електрофорез. У період субкомпенсації та компенсації призначають вживання гідрокарбонатно-натрієвої, гідрокарбонатно-сульфатно-натрієвої мінеральної води (боржомі, поляна пасова) та бальнеологічні курорти (Трускинець, Миргород).

**Реабілітація пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки** У пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки ЛФК застосовують у період затихання загострення. **Завдання програми реабілітації:**

- нормалізація діяльності ЦНС і відновлення порушених кортико-вісцеральних зв'язків;
  - покращення кровообігу, окисно-відновних процесів, зменшення і ліквідація місцевих запальних явищ;
- стимуляція трофічних і репаративних процесів у шлунку і дванадцятипалій кишці;
- усунення порушень функції органів травлення, що виникає при виразковій хворобі;
  - покращення психоемоційного стану пацієнта. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Дійсні та потенційні проблеми пацієнта: біль у надчеревній ділянці, нудота, печія, відрижка кислим, схильність до закрепення. Об'єктивні дані: блідість шкіри, зниження маси тіла, артеріальна гіпотензія.

**Протипоказання до призначення ЛФК:**

- інтенсивний біль;
- багаторазове блювання;
- постійна нудота;
- кровотечі;
  - підозра на перфорацію або пенетрацію. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Реабілітаційна програма: руховий режим, дієтотерапія, медикаментозна терапія, засоби фізичної реабілітації ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж. **Лікарняний період реабілітації** ЛФК призначають після затухання гострих проявів захворювання на 5-10-у добу після госпіталізації. **Розширений постільний режим.** Використовують прості гімнастичні вправи для малих і середніх груп м'язів із невеликою кількістю повторень у положенні лежачи і сидячи. Рухи у великих суглобах варто виконувати спочатку з укороченим важелем і невеликою амплітудою у полегшених вихідних положеннях. Показані статичні дихальні вправи, які посилюють процеси гальмування у корі головного мозку; їх виконують у вихідному положенні лежачи на спині з розслабленням усіх груп м'язів. Ці вправи можуть спричинити у пацієнта сонливість, сприяють зменшенню болю, диспепсичних розладів, нормалізують сон. Виключають вправи для м'язів черевного пресу і будь-які вправи, які призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску. Проте вже на перших заняттях необхідно навчати пацієнта черевному диханню при невеликій амплітуді коливань черевної стінки. Тривалість занять — 10-15 хв. **Палатний режим.** Усі вправи виконують із поступово зростаючим зусиллям для всіх груп м'язів (за винятком м'язів черевного пресу), з неповною амплітудою, у повільному і середньому темпі. Вихідні положення — лежачи, сидячи, стоячи на колінах. Вправи для корпусу, які спричиняють напруження м'язів передньої черевної стінки, слід використовувати з великою обережністю: допускаються короткочасні легкі та неповні повороти тулуба, піднімання таза у положенні лежачи на спині при зігнутих ногах, піднімання

грудної клітки з опорою на лікті. Поступово (під суворим контролем) поглиблюється діафрагмальне дихання. Пацієнта вчать вольовому керуванню дихальними рухами, спрямованими на збільшення тривалості дихальних фаз та інтервалів між ними, що сприяє активізації окисно-відновних процесів і підвищенню тону всього організму. У разі уповільнення евакуаторної функції шлунка до процедур ЛГ необхідно включати вправи у положенні пацієнта лежачи па правому боці, при помірній – на лівому боці. Виключають повні розгинання, різкі повороти і нахили тулуба убік, підняття і відведення прямих ніг, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску. У цей період пацієнтам рекомендовані масаж, малорухливі ігри, ходьба у повільному темпі. Тривалість заняття ЛГ — 20 хв. **Вільний руховий режим.** Загальнорозвивальні вправи урізноманітнюють, збільшують кількість їх повторень. Вправи для всіх груп м'язів зі зростаючим зусиллям виконують із різних вихідних положень (щадять ділянку живота). Заняття з ЛГ включають вправи з невеликими обтяженнями (до 1-1,5 кг), більш складні координаційні вправи (поєднання рухів рук і ніг, рук і корпусу), дозовану ходьбу, вправи з м'ячем, рухливі ігри. Призначають більше вправ для м'язів черевного пресу, що поєднують із дихальними вправами і вправами на розслаблення. Діафрагмальне дихання періодично здійснюють з максимальною глибиною. Інтенсивність навантаження — середня. Тривалість занять ЛГ — 20-25 хв. Щоб уникнути загострення, фізичне навантаження збільшують обережно, з урахуванням реакції пацієнта на попередні процедури лікувальної гімнастики. Поява болю в ділянці живота потребує зниження навантаження. Важливу роль відіграють вправи прикладного характеру, їх включають у режим дня. Такі вправи дозволяють підвищити емоційний рівень пацієнтів, відновити адаптацію до фізичного навантаження. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Післялікарняний період реабілітації** *Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації*  
Застосовують ЛГ, РГГ, теренкур, прогулянки, плавання, катання на велосипеді, спортивні ігри. Комплекс ЛГ включає вправи для всіх груп м'язів, а також вправи па координацію, з предметами, невеликим обтяженням. Усі рухи виконують у повільному і середньому темпі з повною амплітудою. Тривалість занять – 30-40 хв. Фізіотерапевтичні методи: магнітотерапія, медикаментозний електрофорез, озокерито- та парафінолікування. Призначають вживання мінеральних вод (боржомі, поляна квасова, моршинська); водолікування (вуглекислі, радонові ванни).

### **Завдання для студента Відповісти на запитання письмово:**

1. Які етапи медико-соціальної реабілітації пацієнтів із захворюваннями внутрішніх органів? 2. Яка роль фізичних чинників у комплексі

лікувально-профілактичних заходів? 3. Які принципи оцінювання стану пацієнта перед проведенням реабілітаційних

процедур, під час і після їх виконання? 4. Які фізіотерапевтичні методи реабілітації терапевтичних пацієнтів? 5. Які методи ЛФК застосовують при захворюваннях органів травлення? 6. Які правила оформлення медичної та медсестринської документації?

**Вирішити тести:** 1. Типи реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження:

А. Нормостенічний, астенічний, гіперстенічний, дистонічний, атонічний В. Нормотонічний, гіпотензивний, гіпертензивний, дискінетичний С. Нормотонічний, астенічний, гіпертензивний, дистонічний, східчастий D. Астенічний, гіпертензивний, дискінетичний, східчастий Е. Нормостенічний, атонічний, гіпертонічний, східчастий, дискінетичний

2. Які особливості методики ЛФК при захворюваннях органів жихання?

А. Застосування спеціальних дихальних вправ. В. Застосування коригувальних вправ. С. Застосування вправ на координацію рухів.

3. З яких частин складається заняття лікувальною гімнастикою?

А. Основної, заключної та спеціальної. В. Вступної, основної та заключної. С. Передньої, основної та заключної.

4. Де проводять санаторний етап реабілітації у хворих на інфаркт міокарда?

А. У лісовому кардіологічному санаторії.

В. У приморському санаторії. С. У бальне опитному санаторії. D. У середньо гірському санаторії

5. Які вправи сприяють відходженню мокротиння із бронхів?

А. Ізометричні. В. Ізотонічні. С. Динамічні дихальні дренажні. D. Загальнорозвивальні.

6. Які випромінювачі застосовують для контактного впливу в разі мікрохвильової терапії?

А. прямокутний розміром 16 x 35 см;  
В. циліндричний діаметром 40 мм;  
С. циліндричний діаметром 100 мм;  
D. прямокутний розміром 5 x 30 см.

7. Який апарат застосовують для отримання змінного магнітного поля?

А. «Полюс-1»;  
В. «Искра-1»;  
С. «Луч-2»; D. «ИКВ-4».

8. Які апарати експлуатують в екранованих кабінах?

А. «Луч-59»; В. «Ромашка»; С. «Луч-2»; D. «УВЧ-66».

9. Вкажіть, які з перелічених пристосувань використовують для проведення індуктотермії?



А. конденсаторні пластини;  
В. індуктор-диск; С.  
індуктор-кабель; D.  
випромінювач.

10. Вкажіть, у якому виді електролікування застосовують вакуумні електроди?

А. індуктотермії; В.  
УВЧ-терапії; С.  
магнітотерапії; D.  
дарсонвалізації.

11. Вкажіть протипоказання до УВЧ-терапії:

А. гарячковий стан; В. системні захворювання крові; С. злоякісні пухлини; D. після інфекційний інфільтрат.

12. Вкажіть показання до проведення дарсонвалізації:

А. сверблячі дерматози; В. випадіння волосся; С.  
хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок;  
D. піодермія.

13. Вкажіть протипоказання до проведення магнітотерапії:

А. гіпотонія; В. артроз колінних суглобів; С.  
хронічний аднексит; D.  
остеохондроз.

14. Наявність електричного поля під час проведення процедури УВЧ-терапії визначають за допомогою:

A. неонові лампочки; В.  
сантиметрової стрічки; С.  
термометра; D.  
процедурного годинника.

15. Що таке первинна профілактика?

A. запобігання захворюванням; В.  
запобігання рецидивам; С. запобігання  
загостренню хвороби; D. запобігання  
ускладненням.

16. Які природні фактори використовують для  
профілактики?

A. лікувальну грязь;  
В. сонце; С. повітря;  
D. воду.

17. Які з названих преформованих факторів використовують для  
фізіопрофілактики?

A. ультразвук; В.  
ультрафіолетові промені;  
С. інфрачервоні промені;  
D. струми ультрависокої  
частоти.

18. Для профілактики яких захворювань у дітей використовують специфічну  
дію загального ультрафіолетового опромінення?

A. рахіту; В.  
скарлатини; С.  
кору; D.  
кашлюку.

19. Які речовини рослинного походження, що містять фітонциди,

використовують в інгаляціях для профілактики грипу?

- A. обліпихову олію; В. сік часнику; С. відвар листків підбілу (мати-й-мачухи);
- D. настій кореня іпекакуани.

20. Які методи ультрафіолетового опромінення застосовують з метою профілактики?

- A. загальні групові; В. загальні індивідуальні; С. місцеві на ділянку рани; D. місцеві за сегментарним типом.

21. До якого рівня слід доводити температуру води при звичайних формах загартовування?

- A. 37-38 C;
- B. 32-35 C;
- C. 20-25 C;
- D. 10-15C.

22. Назвіть показання до проведення загартовування?

- A. гострий бронхіт; В. загальне виснаження організму; С. частя респіраторні інфекції в організмі; D. рахіт.

**Вирішити задачі: Задача 1.** Пацієнтку із виразковою хворобою шлунка, якій знаходиться на постільному режимі, призначено лікувальну фізкультуру. ✓ Які форми проведення лікувальної фізкультури потрібно застосувати?

**Задача 2.** Під час виконання дихальних вправ пацієнт із бронхіальною астмою розводить руки, втягує передню черевну стінку, роблячи вдих. ✓

Прокоментуйте правильність виконання вправ.

**Задача №3** Хворому з діагнозом «Хронічний гастрит» призначено УВЧ-терапію та електрофорез. Яка послідовність процедур?

**Задача №4** Опишіть методику процедури НВЧ-терапії при гіпертонічній хворобі І стадії (апарат «Луч-58»).

**Примітка:** **Напишіть на аркуші паперу своє прізвище, групу, бригаду, тему заняття. Відповівши на питання, тести та задачі, СФОТОГРАФУЙТЕ ВАШУ РОБОТУ і відправте на електронну адресу: [kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)**

Консультавання студентів з даного предмета за телефоном:  
**+38-050-82-575-30** щопонеділка та щоп'ятниці з 9.00 до 11.00

**Дата:** .04-05.2020 р. **Група:** 4Г ЛС, І бригада **Предмет:** Медична та соціальна реабілітація **Тема:** №5 - Реабілітація пацієнта з хірургічними захворюваннями

**ПІБ викладача:** Корнієнко Олексій Петрович

**Завдання для студента для проходження дистанційного заняття**

1. Вивчити конспект лекції (підручник «Медична та соціальна реабілітація», автори

С.С. Сапункова, Л.О. Піц, стор. 218-227, 235-238). 2. Відповісти на запитання письмово. 3. Вирішити тести та задачі. 4. Сфотографувати та відправити на електронну пошту, слідуєчої адреси:

**[kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)**

***Конспект лекції, запитання, тести та задачі***

**додаються.**

## **Лекція на тему «Реабілітація пацієнтів із хірургічними захворюваннями»**

**Реабілітація пацієнтів після оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини** Унаслідок проведення складних та травматичних оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини можуть спостерігатися ранні та пізні післяопераційні ускладнення. Вони зумовлені реакцією організму на операційну травму та наркоз, вимушеним горизонтальним положенням пацієнта, його малою активністю, поверхневим диханням. Хірургічні операції та ушкодження супроводжуються механічною і психічною травмою та сильним болем, що призводить до порушення функцій життєвоважливих органів та систем організму. Ці зміни можуть спричинити інші ускладнення — тромбоемболію, пневмонію, ателектази, атонію і парез шлунка і кишок, метеоризм, затримання випорожнень і сечовипускання, утворення інфільтратів. У пізній післяопераційний період можливими ускладненнями є спайкові процеси у черевній порожнині, гіпостатична пневмонія. Вони значно обтяжують загальний стан пацієнта і стають однією із причин довготривалого перебування його у лікарні. Серед заходів, спрямованих на зменшення кількості можливих ускладнень, значну роль відіграє застосування реабілітаційних заходів: лікувально-охоронного режиму, фізіотерапевтичних процедур, ЛФК та масажу, санаторно-курортного лікування. У сукупності лікувальних заходів медичної реабілітації щодо запобігання ускладнень, відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності пацієнтів фізична реабілітація застосовується у всіх її періодах. Фізіотерапію застосовують не тільки після операції, а й під час підготовки пацієнтів до планових хірургічних втручань. Її основна мета – це корекція змін в організмі, які спричинені хворобою, профілактика післяопераційних ускладнень, підвищення емоційного і загального тону організму. **Медсестринське обстеження та оцінюваний стану здоров'я пацієнта.** **Виявлення проблем пацієнта** Проблеми пацієнта визначаються основним захворюванням. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуального плану реабілітації** У разі планування оперативних втручань на органах грудної порожнини (захворювання легень, серця) у передопераційний період застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. ЛФК проводять згідно із призначеним руховим режимом (напівпостільним чи вільним). Крім завдань, спрямованих на лікування основного захворювання, ставлять конкретні завдання, що зумовлені майбутнім хірургічним втручанням: підвищення нервово-психічного і загального тону пацієнта, створення у нього впевненості в успіху операції; зміцнення його фізичних сил; розкриття резервних можливостей; стимуляція функцій організму. ЛФК використовують у формі ЛГ, яку проводять індивідуально або у малих групах, РГГ, лікувальної ходьби. Пацієнта навчають прийомам малоболючого відкашлювання, техніки повертання на бік, піднімання таза у положенні

лежачи на спині, тренують черевний тип дихання, зміцнюють дихальні м'язи, засвоюють вправи та прикладні рухові навички, які будуть потрібні пацієнту в ранній післяопераційний період. **Лікувальний масаж** застосовують з метою підвищення загального тонусу і зміцнення організму, покращення діяльності внутрішніх органів. Проводять масаж кінцівок. Використовують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони грудних (Т12—Т1) та шийних (С7—С3) спинномозкових сегментів. **Фізіотерапевтичні процедури** спрямовані на покращення функціонального стану ЦНС та інших систем організму пацієнта, стимуляцію його імунних і реактивних сил, санацію вогнищ хронічної інфекції, запобігання післяопераційним ускладненням. Призначають мікрохвильову терапію на ділянку легень, УФО, УВЧ терапію ділянки шийних симпатичних вузлів, електросон, аероіонізацію, душ дощовий температурою 34-35°C, хвойні, кисневі, перлинні ванни. Процедури, особливо ті, що мають теплову дію, припиняють за 2-3 дні до операції, щоб запобігти посиленню капілярної кровотечі під час хірургічного втручання. Особливе значення має застосування аероіонотерапії для підготовки органів дихання до наркозу. **У лікарняний післяопераційний період** призначають ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури. Інші засоби фізичної реабілітації — механотерапію і працетерапію — використовують, переважно, у післялікарняний період реабілітації разом із вищезгаданими заходами. ЛФК призначають через кілька годин після операції і проводять згідно із призначеним руховим режимом (суворим постільним, напівпостільним і вільним). Лікувальний масаж призначають на 1-2-у добу після операції з метою (сприяння відходженню мокротиння, підвищення тонусу дихальних м'язів, покращення легеневої вентиляції, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів, запобігання розвитку пневмонії, ателектазу, тромбоемболії та інших післяопераційних ускладнень, зменшення больових відчуттів, покращення загального тонусу. Застосовують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони поперекових (L5—L2), грудних (Т12—Т1) і шийних (С7—С3) спинномозкових сегментів. Роблять масаж спини і грудної клітки, використовуючи легкі погладження, розтирання, розминання, вібрацію, постукування. **Фізіотерапевтичні процедури**, які застосовують з першого дня після операції, спрямовані на запобігання виникненню інфекційних ускладнень, зменшення болю, стимуляцію кашльового рефлексу, покращення бронхіальної прохідності та легеневої вентиляції, профілактику післяопераційних ускладнень, активізацію лімфо- і кровообігу, регенеративних процесів. Застосовують УФО ділянки шва, інгаляції аерозолів і електроаерозолів із знеболювальними та відхаркувальними лікарськими засобами, електрофорез новокаїну, діадинамо- та УВЧ-терапію, солюкс, кисневу та мікрохвильову терапію, електростимуляцію м'язів. **У віддалений післяопераційний період** ЛФК проводять у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці згідно з призначеним щадним, щадно-тренувальним і тренувальним режимом. Завдання ЛФК: підвищення нервово-психічного і загального тонусу пацієнта; збільшення функціональної здатності серцево-судинної та дихальної систем; стабілізація постійних компенсаторних процесів; зміцнення м'язів тулуба; ліквідація порушень постави; адаптація до

поступового збільшення фізичних навантажень; підготовка до навантажень побутового та виробничого характеру. До комплексів ЛГ включають вправи з предметами, опором. Застосовують РГГ, лікувальну ходьбу, теренкур, рухливі і спортивні ігри за спрощеними правилами, близький туризм. Тривалість занять ЛГ у щадний період маг становити 20-25 хв., щадно-тренувальний — 25-30 хв., тренувальний — 30-40 хв. **Лікувальний масаж** спрямований на ліквідацію залишкових явищ після операції, нормалізацію скоротливої здатності та тону м'язів. Використовують сегментарно-рефлекторний, місцевий і загальний масаж, підводний душ-масаж. **Фізіотерапевтичні процедури** призначають для нормалізації нервово-психічного етапу пацієнта, покращення діяльності серцево-судинної та дихальної систем, зміцнення ослаблених м'язів, підвищення захисних сил організму, загартування, сприяння відновленню працездатності. Застосовують електрофорез із бромом на комірцеву зону, електросон, електроаерозольтерапію, електростимуляцію м'язів, водні процедури (хвойні, кисневі, вуглекислі та радонові ванни, обліпи.....я, обтирання, душ), повітряні та сонячні напни, кліматолікування. **Працетерапія** має певні особливості, які пов'язані не тільки з ефективністю хірургічного лікування, а й зі станом працездатності, що була у пацієнта до втручання. Так, особи, яких оперували з приводу набутих вад серця ревматичного походження, у своїй більшості хворіли давно і протягом багатьох років були інвалідами, не набули або втратили професійну працездатність і кваліфікацію. Тому їх слід навчати професії чи відновлювати виробничі навички та працездатність. Працездатність відновлюється орієнтовно в такі терміни: ніс ш оперативного втручання на легенях через 2-6 міс, з приводу ішемічної хвороби серця — 2-3 міс, набутих вад серця — 6-12 міс, природжених вад серця — 1-3 міс. Пацієнтам, яких оперували за екстремними показаннями з приводу ушкодження органів грудної порожнини, призначають фізичну реабілітацію у тому самому обсязі, що й особам, яким проводились планові втручання. Однак розширення рухової активності у перших здійснюється швидше порівняно з пацієнтами, яких оперували у плановому порядку, тому що в останніх загальний стан суттєво обтяжувався тривалою хворобою та супутніми захворюваннями. Для закріплення успіху оперативного втручання, стабілізації постійних компенсаторних процесів, підтримання функціонального стану організму і фізичної працездатності, пацієнтам слід періодично лікуватися у санаторіях відповідного профілю. Рекомендовано кліматичні (переважно місцеві) курорти, розташовані у рівнинній, лісовій зоні; деяким пацієнтам показано лікування на курортах у передгір'ях Карпат та Закарпатті. У разі планування оперативних втручань **на органах черевної порожнини у передопераційний період** застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури. **ЛФК** проводять відповідно до призначеного напівпостільного або вільного режиму. Завдання ЛФК: підвищення загального тону організму; покращення емоційного стану пацієнта, формування у нього впевненості в успішності операції; зміцнення фізичного стану, розкриття резервних можливостей організму пацієнта; стимуляція функцій серцево-судинної, дихальної, травної систем; навчання і тренування грудному типу дихання, прийомам підшпилювання;

засвоєння вправ і прикладних рухових навичок раннього післяопераційного періоду. ЛФК застосовують у формі ЛГ, яку проводять індивідуально, чи в малих групах, РГГ, лікувальної ходьби. **Лікувальний масаж** використовують з метою підвищення загального тону організму. Використовують класичний масаж. **Фізіотерапевтичні процедури** спрямовані на покращення функціонального стану нервової та інших систем організму, запобігання післяопераційним ускладненням. З метою профілактики пневмонії, бронхіту призначають мікрохвильову терапію на ділянку легень, аероіонізацію обличчя дихальних шляхів, загальне УФО, а для запобігання парезу кишків та їх здуття опромінюють ділянку живота, за показаннями проводять підводно-кишкові промивання та гідроклонотерапію. Показані також душ дощовий температурою 34-35 °С, електросон, УВЧ-терапія ділянки шийних симпатичних вузлів та дарсонвалізація бічних поверхонь шиї для зменшення ймовірності виникнення післяопераційної гикавки. **У післяопераційний період** застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури. ЛФК використовують з перших годин після операції і проводять відповідно до призначеного рухового режиму. Протипоказання до призначення ЛФК, крім загальних:

- різкий біль в операційній рані;
- небезпека відновлення кровотечі;
- наявність недренованих абсцесів у черевній порожнині;

• порушення ритму серцевої діяльності. ЛГ призначають через 1-2 год. після оперативних втручань, проведених під місцевим знеболюванням і через кілька годин після загального наркозу. Гімнастичні комплекси складаються з дихальних вправ, рухів кінцівками з обмеженою амплітудою у повільному темпі. Дозволяють почергово згинання та розгинання ніг, не відриваючи п'яток від ліжка. Тривалість заняття – 5-8 хв. Під час вставання та ходьби слід звертати увагу пацієнта на правильну поставу, що зумовлює нормальне положення внутрішніх органів, зменшує ймовірність внутрішньочеревних спайок або сприяє їх розтягненню. Заняття ЛГ проводять у кабінеті ЛФК у групі по 3-4 особи. Комплекси ЛГ ускладнюють за рахунок збільшення загальнорозвивальних вправ, амплітуди рухів і тривалості заняття до 12-17хв. Використовують самостійні заняття 5-6 разів на добу, лікувальну ходьбу 100- 150 м, малорухливі ігри. Вільний режим триває, до виписування пацієнта зі стаціонару, призначають його в наступні терміни: після апендектомії — з 6-8-ї доби; після резекції шлунка, ушивання перфоративної ви- разки — з 10-12-ї доби; після холецистектомії, хірургічних втручань на кишках у ослаблених пацієнтів та з ускладненим перебігом післяопераційного періоду з 12-15-ї доби. Завдання ЛФК: ліквідація залишкових явищ після оперативних втручань і нормалізація функції органів травлення; адаптація серцево-судинної і дихальної систем до помірно зростаючого фізичного навантаження; покращення загального функціонального стану; підготовка пацієнта до навантажень



побутового характеру. Рухи грудної клітки та передньої черевної стінки, збільшення екскурсії діафрагми діють на внутрішні органи, посилюють кровообіг і зменшують застійні явища у них, рефлекторно підвищують евакуаторну та секреторну функцію травного тракту. Вони сприяють більш швидкій нормалізації функції кишок, зменшують можливість утворення внутрішньопорожнинних спайок та сполучнотканинних зрощень. Застосування ЛФК у цьому режимі починають з РГГ у палаті, далі пацієнт займається протягом 15-20 хв. ЛГ у спеціалізованому кабінеті, на свіжому повітрі. Комплекси ЛГ включають вправи для всіх груп м'язів, які виконують з різних вихідних положень у помірному і середньому темпі. Використовують гімнастичні прилади, вправи з обтяженням та опором. Протягом дня пацієнт кілька разів виконує самостійні завдання, ходить по 20-30 хв. 2-3 рази на день у повільному і середньому темпі, може займатися настільними та малорухливими іграми. **Лікувальний масаж** призначають з першої доби з метою зменшення застійних явищ у легенях, покращення їхньої дренажної функції та вентиляції, сприяння відходженню мокротиння, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів, запобігання післяопераційним ускладненням. Використовують сегментарно-рефлекторний масаж, діючи на паравертебральні зони крижових (S5—S2), поперекових (L5—L1), нижньогрудних (T12-T7) спинномозкових сегментів. Рекомендуються погладжування, розтирання, легка вібрація та ніжні поплескування грудної клітки, особливо з боку спини. Виконують стискання грудної клітки, струшування та розтягнення. **Фізіотерапевтичні процедури** використовують одразу після операції та у наступні дні з метою запобігання виникненню післяопераційних та інфекційних ускладнень, зменшення болю, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів. Застосовують УФО ділянки шва, магнітотерапію, діадинамотерапію, інгаляції аерозолей і електроаерозолей зі знеболювальними та відхаркувальними засобами, електрофорез з лікарськими препаратами, які зменшують згортання крові, а також електростимуляцію литкових м'язів та електросон. Перед виписуванням пацієнтам рекомендують повітряні та сонячні ванни, обтирання, обливання водою, переважно індиферентної температури. **У післялікарняний період** реабілітації застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію. У віддалений післяопераційний період особи, які перенесли апендектомію, продовжують лікування у поліклінічних чи домашніх умовах, а в разі проведення операцій з приводу захворювань шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, нирок їх направляють у спеціалізовані санаторії. ЛФК застосовують для відновлення функції оперованого органа і системи в цілому, зміцнення м'язів тулуба та живота, тренування серцево-судинної і дихальної систем, відновлення працездатності пацієнта. До комплексу ЛГ включають вправи для всіх груп м'язів із предметами та без них, з обтяженням і опором, на рівновагу, координацію та коригувальні. Окрім ЛГ та РГГ використовують ходьбу, теренкур, спортивно-прикладні вправи, гідрокінезотерапію, заняття на тренажерах, близький туризм. **Лікувальний масаж** призначають для покращення загального тону організму, еластичності м'язів і рухливості післяопераційного рубця, підвищення функціонального стану та сприяння скорішому

поверненню до праці. Застосовують загальний і місце вий класичний масаж, підводний душ-масаж, вакуумний масаж. **Фізіотерапевтичні процедури** призначають для стимулювання функції нервової, серцево- судинної, дихальної та травної систем, підвищення захисних сил і загартування організму. Використовують електросон, хвойні, кисневі, вуглекислі ванни, обливання, обтирання, душ, повітряні та сонячні ванни, кліматолікування. **Працетерапію** застосовують для підвищення нервово-психічного та фізичного тону пацієнта. Добирають види трудової діяльності, які відновлюють загальну і професійну працездатність. Однак протягом перших 2 міс. після перенесеної апендектомії пацієнтам не рекомендується піднімати важкі речі, а особам, які перенесли операції па шлунку, печінці, а також із приводу гриж (особливо, післяопераційних), слід протягом 6-12 міс. уникати важкої фізичної праці. Пацієнтам, які оперовані за екстреними показаннями з приводу забою та поранення черевної порожнини, розширення рухового режиму, застосування ЛФК і лікувального масажу затримує ті, ся через тяжчий стан, порівняно з особами, яким хірургічне втручання проводилось у плановому порядку. Пацієнтам, які перенесли операції з приводу захворювань травної сік "теми, для стабілізації її функцій, підтримання загального стану та працездатності показане профільне санаторне ліку- вання. Рекомендовано курорти Трускавець, Моршин, Поляна, Свалява, Миргород. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

### **Завдання для**

#### **студента Відповісти на запитання письмово:**

1. Які реабілітаційні заходи застосовують при ушкодженнях грудної клітки, органів черевної порожнини?
2. Які показання та протипоказання до призначення комплексу реабілітаційних заходів у ранній та пізній післяопераційний період?
3. Як проводять реабілітацію пацієнтів після оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнини?

**Вирішити тести:** 1. Показанням до проведення ЛФК при ураженнях периферичних нервів є:

- A. Порушення чутливості.
- B. Порушення рухових функцій.
- C.

Трофічні розлади. D.  
Вегетативні порушення.

2. Після оперативного втручання з приводу вади серця зі збільшенням легеневого кровообігу (тетрода Фалло) у перші дні призначають вправи:

- A. Активні для дистальних відділів кінцівок.
- B. Активні для проксимальних відділів кінцівок.
- C. Ізометричне напруження м'язів кінцівок.
- D. Пасивні рухи у кінцівках.

3. Протипоказанням до призначення ЛФК при травмах периферичних нервів є:

- A. Активний запальний процес.
- B. Інтенсивний біль.
- C. Відсутність чутливості.
- D. Параліч м'язів.
- E. Негативна установка пацієнта на заняття.

4. Після хірургічних втручань на органах черевної порожнини слід обмежити вправи:

- A. Пов'язані із напруженням м'язів передньої черевної стінки.
- B. Пов'язані із напруженням м'язів кінцівок.
- C. Дихальні.
- D. Ритмопластичні.

5. При виконанні такого прийому масажу, як прогладжування, напрямок рухів

має бути: A. у напрямку току лімфи;

- B. проти напрямку току лімфи;
- C. за ходом нервових суглобів;
- D. за ходом вен.

6. Основні прийоми розтирання – це:

- A. штрихування;

В. стругання; С.  
пиляння; D.  
постукування.

7. Основні прийоми розминання:

A. валяння; B.  
накочування;  
C. розгладжування;  
D. розтягування.

8. Основні прийоми вібрації:

A. розтирання; B.  
пунктування; C.  
постукування; D.  
поплескування.

9. У разі локальних набряків проводиться масаж за такою методикою:

A. відсмоктувальною; B.  
місцевою; C.  
рефлекторно-сегментарною;  
D. точковою.

10. Механізм дії ЛФК:

A. тонізуючий; B.  
нормалізує функції; C.  
формує компенсації; D.  
трофічний.

11. Методичні прийоми дозування фізичного навантаження полягають у такому:

A. вибір вихідного положення і тривалість  
заняття; B. характер і кількість фізичних вправ;

С. амплітуда і темп рухів; D. використання дихальних вправ і масажу.

12. На стаціонарному етапі лікування призначають рухові режими:

А. ліжковий; В. вільний; С. ближній туризм; D. палатний.

13. На стаціонарному етапі призначають ігри:

А. малорухові; В. спортивні; С. рухливі; D. елементи спортивних ігор.

14. Вихідне положення пацієнта на ліжковому режимі може бути:

А. лежачи на спині;  
В. лежачи на боці;  
С. сидючи на ліжку;  
D. стоячи.

15. До основних засобів ЛФК належать:

А. фізичні вправи;  
В. трудотерапія; С. механотерапія; D. природні фактори навколишнього середовища.

16. Визначте, що з переліченого вважається основною формою проведення ЛФК:

А. теренкур; В. ближній туризм; С. процедура (заняття) лікувальною гімнастикою; D. ранкова

гігієнічна гімнастика.

17. Заняття лікувальною гімнастикою з пацієнтами може проводити:

А. медсестра-інструктор з ЛФК; В. маніпуляцій на медсестра; С. старша медсестра; D. палатна медсестра.

**Вирішити задачі: Задача 1.** Пацієнт знаходиться у тора кальному відділенні після оперативного втручання з приводу бронхоектатичної хвороби, післяопераційні ускладнення відсутні.

✓ Який руховий режим необхідно призначити пацієнту, якщо після операції минуло 4 доби?

**Задача 2.** Пацієнту після оперативного втручання з приводу вади серця було призначено ЛГ для покращення легеневого кровообігу.

✓ Які вправи порекомендуєте?

**Задача №3** До якої процедури належить внутрішнє застосування мінеральних вод?

**Примітка: Напишіть на аркуші паперу своє прізвище, групу, бригаду, тему заняття. Відповівши на питання, тести та задачі, СФОТОГРАФУЙТЕ ВАШУ РОБОТУ і відправте на електронну адресу: [kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)**

**Консультування студентів з даного предмета за телефоном: +38-050-82-575-30 щопонеділка та щоп'ятниці з 9.00 до 11.00**

**Дата:** .04-05.2020р. **Група:** 4Г ЛС, I бригада **Предмет:** Медична та соціальна реабілітація **Тема:** Ноб - Реабілітація пацієнта з неврологічними захворюваннями

**ПІБ викладача:** Корнієнко Олексій Петрович

**Завдання для студента для проходження дистанційного заняття**

1. Вивчити конспект лекції (підручник «Медична та соціальна реабілітація», автори

С.С. Сапункова, Л.О. Піц, стор. 218-219, 227-238). 2. Відповісти на запитання письмово. 3. Вирішити тести та задачі. 4. Сфотографувати та відправити на електронну пошту, слідкуючої адреси:

[kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)

***Конспект лекції, запитання, тести та задачі додаються.***

**Лекція на тему «Реабілітація пацієнтів з неврологічними захворюваннями»** Реабілітація пацієнтів із травмами та захворюваннями нервової системи має надзвичайно важливе соціальне значення. До захворювань периферичної нервової системи належать: радикуліт — запалення корінців спинномозкового нерва; плексит — запалення нервового сплетення; неврит – запалення нервового стовбура. Причинами цих захворювань можуть бути травми, запальні процеси, інтоксикація, порушення обміну речовин, авітаміноз. Лікування комплексне, проводять його у стаціонарі, поліклініці, санаторії. Застосовують консервативні та хірургічні методи лікування. Значна роль у комплексному лікуванні пацієнтів із захворюваннями нервової системи належить засобам фізичної реабілітації. **Завдання реабілітації:**

- підвищення загального і психоемоційного тону пацієнта;
- покращення кровообігу та обмінних процесів у зоні ураження;
- протидіяти судинним і трофічним розладам, утворенню рубців та спайок;
- сприяння підновленню нормальної нервової провідності;
- запобігання розвитку контрактур у суглобах, порушень

постави;

- зміцнення паретичних м'язів і зв'язкового апарату;

- стимуляція формування компенсаторних процесів, навчання самообслуговуванню і використання пристроїв, які полегшують адаптацію у побуті. Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта Дійсні та потенційні проблеми пацієнта: біль, зниження чутливості шкіри, рухові порушення у вигляді парезів, паралічів. Об'єктивні дані: зниження м'язового тону, м'язова атрофія, зниження сухожилкових рефлексів, розлади чутливості шкіри. **Протипоказання до призначення масажу:**

- сильний біль;

- загальний тяжкий стан пацієнта. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних станах реабілітації, складання індивідуального плану реабілітації** Призначають ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. ЛФК застосовують після усунення гострих проявів патологічного процесу. Фізіотерапевтичні процедури призначають у гострий період захворювання з метою зменшення больового синдрому, стимуляції імунобіологічних процесів у організмі. Спочатку застосовують УФО, ультразвукову та УВЧ-терапію, діадинамотерапію, мікрохвильову терапію на уражену ділянку, у подальшому – солюкс, світлові ванни, медикаментозний електрофорез, індуктотермію, магнітотерапію, парафіно-озокеритові аплікації, електростимуляцію, електросон.

### **Лікарняний період реабілітації**

#### **Методичні принципи проведення ЛФК:**

- вибір безбольового вихідного положення – за допомогою оптимальних вихідних положень виявити довільні рухи і розвивати наявні активні рухи (для цього необхідно скорочувати паретичні м'язи і розтягувати їх антагоністи);

- розвивати рухомість у суглобах, збільшувати м'язову силу, підвищувати тонус організму і розвивати навички прикладного значення за допомогою спеціальних фізичних вправ, поступово розвивати рухові навички;

- вправи потрібно виконувати нерізно, амплітуду рухів збільшувати поступово за допомогою махоподібних рухів без обтяження;

- не доводити напружені м'язи до стану вираженого стомлення, для цього потрібно чергувати спеціальні вправи із загальнорозвивальними;

- розтягування скорочених м'язів досягати вправами з обтяженням;

- застосовувати самостійні заняття 1-5 разів на день;

- використовують бальнеофізіотерапевтичні



процедури. **Засоби ЛФК:**

- вправи, які сприяють відновленню функцій паретичних м'язів (пасивні, ідеомоторні, зі стимуляцією активних рухів, активні вільні вправи, вправи з опором);
- вправи, які сприяють посиленню кровообігу та кровопостачанню (динамічні вправи для суглобів, на координацію, підвищення стійкості вестибулярного апарату). На початку лікування застосовують лікування положенням для уникнення контрактур, деформацій та утруднення рухливості у суглобах, повторюючи кілька разів на день; тривалість — від 20-25 хв. до 3-4 год. Призначають спеціальні вправи для покращення рухливості у суглобах, прикладних навичок, зміцнення м'язів. Поступово збільшують амплітуду рухів, використовуючи махові рухи без обтяження. Спеціальні вправи чергують із загальнорозвивальними. Поряд із фізичними вправами застосовують масаж, гідрокінезотерапію). Надалі до комплексу ЛГ включають пасивні, пасивно-активні та активні вправи з обмеженим навантаженням, збільшуючи кількість повторів. Поступово вільні і махоподібні рухи ускладнюють додатковим навантаженням, опором. Включають вправи на координацію рухів, вправи побутового і професійного характеру для формування компенсацій. Заняття рекомендується повторювати 5-8 разів на день, з них 2 рази у воді.

**Післялікарняний період реабілітації** Застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, механо- та працетерапію. **Завдання ЛФК:**

- повне відновлення функції ураженої ділянки, сили і витривалості м'язів;
- тренування складних рухів і координації;
  - відновлення професійних та побутових навичок, розвинення рухових компенсацій у разі необоротних уражень периферичних нервів;
  - підтримання фізичної та професійної працездатності. Тривалість занять 25-30 хв. з паузами 1—2 хв. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта** Визначають стан опорно-рухової системи, ступінь атрофії м'язів, їх силу, функціональну здатність, ступінь побутової активності, повноту відновлення рухових навичок, функціональний стан серцево-судинної, дихальної, травної та сечовидільної систем.

**Планування медсестринських втручань** Призначають вправи для зміцнення м'язів тулуба і кінцівок, на точність і координацію рухів, врівноваження сили м'язів-антагоністів, а також спортивно-прикладні вправи, рухові ігри, прогулянки, теренкур, плавання, веслування, ходьбу на лижах, їзду на велосипеді, ближній туризм. **Фізіотерапевтичні методи лікування:** електростимуляція, грязелікування, парафіно-озокеритні аплікації, УВЧ-терапія, УФО, радонові, сульфідні, хвойні ванни, кліматолікування.

Застосовують механотерапію: маятникові та блокові вітрити, веслові та велотренажери, які збільшують силу і витривалість м'язів, покращують місцеву гемодинаміку і трофіку тканин, зменшують контрактури, сприяють відновленню рухливості у суглобах, покращують фізичну

працездатність пацієнтів. Рекомендовано санаторію курортне лікування у місцевих санаторіях неврологічного профілю, на бальнеогрязевих курортах (Хмельник, Слов'янськ, Євпаторія, Саки).

**Реабілітація пацієнтів після перенесеного інсульту** Інсульт — гостре порушення мозкового кровообігу. Розрізняють два види інсульту: ішемічний та геморагічний. Реабілітацію пацієнтів проводять у три етапи: I – ранній відновний (до 3 міс); II — пізній відновний (до 1 року); III — етап залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік). Перший етап проводять у стаціонарі під час лікарняного періоду реабілітації, II і III — у післялікарняний період. Тривалість етапів, як і періодів реабілітації, залежить від клінічного перебігу захворювання і ступеня порушення рухових функцій. Виділяють п'ять ступенів порушення рухових функцій:

- легкий парез;
- помірний парез;
- парез;
- глибокий парез;
- плегія або параліч.

#### **Завдання реабілітації:**

- підтримання життєдіяльності пацієнта й усунення чинників, які зумовили інсульт;
  - запобігання виникненню ускладнень і лікування їх у разі розвитку;
    - поліпшення загального стану пацієнта, функції серцево-судинної, дихальної, травної, нервової систем;
    - зниження м'язового тону в паралізованих кінцівках (при гіпертонусі), стимуляція активних рухів у них;
    - протидія патологічним синкінезіям (спривдружні рухи), трофічним порушенням, вторинним деформаціям;
  - переведення пацієнта у положення сидячи, підготовка до вставання, навчання ходьбі;
    - поступовий розвиток у пацієнта навичок самообслуговування, відновлення прикладно-побутових рухів.
- Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Дійсні та потенційні проблеми пацієнта: порушення рухової активності, неможливість самообслуговування. Об'єктивні дані: стан порушення свідомості, серцево-судинної (дослідження пульсу, вимірювання АТ), дихальної систем (визначення частоти дихання, наявність патологічних типів дихання), розлади мовлення, чутливості, рухів, координації. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації** Призначення рухомого режиму залежно від ступеня

порушення рухомих функцій: суворий постільний, розширений постільний, напімпостільний (палатний), вільний руховий режим. **Лікарняний період реабілітації** Призначають ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури. Тривалість рухового режиму залежить від стану пацієнта і ступеня порушень рухових функцій. Чим тяжчі порушення рухових функцій, тим повільніше розширюються режими рухової активності. **Суворий постільний режим (1-3 дні):** заняття ЛФК протипоказані, слід забезпечити спокій, медикаментозне лікування та лікування положенням. Укладання уражених кінцівок проводять у положенні пацієнта лежачи па спині і здоровому боці: через кожні 1,5-2 год змінюють розгинальне положення кінцівки на згинальне і навпаки. Положення пацієнта змінюють кілька разів на день (4- 6 разів) на 30-60 хв. залежно від його етапу і тону м'язів паретичної кінцівки. **Розширений постільний (2а) режим** призначають з 3-го по 5-й день захворювання.

Засоби ЛФК – лікування положенням на спині, на боці, дихальні вправи, активні вправи для дрібних, середніх і великих суглобів здорових кінцівок. З 3—6-го дня — пасивні рухи у суглобах паретичної кінцівки. **Розширений постільний (2б) руховий режим** призначають орієнтовно з 16-го по 21-й день захворювання. Заняття ЛГ розпочинають із пасивних вправ (початку здорової, а потім паретичної кінцівки. Важливо вірно вибрати вихідне положення окремих сегментів кінцівки. Пальці легше розгинаються, якщо кисть зігнута, передпліччя, – якщо плече приведене, супінація передпліччя буде повноціннішою, якщо лікоть зігнутий, відведення стегна більше у зігнутому положенні. Під час виконання її істинних вправ необхідно застосовувати положення, використовуючи ліжкові рами, блоки, гамачки для підтримання паретичної кінцівки. Вправи виконують повільно, плавно, кожен рух повторюють 4-8 разів. Спочатку кінцівку повертають у вихідне положення пасивно, з допомогою інструктора, потім — самостійно, а також з опором. Особливу увагу слід приділяти відновленню руху 1 пальця (підведення, розгинання). Пасивно або активно протидіють патологічним синкінезіям. **Палатний та вільний руховий режим Завдання ЛФК:**

- зниження м'язового тону;
- протидія геміплегічним контрактурам;
- подальше відновлення активних рухів;
- перехід у положення стоячи;
- навчання ходити;
- протидія синкінезіям;

• відновлення навичок самообслуговування та прикладно-побутових рухів. **Масаж** призначають на 4-6-у добу захворювання за щадною методикою, починаючи від дистальних відділів до проксимальних. М'язи з підвищеним тонусом масажують у повільному темпі, розтягнуті, атонічні – інтенсивніше. Тривалість масажу спочатку 5-10 хв., потім 15-20 хв. **Фізіотерапевтичні процедури** призначають у разі ішемічного інсульту через тиждень (залежно від стану пацієнта), при геморагічному — через 2-3 тиж. від початку захворювання.

Рекомендовано: електрофорез, діадинамотерапію на ділянку суглобів, пізніше — дарсонвалізацію, УВЧ-терапію, електростимуляцію м'язів, магнітотерапію. **Працетерапію** для пацієнтів з вираженими парезами розпочинають із навчання самообслуговуванню: розчісування волосся, миття рук, вмивання, навчання тримати ложку, самостійно їсти, користуватися бритвою, чистити зуби. **Психотерапія.** Унаслідок інсульту в пацієнтів виникають виражені зміни особистості: зниження пам'яті, інтелекту, розлад мислення, порушення емоційної сфери. У багатьох пацієнтів спостерігаються астенічні прояви: дратівливість, плаксивість, розлади сну, пацієнт втрачає віру в одужання. Деякі пацієнти недооцінюють свій стан, не виконують лікарські призначення. Для таких пацієнтів психотерапія є основним компонентом реабілітаційної програми. Є два типи режимів: лікувально-охоронний та лікувально-активізаційний, який призначають якнайшвидше, щоб залучити пацієнта до різних видів діяльності. Рекомендовано раціональну психотерапію, автогенне тренування, групові заняття. Основне завдання психотерапії – подолання складних життєвих обставин, прийняття нової лінії поведінки з урахуванням проявів захворювання. **Післялікарняний період реабілітації Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Визначення проблем пацієнта Основні проблеми пацієнта:** порушення рухової активності (парез, плегія), розлади мовлення, порушення адаптації у побуті та самообслуговуванні, зниження пам'яті, розлади мислення. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації ЛГ** у період залишкових порушень рухових функцій залежить від їхнього ступеня. У разі легкого парезу необхідний загальнотонізуювальний вплив на організм, зміцнення м'язів плечового пояса та спини, покращення постави, тренування ходи, а за наявності плегії, паралічу активізація діяльності серцево-судинної та дихальної систем, навчання пацієнта самостійно повертатися на бік та переходити у положення сидячи і стоячи, покращення опорної функції нижніх кінцівок, розслаблення м'язів здорових кінцівок, зниження тону м'язів, протидія контрактурам, покращення трофіки паретичних кінцівок та розширення навичок самообслуговування.

**Лікувальний масаж** застосовують періодично, курс 25-30 процедур. Застосовують класичний, сегментарний, рефлекторний, точковий, вібраційний масаж, самомасаж, підводний душ-масаж. **Фізіотерапевтичні процедури** призначають 2—3 рази на рік для покращення кровообігу і живлення головного мозку, зменшення спастичності м'язів і знеболювання рухів у суглобах, сприяння відновленню рухів, ліквідації контрактур. Використовують електрофорез, діадинамо- та УВЧ-терапію, двокамерні гідрогальванічні ванни, аплікації парафіну, озокериту, пелоїдотерапію, кисневі, сульфідні ванни, електростимуляцію ослаблених м'язів. **Механотерапію** – використання апаратів маятникового та блочного типів застосовують для ліквідації контрактур у суглобах, зміцнення м'язів, розвитку компенсацій. Показана реабілітація в місцевому санаторії через 6 міс. після перенесеного інсульту, санаторно-курортне лікування через рік після інсульту.

## Завдання для

### студента Відповісти на запитання письмово:

1. Які завдання відновного лікування при неврологічних захворюваннях? 2. Яке значення фізичної, психічної та трудової реабілітації пацієнтів із неврологічними захворюваннями?

**Вирішити тести:** 1. Які вправи найдоцільніше застосовувати з метою профілактики атрофії м'язів при іммобілізації кінцівок та відновлення їхньої функції у випадку слабкості при мозковому інсульті?

- А. Вправи на координацію рухів.
- В. Ізометричні вправи. С.
- Циклічні вправи.

2. Показанням до проведення ЛФК при ураженнях периферичних нервів є:

- А. Порушення чутливості. В.
- Порушення рухових функцій. С.
- Трофічні розлади. D.
- Вегетативні порушення.

3. Протипоказанням до призначення ЛФК при травмах периферичних нервів є:

- А. Активний запальний процес. В.
- Інтенсивний біль. С. Відсутність чутливості. D. Параліч м'язів. E.
- Негативна установка пацієнта на заняття.

4. Пацієнтові призначена діаденамотерапія. На яких апаратах виконується процедура?

- А. «Тонус-1»; В.
- «СНИМ-1»; С.

«Диадинамик»; D.  
«Амплипультс».

5. Які відчуття виникають у пацієнта під електродами під час електросну?

- A. печіння;
- B. тепло;
- C. вібрація;
- D. жодного.

6. Імпульсний струм якої форми застосовують для електросну?

- A. напівсинусоїдальний;
- B. прямокутний; C.  
експоненціальний; D.  
синусоїдальний.

7. Який з наведених видів діадинамічних струмів має найкращу знеболювальну дію?

- A. двотактний безперервний;
- B. струм «довгий період»; C.  
однотактний хвильовий; D.  
двотактний хвильовий.

8. Який струм застосовують для модуляції синусоїдального струму у разі ампліпульстерапії?

- A. високої частоти; B.  
надвисокої частоти? C.  
низької частоти; D.  
ультрависокої частоти.

9. Яка частота модулюючого струму при ампліпульстерапії?

- A. 1-10 Гц; В.
- 10-150 Гц; С.
- 300-100 Гц; D.
- понад 1000 Гц.

10. За який з перелічених методів лікування електроди викладають з обов'язковим повітряним проміжком?

- A. УВЧ-терапія; В.
- гальванізація; С.
- магнітотерапія; D.
- дарсонвалізація.

11. Які випромінювачі застосовують для контактного впливу в разі мікрохвильової терапії?

- A. прямокутний розміром 16 x 35 см;
- В. циліндричний діаметром 40 мм;
- С. циліндричний діаметром 100 мм;
- D. прямокутний розміром 5 x 30 см.

12. Який апарат застосовують для отримання змінного магнітного поля?

- A. «Полюс-1»; В. «Искра-1»; С. «Луч-2»; D.
- «ИКВ-4». 13. Які апарати експлуатують в екранованих кабінах?

- A. «Луч-59»; В.
- «Ромашка»; С.
- «Луч-2»; D.
- «УВЧ-66».

14. Вкажіть, які з перелічених пристосувань використовують для проведення індуктотермії?

- A. конденсаторні пластини;
- В. індуктор-диск; С.

індуктор-кабель; D.  
випромінювач.

15. Вкажіть, у якому виді електролізування застосовують вакуумні електроди?

A. індуктотермії; B.  
УВЧ-терапії; C.  
магнітотерапії; D.  
дарсонвалізації.

16. Вкажіть протипоказання до  
УВЧ-терапії:

A. гарячковий стан; B. системні  
захворювання крові; C. злаякісні  
пухлини; D. після інфекційний  
інфільтрат.

17. Вкажіть показання до проведення  
дарсонвалізації:

A. сверблячі дерматози; B. випадіння волосся; C.  
хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок;  
D. піодермія.

18. Вкажіть протипоказання до проведення  
магнітотерапії:

A. гіпотонія; B. артроз  
колінних суглобів; C.  
хронічний аднексит; D.  
остеохондроз.

19. Наявність електричного поля під час проведення процедури  
УВЧ-терапії визначають за допомогою:

A. неонові лампочки; B.



сантиметрової стрічки; С.  
термометра;

20. Який вид енергії продукує  
ультразвук?

- А. струм високої частоти;
- В. імпульсний струм; С.
- механічна енергія; D.
- магнітне поле.

**Вирішити задачі: Задача No1** Яку ванну  
вважають ароматичною? Приклад.

**Задача No2** Хто може проводити заняття з ЛФК  
з пацієнтами?

**Задача No3** Хворому призначено електрофорез і масаж. Як правильно  
виконати призначення?

**Примітка: Напишіть на аркуші паперу своє прізвище, групу, бригаду, тему  
заняття. Відповівши на питання, тести та задачі, СФОТОГРАФУЙТЕ  
ВАШУ РОБОТУ і відправте на електронну адресу: [kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)  
Консультавання студентів з даного предмета за телефоном:  
+38-050-82-575-30 щопонеділка та щоп'ятниці з 9.00 до 11.00**

**Дата: .04-05.2020 р. Група: 4Г ЛС, I бригада Предмет: Медична  
та соціальна реабілітація Тема: No7 – Відновне лікування та  
реабілітація пацієнтів у педіатрії**

**ПІБ викладача: Корнієнко Олексій Петрович**

## **Завдання для студента для проходження дистанційного заняття**

1. Вивчити конспект лекції (підручник «Медична та соціальна реабілітація», автори

С.С. Сапункова, Л.О. Піц, стор. 218-219, 227-238). 2. Відповісти на запитання письмово. 3. Вирішити тести та задачі. 4. Сфотографувати та відправити на електронну пошту, слідкуючої адреси:

[kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)

**Конспект лекції, запитання, тести та задачі додаються.**

### **Лекція на тему «Відновне лікування та реабілітація пацієнтів у педіатрії»**

**Реабілітація в педіатрії** — важлива складова сучасного лікування захворювань у дітей. **Основні принципи реабілітації в педіатрії:**

- Застосування реабілітаційних заходів з першого дня розвитку патологічного процесу.
- Комплексне застосування спрямованих засобів.
  - Безперервність та етапність.
  - Індивідуальний підхід до дитини із врахуванням її конкретних особливостей, умов життя та виховання. Функціональні особливості дитячого організму, стан нервової системи, вікові та морфофункціональні зміни шкіри зумовлюють специфічну відповідну реакцію на дію лікувальних фізичних чинників у дітей. **Особливості реакції дитячого організму на дію фізичних чинників:**
- Підвищена чутливість ЦНС дитини зумовлює дифузні відповідні реакції організму, завдяки чому результат лікування настає раніше, при менших дозах впливу та меншій тривалості курсу лікування. По нервових волокнах подразнення поширюється на суміжні сегменти спинного мозку швидше та ширше, ніж у дорослих.
- Розпочинати лікування необхідно з невеликої інтенсивності фізичного чинника, поступово та дуже обережно збільшуючи дозу впродовж курсу лікування. При

цьому слід надавати перевагу застосуванню портативних апаратів та проведенню впливів у імпульсному режимі.

- У період статевого дозрівання виникають зміни в діяльності ендокринної системи, тому необхідно дозувати фізичні чинники обережно.
- Реакція організму на дію фізичних чинників зумовлена нервово-рефлекторним та вегетативним впливом, інтенсивнішим обміном речовин, тому біологічно активні речовини утворюються швидше і в більшій кількості, ніж у дорослих.
- Зміна реакції ЦНС на дію фізичних чинників може виникати при інфекції та інтоксикації, що порушують умовно-рефлекторну діяльність. Цим пояснюється різна реакція хворої та здорової дитини на один і той самий чинник, необхідність змін дозування у процесі лікування та перебігу захворювання.
- У дітей шкіра більш чутлива до дії фізичних чинників; особливостями її у новонароджених та немовлят є:
  - тонкий роговий шар епідермісу і сильніше розвинутий зародковий шар; - шкіра вразливіша, однак більш здатна до регенерації; - капілярно-судинна сітка краще розвинута, тому гіперемія шкіри у дітей, яка є типовою реакцією на дію багатьох фізичних чинників, виникає швидше і при менших дозах, ніж у дорослих.
- Тактильні, температурні, хімічні та больові подразнення у дітей раннього віку спричиняють не лише місцеві, а й загальні рефлекторні реакції, а реактивні зміни у шкірі минають швидше (наприклад, еритемна реакція на вплив УФО спостерігається через 2-4 год. і зникає швидше, ніж у дорослих).
- Потові залози у дітей недорозвинені, шар підшкірної жирової клітковини щільніший, унаслідок чого порушується терморегуляція і виникає перегрівання.

#### ***Вікові періоди дитинства:***

- період новонародженості, або неонатальний період, — перші 28 днів життя;
- період немовляти, або грудний період, — від 29 днів до 12 міс;
- переддошкільний період — від 1 до 3 років;
- дошкільний період — від 4 до 6-7 років;
- молодший шкільний вік – від 6-7 до 11 років;
- середній шкільний вік – від 12 до 14 років;
- старший шкільний вік, або період статевого, дозрівання — від 15 до 18 років.

#### **Застосування фізіотерапевтичних процедур у дітей Найменування**

##### **фізіотерапевтичного методу лікування**

##### **Вік дитини Період між повторними**

**курсами лікування** Гальванізація місцева та електрофорез 4-6 тиж. 1 міс.

Гальванізація загальна та електрофорез 5 років 1 міс. Електросонотерапія 2-3 роки 2-3 міс. Центральна електроанальгезія 2-3 роки 2-3 міс. Діадинамотерапія (діадинамофорез) 2-3 роки 10 днів

СМС-терапія (ампліпульстерапія) 3 міс. 6 днів

Флюктуоризація 6 міс. 6 днів Електродіагностика 2 міс. Електростимуляція 6 міс. 1 міс. Черезшкірна електростимуляція 2-3 роки 2 міс. Дарсонвалізація місцева 2 роки 1 міс. Ультратонотерапія 1 міс. 1-2 міс. Індуктотермія 5 років 2-3 міс. УВЧ-індуктотермія 5-6 міс. 1-3 міс. УВЧ-терапія Перші дні життя 2-3 міс. Мікрохвильова терапія 2 роки 2-3 міс. Магнітотерапія 1-1,5 роки 1-2 міс. Франклінізація загальна 14-15 років 5 міс. Франклінізація місцева 5-6 років 2 міс. Аероіонотерапія 5-6 років 2 міс. Інгаляційна терапія Перші дні життя 1 міс. Інфрачервоне опромінення Перші місяці життя 1 міс. Ультрафіолетове опромінення загальне Перші місяці життя 2-3 міс. Ультрафіолетове опромінення місцеве Перші дні життя 1 міс. Лазеротерапія 1,5-2 роки 2-3 міс. Ультразвукова терапія 2-8 роки 2-3 міс. Масаж Перші дні життя 1 міс. Підводний душ-масаж 2 роки 2-3 міс. Підводне витягнення 14-15 років 1-2 міс. Гідрокінезотерапія Перші дні життя 1 міс. Вуглецеві, кисневі, перлинні ванни 2-3 роки 2-3 міс. Сульфідні, скипидарні, радонові ванни 5-6 років 5-6 міс. Лікарські і мінеральні ванни 1-2 міс. 1-2 міс. Оксигенотерапія 4-5 років 1 міс. Парафінолікування Перші дні життя 1-2 міс. Озокеритолікування 6 міс. 1-2 міс. Грязелікування місцеве 2-3 роки 2-3 міс. Аеро- та геліотерапія 2-3 міс. 1-2 міс. Таласотерапія 2-3 роки 1 міс. Голкотерапія 2 роки 1-2 міс. Лікувальна фізкультура Перші дні життя 1 міс.

Тривалість процедур, загальна їх кількість на курс лікування у дітей менша, ніж у дорослих. Процедури проводять через день, щоб запобігти перевтомі дитини. На наявності гострих запальних процесів перші 4-5 процедур повинні бути індивідуальними, з урахуванням стану дитини та характеру захворювання. Не рекомендується проводити кілька процедур підряд, ураховуючи фазу післядії. Протягом дня призначають тільки одну процедуру загальної дії. За деяких захворювань можна проводити в один день загальну і місцеву процедури, але з інтервалом не менше ніж 1-2 год., причому місцева процедура повинна передувати загальній. За необхідності можна послідовно застосовувати два фізичні чинники, які діють синергічно на одну ділянку. Повторний курс фізіотерапевтичних процедур призначають індивідуально не раніше, ніж через 1-2 міс. Призначаючи процедури, необхідно враховувати частоту та час споживання їжі. Процедури проводять не раніше ніж через 1 год. після і не пізніше 30-45 хв. до наступного споживання їжі. Необхідно, щоб дитина мала позитивний емоційний фон під час процедури. Реабілітаційні заходи в педіатрії здійснюються на наступних етапах: пологовий будинок (пологове відділення); дитяча поліклініка (амбулаторія, консультація); стаціонар; реабілітаційне відділення; спеціалізований диспансер; санаторне відділення лікарні; спеціалізований дитячий санаторій; оздоровчий табір санаторного типу; дитячий садок; школа; школа-інтернат. Медична сестра відділення відновного лікування дитячої лікарні повинна знати показання та протипоказання до здійснення фізіотерапевтичних процедур, вміти проводити реабілітаційні заходи (ЛФК,

масаж), дотримуючись етапів медсестринського процесу.

**Реабілітація дітей із вродженим вивихом стегна** Вроджений вивих стегна (дисплазія кульшового суглоба) – найпоширеніша з усіх природжених вад розвитку дітей (2-3 випадки на 1 тис новонароджених), частіше спостерігається у дівчаток. Вродженому вивиху стегна передуює дисплазія (недорозвинення тканин) кульшового суглоба. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Під час обстеження з перших днів життя дитини виявляють обмеження пасивного відведення зігнутих у кульшовому та колінному суглобах ніг, асиметрія сідничних складок і складок на внутрішній поверхні стегна, зовнішня ротація стегна з боку вивиху, лордоз поперекового відділу хребта, атрофія сідничних м'язів, укорочення нижньої кінцівки на боці ураження, пізній початок ходьби і «качина» хода. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації**

Рентгенологічне дослідження, яке проводять у віці старше 3 міс. після появи ядер скостеніння епіфіза головки стегнової кістки, дає можливість уточнити діагноз. Лікування дисплазії кульшового суглоба найбільш наочно ілюструє необхідність дотримання принципів дитячої ортопедії: 1) діагностувати захворювання з народження; 2) розпочати лікування в пологовому будинку або в перші тижні життя дитини; 3) консервативне лікування має передувати можливому оперативному втручанню; 4) після закінчення лікування необхідна профілактика рецидивів. Проводячи консервативне лікування, здійснюють ортопедичне вправлення кульшового суглоба спеціальними шинами або гіпсовою пов'язкою протягом 3-4 міс. із загальною тривалістю від 1 до 3 років. Хірургічне втручання застосовують у разі відсутності ефекту від консервативного лікування. Здійснюють артротомію з артропластиком.

**Реабілітаційні заходи:** ЛФК, масаж та фізіотерапевтичні процедури. Батьків дитини навчають проводити лікування положенням:

- у разі незначної дисплазії протягом перших 3 міс. використовують широке сповивання (складену вчетверо пелюшку кладуть між зігнутими і розведеними стегнами дитини);
- мати садочить дитину на коліна обличчям до себе, ніжки розводить у сторони, підтримуючи при цьому спинку малюка, під час носіння дитини використовує сумку-«кенгуру»;
- у положенні лежачи на животі ноги дитини мають бути відведені і зігнуті у стопах. ЛФК — основний метод формування здорового суглоба, єдиний засіб підтримання моторного розвитку дитини. Рекомендують загальнорозвивальні та спеціальні фізичні вправи. З урахуванням віку дитини застосовують пасивні (до 1 року) та активні (від 1 до 3 років) вправи. Призначають класичний масаж поперекової ділянки, сідниць, стегон і м'який точковий масаж сідничних м'язів у ділянці головки стегна у поєднанні з прийомами для розслаблення м'язів-згиначів. Рекомендують теплі ванни, підводний масаж, парафінові аплікації та грязелікування. За неефективності консервативного лікування проводять хірургічне

втручання. **Періоди реабілітації:**

- передопераційний;
- іммобілізаційний;
- ранній післяіммобілізаційний (пасивних рухів);
- пізній післяіммобілізаційний (активних рухів);

• тренувальний (навчання ходьбі). У післяопераційний період застосовують фізіотерапевтичні методи: електрофорез із новокаїном, діадинамотерапію, електростимуляцію, УВЧ терапію, парафіново-озокеритові аплікації на ділянку кульшового суглоба.

На етапі проведення відновного післяіммобілізаційного періоду реабілітації важливе значення має ЛФК. **Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації Диспансерний нагляд за пацієнтами з дисплазією кульшового суглоба включає:** 1) огляд ортопеда у пологовому будинку; 2) огляд у віці 1 міс. при першому відвідуванні дитиною дитячої поліклініки; 3) огляд у віці 3 міс, коли можна проводити рентгенографію кульшових суглобів; 4) огляд у віці 11-12 міс, коли дитина починає стояти і ходити; 5) огляд ортопеда в післяопераційний період. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація дітей із вродженою м'язовою кривошиєю** Вроджена м'язова кривошия виникає внаслідок дисплазії одного з груднино-ключично-соскоподібного м'яза і за частотою посідає друге місце серед вроджених вад у дітей, досягаючи 5-12 %. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Симптомом м'язової кривошиї є неправильне положення голови дитини: нахил її в бік ураженого м'яза і поворот підборіддя у протилежний нахилу голови бік. Спроба пасивно вивести голову дитини у пряме положення не дає результату через значне напруження груднино-ключично-соскоподібного м'яза. На рівні середньої третини м'яза візуалізується і пальпується веретенопо-дібне стоншення, не спаяне з прилеглими тканинами. Зі зростанням дитини усі симптоми наростають, еластичність груднино-ключично-соскоподібного м'яза зменшується. У віці старше 1 року починає проявлятися асиметрія половини лицевого скелета і черепа на боці нахилу голови.

**Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** У комплексному лікуванні дітей із вродженою м'язовою кривошиєю основне місце посідає ЛФК, яку застосовують з перших днів встановлення діагнозу. Використовують лікування положенням, фізичні пасивні і рефлекторні вправи, вправи у воді. Медична сестра повинна навчити догляду за дитиною: дитина повинна лежати в ліжку на боці кривошиї, щоб подушка постійно відхиляла голову у протилежний бік. Крім того, необхідно зорієнтувати ліжку таким чином, щоб світло та іграшки знаходилися на

боці, протилежному кривошії, тоді дитина буде постійно повертати голову, розтягуючи диспластичний груднино-ключично-соскоподібний м'яз. Лікування положенням проводять 2-3 рази на день по 1,5-2 год. Використовують також ортопедичний комір Шанца. Курс ЛФК — 15-20 занять, які проводять щодня або через день з перервою між курсами 1-1,5 міс. (у цей час основні вправи проводять батьки). Застосовують масаж, який рекомендують проводити до занять ЛФК або поєднувати їх поперемінно. Якщо кривошия не коригується консервативним методом, використовують хірургічне лікування. Розрізняють до- і післяопераційний періоди. Основне завдання ЛФК полягає у повному відновленні функції прооперованого м'яза. **Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації** На поліклінічному етапі реабілітації заняття ЛФК проводять до 9-12-місячного віку дитини. Діти із вродженою м'язовою кривошиєю мають перебувати на диспансерному обліку до 14 років. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація дітей із порушенням постави** Порушення постави – ортопедична патологія, яка найчастіше спостерігається у дітей і підлітків. Вона становить 90 % усіх випадків відхилень з боку опорно-рухової системи у дітей молодшого шкільного віку. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5-6 випадків на 1 тис. дітей — це сколіоз. Постава – це ортостатичне положення людини, за якого зберігаються фізіологічні вигини хребта із симетричним розміщенням голови, тулуба, таза, верхніх і нижніх кінцівок. Хребет у немовлят не має фізіологічних вигинів, зі зростанням дитини відбувається його формування відповідно до функціональних потреб. Формування фізіологічних вигинів хребта відбувається до 7-річного віку. Терміни «кіфоз», «лордоз», «сколіоз» запропоновані ще Галеном. Правильна постава формується за умов нормального фізіологічного зростання дитини та своєчасного усунення несприятливих чинників: недорозвинення і слабкості м'язової системи, функціональних та фіксованих перекосів таза, укорочення кінцівок, тривалого неправильного положення тулуба, зумовленого невідповідними меблями (низькі стілець і парта), звичкою неправильно сидіти, стояти. За нормальної постави фізіологічні вигини хребта мають помірний плавний перехід, а вертикальна вісь тіла проходить по лінії від середини тім'яної ділянки позаду лінії, яка з'єднує обидва кути нижньої щелепи, через лінію умовно проведену через обидва кульшові суглоби. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Під час огляду дитини необхідно звернути увагу на її поставу. У нормі голова розміщена прямо, надпліччя симетричні, бічні відхилення тулуба відсутні, передні верхні ості таза на одному рівні, нижні кінцівки перпендикулярні до підлоги за умови повного розгинання у кульшових і колінних суглобах (мал. а). Характерними ознаками **круглої спини** є рівномірне збільшення фізіологічного кіфотичного вигину хребта у грудному відділі, збільшення поперекового лордозу та нахилу таза (мал. б). Для **плоскої спини** характерні зменшення або повна відсутність фізіологічних вигинів хребта та нахилу таза (мал. в). Голова розташована прямо,

надпліччя на одному рівні, спина рівна, плоска, тулуб тонкий та здається видовженим, лопатки крилоподібні, м'язи спини недостатньо розвинені, гіпотрофічні. Ромб Міхаеліса має правильну форму, сідничні складки на одному рівні. Обмежено максимальне згинання у поперековому відділі хребта (пацієнт не може долонями дістати підлогу). Вісь хребта не має відхилень у фронтальній площині. Плоска спина характерна для людей астеничної конституції і є найбільш слабкою серед постав. Для **лордотичної постави** характерне надмірне заглиблення поперекового лордозу з нахилом таза у сагітальній площині вперед (мал. г). Грудний кіфоз при цьому стає більш пологим, живіт виступає вперед. Огляд ззаду: голова розміщена прямо, надпліччя симетричні, на одному рівні, лопатки на одному рівні, нижні кути їх відстають від грудної клітки. **Сколіотична постава** характеризується бічним відхиленням хребта у одному із відділів лише у фронтальній площині. Об'єктивно: бічний вигин хребта у нижньогрудному або поперековому відділі, асиметричне розміщення надпліч, на боці увігнутої надпліччя опущене, а на випуклому – підняте. Лопатки розміщені асиметрично, нижні кути їх розташовані не на одному рівні, трикутник талії на увігнутому боці більший, ніж на випуклому. Таз не перекошений. Огляд спереду: асиметрія надпліч і нерівномірне розміщення сосків, грудних залоз, асиметричні трикутники талії. Сколіотична постава завжди коригується при положенні струнко і усі її ознаки зникають. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Комплексне лікування порушень постави включає: раціональний режим дня, збалансоване харчування, планування заходів фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури). **Завдання ЛФК при порушенні постави:**

- створення сприятливих фізіологічних умов для збільшення рухомості хребта, правильного взаєморозміщення всіх частин тіла;
- коригування дефектів постави;
- виховання та закріплення навичок дотримуватися правильної постави;

- досягнення загального зміцнення

організму. **Методичні вказівки:**

- для контролю за формуванням навичок правильної постави рекомендують виконувати вправи перед дзеркалом;
- для зміцнення м'язового корсета включають вправи загальнорозвивальні, ігрові, дихальні, на увагу;
- дозування та види фізичних вправ залежать від характеру порушення постави, віку пацієнта, його (фізичної підготовки і тому в кожному конкретному випадку визначаються окремо);
- заняття з ЛГ проводять протягом 30-45 хв., груповим методом, 3-4 рази на тиждень;
- заняття доповнюють щоденним комплексом РГГ, індивідуальними та домашніми



завданнями; види фізичних вправ: загальнорозвивальні та спеціальні. **Навчання пацієнтів:**

- вправи виконують із вихідного положення лежачи на спині, на яси ноті, на боці, стоячи на колінах з різним нахилом тулуба вперед або назад, стоячи на колінах із опором на кисти або передпліччя (при цьому найкраще розвантажується хребет);

- вправи мають бути симетричними, чергуватися із розслабленням м'язів і дихальними вправами. Їх підбирають залежно від виду порушення постави. У разі сутулості, збільшення грудного кіфозу, потрібно зміцнювати довгі м'язи спини. Застосовують розгинання корпусу із вихідних положень лежачи на животі, стоячи на колінах, спираючись на долоні, передпліччя або витягнуті руки;

- розгинання тулуба слід виконувати з предметами та з обтяженням. У разі збільшення поперекового лордозу слід зміцнювати м'язи живота, застосовуючи рухи ногами, лежачи на спині («велосипед», піднімання прямих ніг, перехід у положення лежачи, у положення сидячи);

- у випадках зменшення фізіологічних викривлень хребта вправи мають бути спрямовані на зміцнення м'язів спини та живота, рекомендуються рухи з невеликим обтяженням;

- корекції постави досягають за допомогою одночасного (формування навички правильного утримання тіла. **Лікувальний масаж** є важливим доповненням у комплексній реабілітації пацієнтів із порушенням постаті. Масажують м'язи тулуба, живота. Курс — 10-15 процедур протягом усього періоду лікування. Масаж проводять диференційовано, залежно від тону м'язів. На ділянках із підвищеним тонусом м'язів застосовують методику розслаблювального типу, а зі зниженим — тонізуювального типу. Прийоми класичного масажу (погладжування, розтирання, розминання, вібрацію) можна доповнювати нетрадиційним точковим масажем. Ефективна тибетська методика точкового масажу з оліями, приготовленими у домашніх умовах із цілющих рослин: звіробою, полину, ромашки, сосни.

**Диспансерно-поліклінічний, етап реабілітації ЛФК** продовжують проводити у дошкільних закладах, середніх і вищих навчальних закладах, спеціальних медичних групах, вдома, в амбулаторії, поліклініці. Оцінювання **ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проходять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація дітей зі сколіозом** Сколіоз – дугоподібне викривлення хребта у фронтальній площині зі скручуванням (торсією) хребців навколо їхньої вертикальної осі, що супроводжується деформацією таза і грудної клітки. Ці зміни призводять до порушення діяльності серцево-судинної, дихальної, травної систем. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Залежно від тяжкості захворювання виявляють чотири ступеня сколіозу. **Сколіоз I ступеня** — кут відхилення первинної дуги до 10° хребет нагадує літеру С. При вольовому напруженні м'язів і розвантаженні в горизонтальному положенні ці прояви зменшуються. **Сколіоз II ступеня** —

утворення додаткової компенсаторної дуги до 30°. Спостерігається скручування хребців, реброве випинання і м'язовий валик. Горизонтальне положення і невелике витягнення не змінюють викривлення. **Сколіоз III ступеня** – наявність двох дуг із кутом відхилення основної дуги 30-60°. Характерні зміни, типові для II ступеня сколіозу та зміна кута нахилу таза. Порушується розміщення внутрішніх органів та їхні функції, подразнюються корінці спинного мозку з проявами радикуліту. **Сколіоз IV ступеня** — значна деформація грудної клітки і хребта спотворює тулуб. Розвивається кіфосколіоз. Унаслідок відхилення хребта у бічному і передньозадньому напрямках, скручування його по осі, утворюється задній і передній горби. Кут відхилення хребта — понад 60°. Порушується функція всіх органів і систем.

**Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Реабілітацію пацієнтів проводять комплексно. Консервативне лікування включає: ЛГ, масаж, лікувальне плавання, методи ортопедичної корекції (корсети, гіпсові ліжечка), електростимуляцію, щадний руховий режим. За перебігом розрізняють сколіоз непрогресуючий; повільно прогресуючий; швидкопрогресуючий. Протипоказанням до консервативного лікування є: швидкопрогресуючий сколіоз II-IV ступеня; рекомендоване оперативне втручання. **Завдання ЛФК:**

- формування раціонального м'язового корсета;
- забезпечення стабілізації хребта;
- поліпшення функції органів грудної клітки;
  - зміцнення всіх органів і систем.

**Рекомендовані спортивно-прикладні вправи:**

- плавання брасом;
  - ходіння на лижах;
  - веслування;
  - гра у волейбол;
    - гра у баскетбол. Застосовують: загальнорозвивальні та спеціальні коригувальні вправи — симетричні, асиметричні, деторсійні. Коригувальні вправи максимально мобілізують хребет, сприяють корекції дуги викривлення.
- Рекомендовані загальнорозвивальні вправи:**
- на всі групи м'язів;
  - силові;
  - швидко-силові;
  - на рівновагу;

- коригувальні;
- на розтягнення;
- на розслаблення;

• вправи з предметами. **Симетричні вправи** сприяють вирівнюванню м'язової тяги з обох боків, тому їм надають перевагу. **Асиметричні вправи** діють на певні ділянки хребта та в разі неправильного виконання можуть призвести до утворення противикривлень хребта. Ці вправи тренують ослаблені і розтягнуті м'язи, оптимально впливають на викривлений хребет, помітно розтягуючи м'язи і зв'язки на увігнутій дузі і диференційовано зміцнюючи ослаблені м'язи на опуклому боці хребта. **Деторсійні вправи** застосовують у разі сколіозу, із переважанням вираженої торсії хребців. Виконуючи їх, досягають наступних змін: обертання хребців у бік, протилежний торсії; корекцію сколіозу з вирівнюванням таза; розтягнення скорочених і зміцнення розтягнутих м'язів у поперековому та грудному відділах хребта. Для дітей зі сколіозом велике значення мають **дихальні вправи**. **Лікувальний масаж** справляє загальнозміцнювальну дію на організм, сприяє пасивній корекції сколіозу.

#### **Планування проведення фізіотерапевтичних процедур:**

- УФО;
- електрофорез із знеболювальними засобами, препаратами кальцію, фосфору;
- УВЧ-терапія;
- електростимуляція;
- діадинамотерапія;
- ампліпульстерапія;
- парафіно-озокеритові аплікації;
- струменевий та циркулярний душ;
- кліматолікування.

Медична сестра зобов'язана роз'яснити батькам необхідність дотримання дитиною режиму дня. Особливу увагу слід звернути на чергування занять, пов'язаних із тривалим сидінням. Після кожних 45-60 хв. роботи в положенні сидячи необхідно змінювати вид діяльності, робити перерву на 15 хв., або виконувати вправи для м'язів спини і хребта. Під час виконання уроків за столом слід вибрати таке положення, за якого була б максимально скоригована деформація хребта. Пацієнти зі сколіотичною хворобою на ранніх стадіях повинні спати на твердому ліжку. У разі прогресування деформації призначають коригувальні корсети. Пацієнтам зі сколіозом протипоказане тривале перебування на ногах, у вимушеному положенні, виконання важкої фізичної праці. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація дітей із вродженою клишоногістю** Вроджена клишоногість — стійка привідно-розгинальна контрактура стопи, спричинена вродженим порушенням розвитку надп'яtkово-гомiлкового суглоба і м'язово-зв'язкового апарату, який його формує. Спостерігаються недорозвинення та укорочення внутрішньої та задньої групи зв'язок і сухожилків м'язів — згиначів стопи, великогомілковий м'яз укорочений, його черевце стовщене. М'язи і сухожилки стопи розташовані аномально. Вроджена клишоногість — одна з найпоширеніших вроджених вад. Спостерігається частіше у хлопчиків, у 60 % випадків вона є двобічною, а в 10 % випадків поєднується з іншими врод- женими вадами: кривошиєю, дисплазією культових суглобів. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта Об'єктивно:**

- опущення зовнішнього і підняття внутрішнього краю стопи;
- положення підшовного згинання стопи (еквінус, або кінська стопа);
- приведення переднього відділу стопи (аддукція);
- утворення стовщення шкіри на зовнішньому краю стопи;
- асиметрія об'єму середньої третини гомілки;
  - зниження тонусу м'язів. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації, складання індивідуальної програми реабілітації** Лікування дитини розпочинають зразу після виписування з пологового будинку. Розрізняють консервативне та хірургічне лікування. У разі легкої форми клишоногості використовують коригувальні бинтові пов'язки, в інших випадках — гіпсові пов'язки з подальшою заміною гіпсовими лонгетами. **Перший етап** лікування розпочинають із моменту виявлення захворювання і проводять лікування положенням. Протягом поетапної корекції гіпсовими пов'язками (під спостереженням ортопеда) застосовують ЛФК у поєднанні з масажем і фізіотерапевтичними процедурами. **Завдання ЛФК і фізіотерапії на першому етапі:**
- запобігання розвитку м'язової атрофії і вегетосудинних розладів;
- покращення трофіки;
  - підтримання загального тонусу організму. **Другий етап** лікування розпочинають після 1 року життя (після остаточного зняття іммобілізації), триває до повного відновлення функції надп'яtkово-гомiлкового суглоба. **Засоби реабілітації** – масаж, фізичні вправи, вправи у теплій воді, фізіотерапевтичні процедури. **Фізичні вправи** проводять після масажу і фізіотерапевтичних процедур. Застосовують загальнорозвивальні та спеціальні вправи,

вправи ігрового характеру, дихальні вправи. Спеціальні вправи (пасивні та активні) включають:

- лежачи: згинання і розгинання стопи;
- сидячи: переكات з п'ятки на носок;
  - стоячи біля гімнастичної стінки: присідання, кругові обертання у кульшовому суглобі, згинання і розгинання нижніх кінцівок.

Після гіпсової іммобілізації використовують раннє осьове навантаження: ходьбу по дну басейну, рухи у надп'яtkово-гомількових суглобах (відштовхування, стрибки, підскоки).

#### **Фізіотерапевтичні процедури:**

- теплі ванни для ніг (36—37 °С);
  - вологі укутування гомілки і стопи хворої кінцівки (39-41°С) протягом 25-30 хв. (курс – 20-25 процедур);
  - електростимуляція пронаторів стопи протягом 10-15 хв. (курс – 16-25 процедур).

#### **Завдання ЛФК та фізіотерапевтичних процедур на другому етапі:**

- закріплення результатів корекції та відновлення опорної і рухової функцій стопи;
- боротьба з атрофією і контрактурою в суглобах;
- створення необхідних умов для повноцінного зростання і розвитку стопи;
- адаптація до фізичних навантажень, що підвищуються;
  - профілактика хибної ходи і порушень постави. У випадках, коли деформацію повністю усунути не вдається, показане хірургічне лікування. У післяопераційний період основні зусилля ЛФК спрямовані на відновлення сили, працездатності і витривалості м'язів гомілки; передбачає тривале використання коригувальних ортопедичних чобітків, шин, ортопедичного взуття. **Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації** Проводять протирецидивне лікування з перервою у 2-3 міс. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

**Реабілітація дітей із плоскостопістю** **Плоскостопість** – деформація стопи, яка характеризується зміною висоти поздовжнього склепіння у поєднанні з пронацією п'ятки та супінаційною контрактурою переднього відділу стопи. Розрізняють поздовжню плоскостопість – якщо знижене поздовжнє склепіння стопи, і поперечну – якщо знижене її поперечне склепіння. За походженням плоскостопість може бути вродженою, травматичною, паралітичною, рахітичною, статичною. **Медсестринське обстеження та оцінювання стану**

**здоров'я пацієнта. Виявлення проблем пацієнта** Характерний біль у ділянці стопи, який посилюється ввечері після тривалого перебування па нотах і зменшується після відпочинку; пастозність та набряк над'яtkово-гомiлкових суглобiв. Об'єктивно:

- стопа подовжена, розширена у передньому відділі;
- поздовжнє склепіння опущено;
- стопа пронована, контурує човноподібна кістка з медіального краю стопи;
- страждає хода, пальці розведені в боки;

• інколи обмежені рухи а усіх суглобах стопи. **Планування та реалізація медсестринських втручань на різних етапах реабілітації** Лікування комплексне: загальногігієнічні засоби, тривале застосування ЛФК, (фізіотерапевтичних процедур, масажу. Рекомендовані ортопедичне взуття, устілки-супінатори. **Завдання ЛФК:**

- скоригувати деформацію стоп;
- позбавитися вальгусної установки п'ятки і збільшити висоту склепіння;
- виховати та закріпити навички правильної постави;

• забезпечити загальне зміцнення організму, зокрема м'язів нижніх кінцівок. Застосовують загальнорозвивальні та спеціальні, спортивно-прикладні та ігрові вправи. На початку лікування виконують спеціальні вправи для стопи у положенні лежачи та сидячи. В основний період лікування необхідно досягнути корекції положення стопи і закріпити його. Навчають пацієнтів виконанню ЛГ:

- вправ для великогомілкових м'язів і згиначів пальців зі збільшенням навантаження;
- вправ із предметами — на захоплення пальцями стопи кульок, олівців, серветок;
- перекочуванню підшвами стоп валиків.

Вправи можна виконувати на похилих площинах, ребристих дошках, шведській стінці, тренажерах. У заключний період рекомендують лікувальну ходьбу, теренкур, гідрокінезотерапію, спортивно-прикладні вправи, близький туризм, катання на ковзанах, ходьбу на лижах, їзду на велосипеді. **Лікувальний масаж** проводять курсами по 1,5-2 міс. протягом усього періоду лікування. Використовують класичний, точковий масаж і самомасаж-. **Фізіотерапевтичні процедури:**

- аплікації з озокериту чергують із соляно-хвойними

ваннами;

- загальне УФО;
- електрофорез із хлоридом кальцію;

• електростимуляція. Профілактику плоскостопості потрібно розпочинати з 3-річного віку: ходьба босоніж, носіння взуття з твердою підошвою на невисоких підборах, загартування, регулярні заняття фізкультурою. **Диспансерно-поліклінічний етап реабілітації**  
Рекомендовано регулярно проводити заняття ЛФК та загартування. **Оцінювання ефективності медсестринських втручань, ступеня досягнення мети та корекцію медсестринських втручань** проводять на всіх етапах реабілітації.

### **Завдання для студента**

**Відповісти на запитання письмово:** 1. Які основні принципи реабілітації в педіатрії? 2. Які особливості реабілітаційних заходів у дітей? 3. Назвіть етапи медико-соціальної реабілітації пацієнтів педіатричного профілю. 4. Дайте характеристику етапів реабілітації та комплексів реабілітаційних заходів у разі: дисплазії кульшових суглобів; порушень постави; сколіозу; клишоногості; плоскостопості. 5. Які фізіотерапевтичні методи реабілітації застосовують у педіатрії?

**Вирішити тести:** 1. Який критерій призначення занять ЛФК у формі самостійних вправ для відновлення втрачених функцій опорно-рухового апарату?

- А. Свідоме ставлення до якості виконання кожної вправи, задовільний стан здоров'я. В. Бажання пацієнта без урахування стану здоров'я. С. Відсутність на робочому місці реабілітолога.

2. Які фізичні вправи переважно призначають у разі сколіозу I ступеня?

- А. Асиметричні. В. Загальнорозвивальні, дихальні, симетричні коригувальні. С. Асиметричні і деторсійні.

3. Які основні засоби фізичної реабілітації?

А. Фізичне виховання, спорт. В. ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, механотерапія, працетерапія. С. Оздоровча фізична культура, спорт, аеробіка.

4. Які спеціальні вправи проводять у разі плоскостопості з метою виправлення деформації стопи?

А. Дихальні вправи, вправи на розтягування.

В. Рефлекторні та дихальні вправи. С. Спеціальні види ходьби, коригувальні вправи для стопи і постави, загально зміцнювальні вправи. D. Ідеомоторні та загально зміцнювальні вправи. Е. Вправи з предметами і загально зміцнювальні.

5. Які форми ЛФК найчастіше застосовують у педіатрії?

А. Дозована ходьба, теренкур, ближній туризм. В. Спортивно-прикладні вправи. С. Рухові ігри. D. Механо- та працетерапія.

6. Порушення постави у дітей розвивається внаслідок:

А. недостатнього розвитку м'язів кінцівок; В. неправильної пози за партою під час занять; С. недостатнього рухового режиму; D. слабкого розвитку м'язів спини і живота.

7. Для профілактики сколіозу рекомендують:

А. вправи для м'язів спини;  
В. вправи для м'язів живота;



С. плавання; D. їзду на велосипеді.

8. Для профілактики плоскостопості рекомендують:

A. спеціальне взуття; B. вправи для м'язів нижніх кінцівок; C. загально розвивальні вправи; D. вправи для стоп із предметами.

9. Порушення постави – це:

A. сутулість; B. кругло-увігнута спина; C. плоска спина; D. асиметрична постава.

10. Види плоскостопості:

A. рахітична; B. паралітична. C. травматична; D. статична.

11. Які з названих речовин вводять під час електрофорезу з позитивного полюса?

A. магній; B. кальцій; C. йод; D. ніотинову кислоту.

12. Яке оснащення слід підготувати для проведення медикаментозного електрофорезу?

A. свинцеві електроди; B. конденсаторні пластини; C. гідрофільні прокладки; D. розчин ліків.

13. Які з названих ліків вводять з негативного полюса при електрофорезі?

А. мідь; В. новокаїн; С.  
аскорбінову кислоту; D.  
бром.

14. Які відчуття виникають у пацієнта під електродами під час гальванізації та електрофорезу?

А. печіння; В.  
тепло; С.  
поколювання; D.  
жодного.

15. Який вид струму застосовують в апараті «Поток-1»?

А. постійний; В.  
синусоїдальний; С.  
напівсинусоїдальний; D.  
імпульсний прямокутний.

**Вирішити задачі: Задача No1** Як за допомогою електрофорезу отримати тривалу анестезію?

**Задача No2** Дитина 6-місячного віку знаходиться на лікуванні у дитячому відділенні з діагнозом кривошия. У комплексному лікуванні призначена лікувальна гімнастика.

• Які завдання ЛФК?

**Задача No3** Який режим роботи апарата «Ампліпульс» використовують для введення лікувальної речовини?

**Примітка:** **Напишіть на аркуші паперу своє прізвище, групу, бригаду, тему**

**заняття. Відповівши на питання, тести та задачі, СФОТОГРАФУЙТЕ  
ВАШУ РОБОТУ і відправте на електронну адресу: [kap3070@ukr.net](mailto:kap3070@ukr.net)**

**Консультування студентів з даного предмета за телефоном:  
+38-050-82-575-30 щопонеділка та щоп'ятниці з 9.00 до 11.00**