

Медична і соціальна реабілітація: підручник

У підручнику викладено матеріал з основ реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу та медико-соціальної реабілітації при різних видах патології дорослих і дітей, описано сучасні орієнтовні комплекси відновного лікування пацієнтів з різними нозологіями згідно з програмою «Медична і соціальна реабілітація». Детально описано прийоми масажу та лікувальної фізкультури, що сприяють ефективному лікуванню та реабілітації хворих з різними патологічними станами в клініці внутрішніх хвороб.

Видання перероблено і доповнено зокрема такими темами:

- Реабілітація при підготовці до протезування нижніх кінцівок.
- Особливості реабілітації учасників бойових дій та постраждалих у результаті воєнної агресії.
- Соціальна реабілітація дітей з інвалідністю.
- Реабілітація після пневмонії коронавірусної етіології.
- Сколіоз.
- Протипоказання до фізичної реабілітації серцево-судинних захворювань.

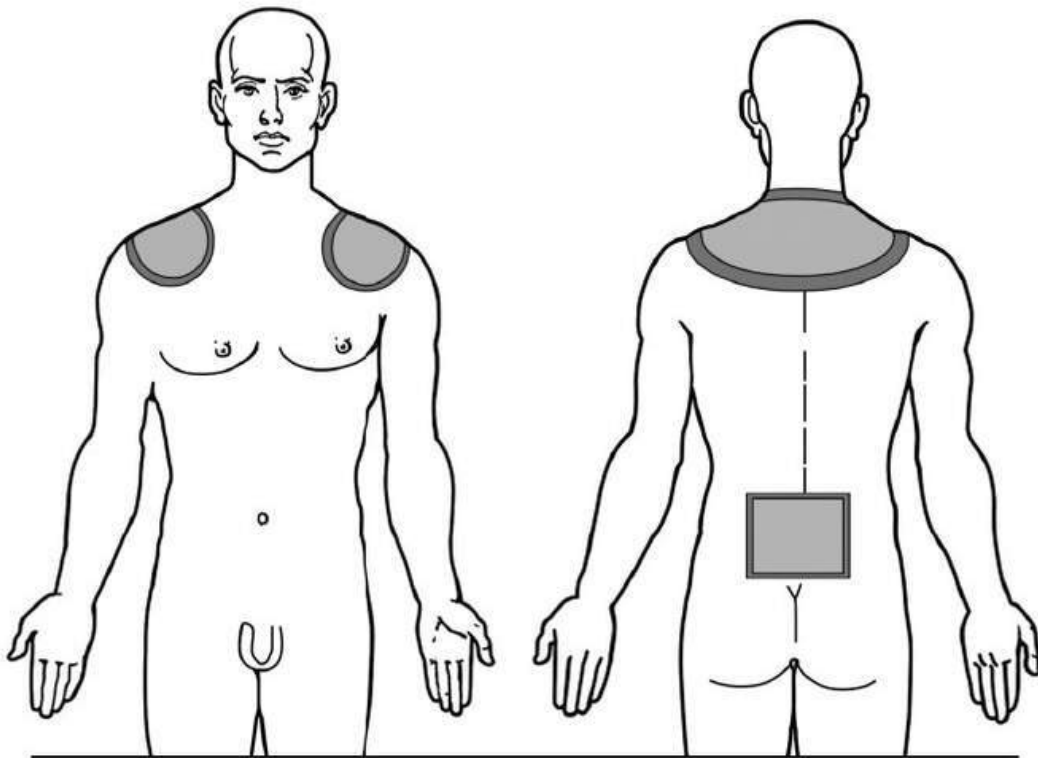
Особливу увагу приділено психологічній, професійній, педагогічній, соціальній реабілітації та відновному лікуванню в геріатрії з урахуванням анатомо-фізіологічних змін у цієї категорії пацієнтів.

Для студентів медичних закладів передвищої та вищої освіти МОЗ України, зокрема училищ, коледжів, академії та інститутів медсестринства, медичних сестер, інструкторів з лікувальної фізкультури, масажу та працівників соціальної служби реабілітації.

Медична і соціальна РЕАБІЛІТАЦІЯ

ПІДРУЧНИК

Третє видання, перероблене і доповнене



ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів
медичних училищ, коледжів, академії
та інститутів медсестринства

Київ
ВСВ "Медицина"
2023

УДК 364.048.6
ББК 53.5я73
М42

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як підручник для студентів медичних училищ, коледжів,
академії та інститутів медсестринства
(лист від 20.03.2013)*

Автори:

В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев, О.Д. Манаєнкова, Л.В. Виноград,
В.П. Зайцева, О.М. Кононенко, І.В. Подтикан, В.В. Рудницька, Т.О. Гречко

Рецензенти:

В.О. Потанов — д-р мед. наук, проф., зав. кафедри акушерства та гінекології ДЗ
“Дніпропетровська медична академія МОЗ України”;

Ю.М. Дзюба — канд. мед. наук, доцент кафедри акушерства та гінекології ДЗ
“Дніпропетровська медична академія МОЗ України”;

М.В. Середа — директор Департаменту охорони здоров'я Кременчуцької міської
ради Полтавської області

З огляду на швидкий розвиток медичної науки, лікарям-практикам слід проводити незалежну перевірку діагнозів і дозування лікарських засобів та опиратися на власний досвід і знання під час оцінювання та застосування методів діагностики й лікування, результатів експериментів та будь-яких даних. Автори, редактори, видавці та розповсюджувачі не несуть відповідальності за наслідки використання матеріалів, представлених у цій праці. Книга розрахована на фахівців-медиків, майбутніх професіоналів, магістрів, тому усім, хто не має відповідної підготовки, категорично не рекомендується застосовувати будь-яку інформацію, подану в книзі, без консультації з лікарем.

М42 **Медична і соціальна реабілітація : підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. — 3-є вид., переробл. і доповн. — К. : ВСВ “Медицина”, 2023. — 359 с.**
ISBN 978-617-505-948-7

У підручнику викладено матеріал з основ реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу та медико-соціальної реабілітації при різних видах патології дорослих і дітей, описано сучасні орієнтовні комплекси відновного лікування пацієнтів з різними нозологіями згідно з програмою “Медична і соціальна реабілітація”. Детально описано прийоми масажу та лікувальної фізкультури, що сприяють ефективному лікуванню та реабілітації хворих з різними патологічними станами в клініці внутрішніх хвороб. Особливу увагу приділено психологічній, професійній, педагогічній, соціальній реабілітації та відновному лікуванню в геріатрії з урахуванням анатомо-фізіологічних змін у цієї категорії пацієнтів.

Для студентів медичних закладів передвищої і вищої освіти МОЗ України, зокрема: училищ, коледжів, академії та інститутів медсестринства, медичних сестер, інструкторів з лікувальної фізкультури, масажу та працівників соціальної служби реабілітації.

УДК 364.048.6
ББК 53.5я73

© В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев,
О.Д. Манаєнкова, Л.В. Виноград, В.П. Зайцева,
О.М. Кононенко, І.В. Подтикан, В.В. Рудницька,
Т.О. Гречко, 2013, 2023
© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2023

ISBN 978-617-505-948-7

Зміст

Передмова	6
Список скорочень.....	7
Розділ 1. ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	8
Поняття про реабілітацію	8
Види реабілітації	11
Періоди реабілітації	13
Установи, що реалізують реабілітаційні програми: їх види, структура, завдання	15
Реабілітаційно-лікувальні (лікувально-профілактичні) заклади	16
Реабілітаційно-оздоровчі заклади.....	18
Функціональні обов'язки медичної сестри реабілітаційного центру.....	20
Етика медичної сестри	23
Реабілітаційні програми	23
Медико-соціальна експертна комісія	24
Експертиза втрати працездатності	24
Оцінка ефективності реабілітації	26
Профілактика захворювань.....	27
Медико-гігієнічне навчання та виховання населення. Формування здорового способу життя	27
Засоби медичної реабілітації.....	29
Охоронний режим.....	30
Режим рухової активності хворого	30
Лікувальне харчування	32
Розділ 2. ОСНОВИ ФІЗИОТЕРАПІЇ.....	33
Класифікація фізичних чинників лікування	33
Механізм дії фізичних чинників	34
Класифікація електролікувальних методів	35
Принципи фізіотерапії	35
Організація роботи, правила техніки безпеки фізіотерапевтичних відділень (кабінетів).	
Електротравма, невідкладна допомога.....	35
Електротравма, невідкладна допомога.....	46
Лікування електричним струмом низької напруги: гальванізація та електрофорез	47
Лікування постійним струмом	47
Гальванізація	48
Електрофорез лікарських засобів	52
Лікування імпульсними струмами низької напруги і частоти.....	59
Фізичні терміни і поняття.....	59
Електросон	60
Електростимуляція.....	63
Діадинамотерапія	67
Ампліпульстерапія.....	72
Лікування електричним струмом високої напруги і частоти, електричним і магнітним полем.....	78
Біологічна дія змінних струмів і полів високої, ультрависокої, надвисокої частоти	79
Дарсонвалізація	79
Індуктотермія	83
Ультрависокочастотна терапія.....	86
Методика і техніка проведення процедур	86
Механізм дії електричного поля УВЧ.....	88

УВЧ-індуктотермія.....	91
Мікрохвильова терапія	92
Мікрохвильова резонансна терапія.....	97
Франклінізація	98
Магнітотерапія	101
Лікування ультразвуком.....	108
Фізичні терміни і поняття.....	109
Техніка і методика проведення процедури.....	110
Аерозольтерапія	114
Механізм дії аерозольтерапії.....	115
Світлолікування	116
Фізичні терміни та поняття	117
Фізичні властивості світлолікування.....	117
Фізіологічна і лікувальна дія видимого світла	118
Фізіологічна і лікувальна дія інфрачервоного випромінювання	119
Фізіологічна і лікувальна дія ультрафіолетового випромінювання	121
Лазеротерапія	133
Термічний ефект лазеротерапії.....	134
Біостимуляційний ефект	135
Фотоактивація ферментів лазерним випромінюванням.....	136
Максимальний ступінь позитивної дії лазерної терапії низької потужності	136
Зменшення болю завдяки застосуванню лазерного випромінювання низької потужності	137
Імунологічний ефект лазеротерапії	137
Методика та техніка проведення процедури лазеротерапії.....	138
Біологічна та терапевтична дія лазерного випромінювання.....	138
Фізіопрофілактика	141
Загартовування.....	141
Ультрафіолетове опромінення.....	142
Інгаляції аерозолів, електроаерозолів, гідроаероіонів	143
Водолікування.....	143
Грязелікування.....	154
Методики грязелікування.....	156
Техніка застосування грязей	156
Лікування глиною	158
Лікування піском, або псамотерапія.....	158
Лікування парафіном.....	160
Лікування озокеритом	162
Санаторно-курортна справа.....	162
Організація курортної служби в Україні.....	162
Курортні ресурси України.....	164
Розділ 3. ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ТА МАСАЖ	170
Етапи сестринського процесу.....	170
Документація сестринського процесу	173
Лікувальна фізична культура	175
Основні розділи та організація медичного контролю	176
Рухові режими	180
Ефективність застосування ЛФК	181
Використання ЛФК при захворюваннях органів дихання.....	185
ЛФК при захворюваннях серцево-судинної системи	188
Використання ЛФК при захворюваннях органів травлення та обміну речовин	190
ЛФК при порушенні обміну речовин	191
Використання ЛФК при травмах опорно-рухового апарату і захворюваннях нервової системи.....	194
Лікувальний масаж	198
Механізм фізіологічної дії масажу на організм людини	199

Основні прийоми та правила масажу	199
Масаж задньої поверхні тіла	201
Масаж задньої поверхні нижніх кінцівок	206
Масаж передньої поверхні тіла	208
Масаж передньої поверхні нижніх кінцівок	211
Масаж живота	213
Розділ 4. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	
ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПАТОЛОГІЇ У ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ	215
Медична та соціальна реабілітація пацієнтів терапевтичного профілю	215
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи	215
Серцева недостатність	235
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях органів дихання	238
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях травної системи	249
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях ендокринної системи	256
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях сечової системи	261
Реабілітація пацієнтів хірургічного профілю	262
Медична реабілітація пацієнтів з ушкодженнями і захворюваннями органів грудної клітки	262
Медична реабілітація після оперативних втручань на органах черевної порожнини	263
Медична та соціальна реабілітація після операцій на органах сечової системи	265
Соціальна реабілітація при переломах хребта	265
Реабілітація учасників бойових дій та постраждалих в результаті збройної агресії	267
Догляд за хворими з травмами таза	271
Догляд за хворими з облітеруючими захворюваннями артерій	271
Рекомендації пацієнтам після операції з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок	271
Рекомендації хворим на тромбофлебіт	273
Реабілітація при переломах кісток кінцівок	274
Реабілітація при захворюваннях нервової системи	275
Реабілітація хворих після інсульту	275
Реабілітація хворих з неврологічними проявами остеохондрозу хребта	283
Реабілітація в педіатрії	287
Анатомо-фізіологічна характеристика дитячого організму в різні вікові періоди	287
Реабілітація дітей з вродженою аномалією розвитку	293
Реабілітація дітей при інфекційних захворюваннях дитячого віку і їх профілактика	312
Реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи у дітей	314
Реабілітація дітей із захворюваннями органів дихання	317
Реабілітація дітей при захворюваннях і травмах нервової системи	322
Рухливі ігри в системі реабілітації дітей	326
Реабілітація в акушерстві та гінекології	328
Особливості занять фізичними вправами в період вагітності, при пологах і в післяпологовий період	328
Основні зміни в організмі жінки у період вагітності	328
Гімнастика в період вагітності	332
Гімнастика при пологах	337
Гімнастика в післяпологовий період	338
ЛФК при гінекологічних захворюваннях	339
Психологічний супровід пацієнтів акушерсько-гінекологічного профілю	342
Психологічна, професійна, педагогічна, соціальна реабілітація та відновне лікування в геріатрії	346
Медична та соціальна реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів у людей літнього віку	346
Анатомо-фізіологічні особливості внутрішніх органів у людей похилого віку	347
Список літератури	359

Передмова

Реабілітація — один з найважливіших напрямів у системі охорони соціального здоров'я, що включає державні, соціально-економічні, психологічні, професійні, педагогічні та інші заходи, спрямовані на профілактику та лікування захворювань, які призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності, а також на повернення хворих і інвалідів до суспільно корисної праці.

Важливе місце в цьому процесі посідають молодші медичні працівники, які повинні мати глибокі теоретичні знання з основ реабілітації, володіти необхідними практичними навичками, методами психотерапевтичної деонтології, мати високі моральні якості. З огляду на це в підручнику проаналізовано роль медичної сестри у формуванні здорового способу життя та профілактиці захворювань.

У підручнику викладено матеріал з основ реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу та медико-соціальної реабілітації за різних видів патології дорослих і дітей, описано сучасні орієнтовні комплекси відновного лікування пацієнтів з різними нозологіями згідно з програмою “Медична і соціальна реабілітація”. Детально описано прийоми масажу та лікувальної фізкультури, що сприяють ефективному лікуванню та реабілітації хворих з різними патологічними станами в клініці внутрішніх хвороб. Особливу увагу приділено психологічній, професійній, педагогічній, соціальній реабілітації та відновному лікуванню в геріатрії з урахуванням анатомо-фізіологічних змін у цієї категорії пацієнтів.

Позитивною ідеєю є поєднання в одному підручнику питань організації, структури і завдань служби.

Підручник призначений для студентів медичних училищ, коледжів, академії, інститутів медсестринства та лабораторної медицини, медичних сестер, інструкторів з лікувальної фізкультури та масажу.

Розділ 3

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ТА МАСАЖ

ЕТАПИ СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Велике значення у реалізації пацієнта відіграє впровадження в практику молодшого медичного спеціаліста сестринського процесу.

Сестринський процес — системне визначення ситуації, у якій перебувають пацієнт і медична сестра, та проблем, що виникають у зв'язку із цим, для виконання плану догляду, що влаштовує обидві сторони.

Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів:

- сестринське обстеження пацієнта;
- сестринський діагноз (визначення потреб і виявлення проблем);
- планування допомоги, спрямованої на задоволення виявлених потреб (проблем);
- виконання плану необхідних сестринських втручань;
- оцінка отриманих результатів з їхньою корекцією в разі потреби.

Метою сестринського процесу є підтримка і відновлення незалежності пацієнта в задоволенні основних потреб організму.

Досягають її завдяки вирішенню таких завдань:

- створення бази даних про пацієнта;
- визначення потреби пацієнта у сестринському догляді;
- визначення пріоритетів сестринського догляду;
- надання сестринської допомоги;
- оцінювання ефективності процесу догляду.

Перший етап сестринського процесу — сестринське обстеження, що включає огляд пацієнта, збирання і аналіз суб'єктивних і об'єктивних даних.

Зібравши необхідну інформацію про стан пацієнта, медична сестра повинна:

- скласти уявлення про пацієнта до початку медичного втручання;
- визначити здатність пацієнта до самообслуговування;
- встановити ефективне спілкування з пацієнтом;
- обговорити з пацієнтом потреби у догляді і результати, які очікуються;
- заповнити документацію.

Оцінювання об'єктивних даних фізичного стану пацієнта:

- фізичні дані: зріст, маса тіла, набряки (локалізація);
- вираз обличчя: спокійний, байдужий, насторожений, хворобливий, страдницький, без особливостей;
- стан свідомості: ясна, потьмарена, непритомність;
- положення в ліжку: активне, пасивне, вимушене;

- стан кістково-м'язової системи: деформація скелета, суглобів, атрофія м'язів, м'язовий тонус (збережений, підвищений, знижений);
- стан дихальної системи: частота дихальних рухів, тип дихання (грудний, черевний, змішаний), ритм дихання (ритмічне, аритмічне), глибина (поверхнєве, глибоке);
- визначення АТ: нормотензія, гіпотензія, гіпертензія (визначають на обох руках);
- визначення пульсу: кількість ударів за 1 хв, ритмічність, наповнення та напруженість пульсу;
- здатність до переміщення: самостійно, за допомогою інших.

Оцінювання об'єктивних даних психологічного стану пацієнта:

- зміни емоційної сфери (страх, неспокій, ейфорія, апатія);
- психологічна напруженість (невдоволення собою, відчуття сорому, депресія).

Суб'єктивні відомості про стан пацієнта медична сестра одержує в результаті бесіди. Вони залежать від емоційного стану та почуттів пацієнта. Інформацію можуть надавати родичі, колеги, якщо хворий непритомний, дезорієнтований або пацієнт дитина.

Якість проведеного обстеження і достовірність отриманої інформації визначають ефективність подальших етапів сестринського процесу.

Другий етап сестринського процесу — визначення проблем пацієнта.

Сестринський діагноз — визначення стану здоров'я пацієнта (наявне та потенційне). Його встановлюють унаслідок проведення сестринського обстеження. Сестринський діагноз, спрямований на виявлення реакцій організму, пов'язаних із хворобою, може часто змінюватися залежно від реакції організму на хворобу та уявлення пацієнта про стан власного здоров'я.

Сестринські діагнози пов'язані з розладами процесів:

- руху (зниження рухової активності, розлади координації та ін.);
- дихання (утруднене дихання, кашель, ядуха);
- кровообігу (набряки, аритмія та ін.);
- харчування (харчування, яке значно перевищує потреби організму, погіршення харчування та ін.);
- поведінки (відмова від лікарських засобів, соціальна самоізоляція, суїцид);
- уваги (довільна, мимовільна);
- пам'яті (амнезія, гіпоамнезія, гіперамнезія);
- зміни гігієнічних потреб (зменшення потреби в гігієнічних знаннях і навичках);

Основними методами сестринської діагностики є спостереження та бесіда. Особливу увагу у сестринській діагностиці приділяють установленню психологічного контакту та визначенню первинного психологічного діагнозу.

Медична сестра, проводячи бесіду з пацієнтом, спостерігає за наявністю або відсутністю психологічної напруженості та звертає увагу на:

- міміку, тембр голосу, рухи пацієнта, темп мовлення, словниковий запас;
- зміни емоційної сфери, вплив емоцій на поведінку, настрій, стан організму.

Під час проведення психологічної бесіди необхідно виявляти повагу до особистості пацієнта, гарантувати конфіденційність одержаної інформації. Після формулювання всіх сестринських діагнозів медична сестра встановлює їх пріоритети, спираючись на думку пацієнта.

Банк сестринських діагнозів:

1. Недостатність харчування, яке не відповідає потребі організму.
2. Надлишкове харчування, яке перевищує потреби організму.

3. Зниження захисних функцій організму у зв'язку з...
4. Втома.
5. Зниження (відсутність) фізичної активності (рухливості) через...
6. Порушення комфортного стану, пов'язане з...
7. Нездатність до самодогляду, пов'язана з... (слабкістю, зниженням фізичної активності).
8. Порушення випорожнення (закреп).
9. Ризик появи пролежнів, попрілостей у тяжкохворих.
10. Відчуття тривоги, пов'язане з...
11. Відчуття відчаю і безнадії.
12. Неспокій, пов'язаний з...
13. Зниження емоційного тону (у зв'язку зі страхом, стресом).
14. Помірний (сильний) біль, пов'язаний з неможливістю лежати на боці (правому, лівому).
15. Помірний (сильний) біль, пов'язаний з обмеженням екскурсії грудної клітки (справа, зліва).
16. Страх, пов'язаний з відчуттям нестачі повітря.
17. Відсутність активних рухів у зв'язку з паралічем, травмою, іммобілізацією.
18. Відчуття відчаю та безнадії, пов'язані зі страхом залишитися інвалідом.
19. Депресивний стан у зв'язку з тривалим перебуванням на постільному режимі.
20. Розлади поведінки (розлади спілкування, соціальна самоізоляція).
21. Тривога з приводу... (відносини в сім'ї).
22. Тривога, пов'язана із залежністю від стороннього догляду.
23. Поява пролежнів унаслідок розладів трофіки.
24. Тривога, пов'язана з невпевненістю у сприятливому перебігу хвороби.

Третій етап сестринського процесу — планування мети та обсягу сестринського догляду.

Визначення мети догляду потрібне для:

- визначення індивідуального сестринського догляду;
- визначення ефективності догляду.

Пацієнт бере активну участь у процесі планування. Медична сестра мотивує мету, переконуючи пацієнта в необхідності її досягнення, разом з ним визначає способи її досягнення.

Досягнення будь-якої мети включає три компоненти:

1. Виконання (дія).
2. Критерії (дата, час, відстань).
3. Вимоги (за допомогою когось або чогось).

Наприклад: пацієнт буде виконувати рухи у ліктьовому суглобі з повною амплітудою за допомогою здорової руки на 10-ту добу.

Вимоги до визначення мети. Мета повинна бути:

- реальна;
- з визначенням конкретних термінів досягнення;
- обговорена з пацієнтом.

Види мети:

1. Короткотермінова, досягнення якої відбувається протягом тижня.
2. Довготермінова, досягнення якої відбувається протягом 2 тиж., частіше після виписування пацієнта зі стаціонару.

Наприклад: *короткотермінова мета*: 1. У пацієнта М. зникне набряк до кінця тижня. 2. У пацієнта П. зникне біль у суглобі нижньої лівої кінцівки протягом 5 днів. *Довготермінова мета*: 1. У пацієнта І. нормалізується АТ до 10-ї доби. 2. Пацієнт В. буде психологічно підготовлений до життя в родині до моменту виписування зі стаціонару.

Вимоги до обсягу сестринського догляду. Виділяють такі типи сестринського втручання: *залежні* (медична сестра виконує призначення лікаря під його контролем) та *незалежні дії* медичної сестри. До незалежного втручання належать дії зі спостереження за реакцією на лікування, адаптацією пацієнта до захворювання, надання долікарської допомоги, порад пацієнту, навчання його самодогляду. Розрізняють також *взаємозалежні дії* медичної сестри, які вона виконує, співпрацюючи з колегами, родичами пацієнта, з метою надання допомоги, для підтримки, догляду.

Четвертий етап сестринського процесу — реалізація догляду.

Висувають такі вимоги до реалізації плану догляду:

1. Систематичне виконання плану сестринського догляду — координації спланованих дій.
2. Залучення пацієнта і членів його родини в процес надання допомоги.
3. Реєстрація наданої допомоги.
4. Надання долікарської допомоги за стандартами сестринської практики з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.
5. Реалізація плану сестринського догляду завдяки використанню засобів ЛФК із комплексними психофізичними тренуваннями у різних лікувальних варіантах та режими рухової активності.

П'ятий етап сестринського процесу — оцінювання ефективності запланованого догляду, тобто визначення результату сестринської допомоги, що виконують до виписування пацієнта.

Медична сестра збирає й аналізує інформацію, робить висновки щодо реакції пацієнта на догляд та про можливості виконання плану догляду, виявляє нові проблеми.

Основні аспекти оцінювання:

1. Досягнення мети, визначення якості догляду — реакція пацієнта на якість догляду.
2. Виявлення й оцінювання нових потреб. Якщо мети досягнуто і проблему вирішено, медична сестра відмічає це в плані про досягнення мети, ставить дату та підпис. Якщо мети не досягнуто і пацієнт як і раніше потребує догляду, потрібно провести переоцінку, визначити погіршення стану здоров'я пацієнта.

Важливо залучити пацієнта до визначення причини, яка завадила досягненню поставленої мети.

Документація сестринського процесу

Принципи ведення документації:

1. Чіткі формулювання та записи.
2. Коротке викладення інформації.
3. Використання загальноприйнятих скорочень.
4. Кожен запис має починатися із зазначення дати і часу, закінчуватися підписом медичної сестри, яка склала звіт.

Форми:

Карта сестринського догляду

Дата	Проблеми пацієнта (діагнози)	Планування			Реалізація плану догляду	Кінцева дата досягнення мети	Оцінювання ефективності занять ЛФК
		Мета		Сестринське втручання (дії медичної сестри, вибір засобів ЛФК)			
		Коротко-термінова	Довготермінова				

П.І.Б. пацієнта _____ Відділення _____

Палата _____ Руховий режим _____

Лікувальний варіант _____

Підпис лікаря _____ Підпис медичної сестри _____

Звіт про догляд

П.І.Б. пацієнта _____ Відділення _____

Палата _____ Ліжко _____

Дата	Проблеми пацієнта (діагнози)	Планування			Реалізація плану догляду	Кінцева дата досягнення мети	Оцінювання ефективності занять ЛФК
		Мета		Сестринське втручання (дії медичної сестри, вибір засобів ЛФК)			
		Коротко-термінова	Довготермінова				

Лікувальна фізична культура

Лікувальна фізична культура (ЛФК) — метод лікування, який використовує засоби фізичної культури з лікувально-профілактичною метою для найшвидшого та повноцінного відновлення здоров'я і працездатності шляхом подолання патологічного процесу та запобігання його наслідкам.

ЛФК створює умови активної психічної та фізичної участі хворих у лікувальному процесі.

Основною метою ЛФК є виведення в найкоротший термін організму людини з патологічного стану та відновлення працездатності хворого. Застосування ЛФК — це не лише лікувально-профілактичний, а й лікувально-виховний процес. В основі ЛФК — обстеження основної біологічної функції організму — функції руху, що є стимулятором процесів росту, розвитку та формування організму, тому активна участь хворого в лікувальному процесі — основний момент, який відрізняє ЛФК від інших методів лікування.

Основні засоби ЛФК:

1. Фізичні вправи.
2. Природні чинники (сонячне опромінювання, аерація, водні процедури).
3. Лікувальний масаж.

Виділяють три основні групи фізичних вправ: гімнастичні вправи, спортивно-прикладні вправи (ходьба, оздоровлювальний біг, лижі, плавання та ін.), спортивні та інші рухливі ігри.

Класифікація фізичних вправ:

За спрямованістю дії:

- загальнорозвивальні — дають загальнозміцнювальний ефект;
- спеціальні — вибірково дія з урахуванням характеру захворювання або травми.

За характером м'язового скорочення:

- статичні (ізометричне скорочення м'язів);
- динамічні (ізотонічне скорочення):
- активні, які хворий виконує самостійно та свідомо;
- пасивні, які хворий виконує за допомогою іншої особи (методиста, лікаря тощо) без вольового зусилля або самостійно без активного скорочення м'язів.

За аналітичною ознакою:

- для м'язів голови, шиї, рук, ніг, тулуба.

За характером:

- дихальні;
- коригувальні;
- на координацію рухів;
- підготовчі та ін.

За використання предметів і приладів:

- без них;
- з ними;
- на них.

За допомогою відтворення в думках виконують *ідеомоторні вправи* — посилення імпульсів до скорочення м'язів.

Розрізняють вправи, що справляють переважно загальну дію на організм, — *загальнорозвивальні вправи*, а також ті, що діють локально на хворий чи травмований орган — *спеціальні вправи*.

Природні чинники — сонце, повітря і воду — застосовують при різноманітних формах ЛФК для підвищення опірності організму негативному впливу навколишнього середовища, для оздоровлення та загартування.

Форми ЛФК — ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, спортивні вправи та ігри, гідрокінезіотерапія, теренкур.

ОСНОВНІ РОЗДІЛИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО КОНТРОЛЮ

Антропометричні вимірювання

Для спостереження за зміною фізичного стану здоров'я хворого використовують методи антропометричних вимірювань. У клінічній практиці найчастіше застосовують такі антропометричні розміри, як маса тіла, зріст, окружність грудної клітки, ЖЄЛ і м'язова сила.

Правильно оцінити той або той показник можна лише шляхом порівняння його чисельного значення з належною або середньою величиною.

Визначення маси тіла. Одним із показників фізичного розвитку людини є маса тіла, яка залежить від віку, морфологічних і фізіологічних особливостей організму і дає змогу опосередковано робити висновок про стан здоров'я. Динаміка маси тіла пов'язана з інтенсивністю фізичних навантажень, характером харчування, наявністю захворювань тощо. Для визначення маси тіла проводять зважування на медичних терезах.

Визначення зросту. Зріст вимірюють за допомогою зростоміру. Хворий стає спиною до зростоміру, торкаючись його стійки трьома поверхнями: п'ятами, сідницями, ділянкою лопаток. Голова повинна бути в такому положенні, щоб зовнішній кут ока і верхній край зовнішнього слухового отвору були на одному рівні. Для хворого, що сидить, застосовують антропометр, який дає змогу в будь-якому положенні виміряти зріст хворого й довжину окремих частин його тіла.

Вимірювання окружності грудної клітки. Під час вимірювання окружності грудної клітки користуються сантиметровою стрічкою, яку накладають так, щоб вона ззаду торкалася нижніх кутів лопаток, спереду в чоловіків — нижньої лінії сегментів сосків, у жінок — рівня IV ребра вище грудної залози. При цьому проводять три вимірювання: під час максимального вдиху, видиху і в період паузи. За різницею показників окружності грудної клітки на висоті вдиху й видиху визначають її екскурсію.

Життєва ємність легенів (ЖЄЛ) — найбільша кількість повітря, що її видихає людина після максимально глибокого вдиху. ЖЄЛ є одним із показників зовнішнього дихання і сукупністю трьох легеневих об'ємів: дихального об'єму — ДО (кількість повітря, яку вдихають або видихають за кожного дихального циклу), резервного об'єму видиху — $PO_{\text{вд}}$ (кількість повітря, яку людина може видихнути після спокійного видиху) і резервного об'єму вдиху $PO_{\text{вд}}$ (кількість повітря, яку людина може вдихнути після спокійного вдиху).

$$\text{ЖЄЛ} = \text{ДО} + PO_{\text{вд}} + PO_{\text{вд}}$$

ЖЄЛ залежить від віку, статі, маси тіла, зросту і фізичного розвитку людини.

Визначають ЖЄЛ за допомогою спірометрії, спірографії та інших методів.

За допомогою спірометрії досліджують механіку дихання, оцінюють її порушення та резерви дихальної функції. Збільшення ЖЄЛ спостерігають під час фізичного тренування. Зменшення ЖЄЛ відбувається при багатьох захворюваннях, які супро-

воджуються ослабленням дихальних м'язів, зменшенням розтяжності легенів і грудної клітки, венозним застоєм у малому колі кровообігу.

Динамометрія — це вимірювання сили, що розвивається за участі будь-якої групи м'язів, спеціальним приладом — динамометром.

Силу стиснення кисті визначають за допомогою ручного динамометра. Вимірювання проводять у положенні пацієнта стоячи, при цьому рука має бути витягнута вбік. Проводять по три вимірювання на кожній руці, записують найбільший показник.

Для орієнтовного оцінювання антропометричних даних застосовують метод індексів.

Масо-зростовий індекс (індекс Кетле) характеризує масу тіла порівняно з довжиною тіла:

$$\frac{\text{Маса тіла, г}}{\text{Зріст, см}}$$

У нормі цей індекс становить:

для чоловіків — 350—400, для жінок — 325—375.

Зросто-масовий індекс обраховують так: від величини зросту (стоячи) у сантиметрах віднімають 100, різниця і є масою тіла, у кілограмах.

Цей показник застосовують лише для оцінювання фізичного розвитку дорослих людей зростом 155—165 см. Якщо зріст 166—175 см, необхідно віднімати не 100, а 105 одиниць, 176—185 см — 110 одиниць тощо.

Життєвий показник:

$$\frac{\text{ЖЄЛ, мл}}{\text{Маса тіла, кг}}$$

для чоловіків — 65—70 мл/кг, для жінок — 55—60 мл/кг.

Силовий показник:

$$\frac{\text{Сила кисті, кг} \times 100}{\text{Маса тіла, кг}}$$

для чоловіків — 65—70, для жінок — 48—50 (дані сильнішої руки).

Періоди застосування ЛФК

Клінічний перебіг захворювання і загальний стан хворого під дією комплексного лікування поступово змінюється і, природно, змінюються форми й методика занять ЛФК. Розрізняють три періоди застосування ЛФК, кожний з яких характеризується відповідним анатомо-функціональним станом ушкодженого органа і всього організму в цілому.

I період (вступний) — щадний — характеризується вираженими анатомічними і функціональними порушеннями ушкодженого органа, відповідної системи в цілому, симптомами, притаманними тій чи тій хворобі або травмі, вимушеним зниженням рухової активності, зокрема іммобілізацією. Завдання цього періоду — поліпшення нервово-психічного стану хворого, запобігання виникненню ускладнень, стимуляція трофічних і компенсаторних процесів, навчання навичок самообслуговування.

ЛФК застосовують у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять. Комплекси складаються приблизно із 75 % загальнорозвивальних і дихальних вправ у співвідношенні 1 : 1 та 25 % спеціальних вправ. Виконують їх пе-

реважно з вихідного положення лежачи. Інтенсивність вправ мала, а наприкінці періоду — помірні. Тривалість лікувальної гімнастики — 5—12 хв. Фізіологічна крива навантаження, що є зображенням зміни частоти пульсу під час занять, є одновершинною у середині основної частини занять.

II період (основний) — функціональний — характеризується покращанням клінічного стану хворого, відновленням анатомічної цілості органа чи тканин за одночасного значного порушення їх функції. Так, при переломі кісток з утворенням кісткової мозолі за досягнутого усунення морфологічного дефекту, іммобілізації сила м'язів знижена і рухи у суглобах обмежені. Основні завдання періоду — відновлення функцій ушкодженого органа і систем організму, підготовка до збільшення фізичних навантажень і зміни рухового режиму. Застосовують форми ЛФК попереднього періоду та спортивно-прикладні вправи: ходьба, метання, елементи побутових рухів і професійної діяльності. У заняття включають близько 50 % загальнорозвивальних і дихальних вправ у співвідношенні 2 : 1 та спеціальні вправи, частка яких збільшується до 50 %. Вправи виконують у вихідному положенні лежачи, сидячи, стоячи з помірною інтенсивністю. Тривалість лікувальної гімнастики — 15—25 хв. Фізіологічна крива навантаження — дво-три-чотиривершинна.

III період (заклучний) — тренувальний — характеризується завершенням процесу одужання, відновленням функцій за недостатньої здатності витримувати життєві навантаження. У пацієнтів спостерігають залишкові явища перенесеної хвороби: зниження сили, витривалості, швидкості, здатності переносити фізичні навантаження у повному обсязі. Основні завдання періоду — виховання впевненості у цілковитому одужанні та повноцінному поверненні до праці, підвищення функціональної здатності та фізичних властивостей організму, тренування його до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру, відновлення працездатності або удосконалення функцій пристосування пацієнта до змінених хворобою чи травмою умов життя. У цей період застосовують усі форми ЛФК. Виконують вправи великої інтенсивності і, якщо дають змогу перенесене захворювання та вік і організм добре адаптувався до цих навантажень, — ще й вправи максимальної інтенсивності. У комплекс лікувальної гімнастики входять близько 25 % загальнорозвивальних і дихальних вправ у співвідношенні 3—4 : 1 і близько 75 % спеціальних вправ. Тривалість заняття — 30—45 хв. Фізіологічна крива навантаження — багатoverшинна.

У процесі фізичної реабілітації у I і II періоди ЛФК застосовують під час стаціонарного лікування хворих, у III період — у реабілітаційному центрі, санаторії, поліклініці, диспансері.

Загальні вимоги до проведення занять з ЛФК

Методика ЛФК залежить від завдань, засобів і форм ЛФК. Вона може бути видозмінена залежно від загального стану хворого, перебігу захворювання, рухового режиму, відповідних реакцій організму на фізичне навантаження, що поступово збільшується. Величина фізичного навантаження зумовлена характером, загальною кількістю вправ і їх повторень, вихідним положенням, темпом, амплітудою рухів, складністю та ступенем силових напружень, інтенсивністю фізичних вправ, щільністю і тривалістю занять, емоційним рівнем їх проведення.

Застосовуючи фізичні вправи, необхідно дотримуватись основних дидактичних принципів: свідомість і активність, наочність, доступність і індивідуальність, систематичність і поступовість підвищення вимог (схема 2). Особливо ретельно слід дотримуватися принципу розподілу навантаження між різними групами м'язів, чергу-

Рекомендована література



Перша екстрена і тактична медична допомога на догоспітальному етапі



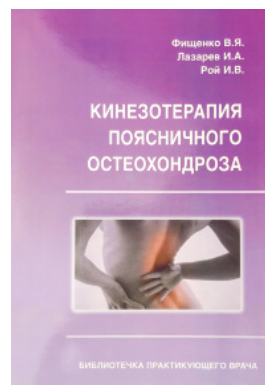
Фізіотерапія: підручник



Индивидуальное здоровье: теория и практика



Довідник нейроортопедичних проявів патології хребта



Кинезотерапия поясничного остеохондроза



Тактична медицина. Навчальний посібник

Перейти до категорії
Охорона здоров'я. Гігієна

MEDLIT
медична література

КУПИТИ