

**Тайстра Ольга, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту;** науковий керівник – к.с.-г.н., доцент Таргоній В. М. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПНЕВМОНІЇ**

***Анотація.** В статті досліджено програму фізичної реабілітації хворих пневмонією. Розкрито особливості проведення фізичної реабілітації у хворих на вогнищеву пневмонію в лікарняний період. Обґрунтовано, що застосування запропонованої програми фізичної реабілітації на фоні медикаментозного лікування дозволило швидше покращити самопочуття, загальний стан та відновити працездатність пацієнтів.*

**Ключові слова:** пневмонія, пацієнти, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж.

***Аннотация.** В статье исследована программа физической реабилитации больных пневмонией. Раскрыты особенности проведения физической реабилитации у больных очаговой пневмонией в больничный период. Обосновано, что применение предложенной программы физической реабилитации на фоне медикаментозного лечения позволило быстрее улучшить самочувствия, общее состояние и возобновить работоспособность пациентов.*

**Ключевые слова:** пневмония, больные, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, лечебный массаж.

***Annotation.** The article investigates the application of physical rehabilitation of patients with pneumonia. Features of physical rehabilitation patients with focal pneumonia in the hospital are disclosed. It is proved that the proposed use of physical rehabilitation program with medical treatment allows quickly improving the health, general condition and renewing functionality of patients.*

**Key words:** pneumonia, patients, physical rehabilitation, medical physical culture, mass therapy.

**Пульмонологія** – одна із важливих областей сучасної медицини. Це зумовлено тим, що в останні десятиріччя значно збільшилась кількість захворювань легенів, питома вага яких у структурі причин звернення за медичною допомогою становить понад 60 % [1]. Одним із найбільш частих інфекційних захворювань органів дихання є пневмонія.

Захворюваність на пневмонію складає 10–13,8 випадків на 1000 населення [2; 3]. Патологічні зміни в дихальній системі призводять до

порушення життєдіяльності організму, тимчасового зниження або повної втрати працездатності, а іноді і до летальних випадків. Тому діагностика і лікування хвороб органів дихання – одне з головних завдань, які стоять перед лікарем у його практичній діяльності, а фізична реабілітація повинна запобігти переходу гострих процесів в хронічні [2; 4].

Пневмонія в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними втратами внаслідок цього захворювання [1; 5].

Одними з основних та найавторитетніших джерел інформації для лікарів з питань діагностики та лікування хворих на пневмонію є клінічні рекомендації (консенсуси), підготовлені провідними спеціалістами за результатами перспективних рандомізованих порівняльних, належно контрольованих досліджень з урахуванням постулатів доказової медицини.

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

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

**Важливість реабілітації та відновлення** працездатності хворих на пневмонію привертає увагу до цієї проблеми відомих вчених, серед яких слід виділити роботи В. А. Ахмедова, Е. Е. Баженова, М. В. Григоренка, В. А. Епифанова, О. М. Лещинського, А. Г. Малявина, В. А. Остапенка, І. І. Сахарчука та ін. Проте, суттєво зменшити захворюваність населення на цю хворобу в останні роки не вдається, що зумовлює необхідність нових досліджень. Виходячи з вищесказаного, серйозної уваги заслуговує пошук нових ефективних, патогенетично обґрунтованих методів фізичної реабілітації хворих на вогнищеву пневмонію і їхнє поєднання з сучасними медикаментозними засобами.

**Метою нашої статті** є дослідження впливу запропонованої програми фізичної реабілітації на стан хворих пневмонією.

**Дослідження проводилося** на базі Мукачівської центральної районної лікарні. Для проведення дослідження були підібрані 34 пацієнти із діагнозом

«Вогнищева пневмонія», які перебували на лікуванні в терапевтичному відділенні. 17 пацієнтів лікувалися за традиційною медикаментозною методикою – контрольна група, а 17 пацієнтів погодилися на проведення з ними додатково до загальноприйнятого лікування ще й фізичної реабілітації – основна група. Програма фізичної реабілітації включала ЛФК та лікувальний масаж. Обидві групи були ідентичними за кількістю пацієнтів чоловічої і жіночої статі, загальним станом і самопочуттям та були обстежені на початку дослідження та наприкінці.

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

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

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

збільшення кількості вправ до 10–15 за хвилину. Тривалість лікувальної гімнастики 18–25 хв.

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

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

Лікувальний масаж призначали за тих самих умов і термінів, що й ЛФК. Масаж, який використовувався під час усіх рухових режимів лікарняного періоду реабілітації, мав такі завдання: активізація діяльності дихальних м'язів, покращення вентиляції і сприяння відходженню мокротиння; стимуляція екстракардіальних чинників кровообігу, попередження тромбоемболій; підвищення загального тону організму.

Масаж спини пацієнта робили у вихідній позиції лежачи на хворому боці. Виконували погладження і розтирання. Масажували нижні та верхні кінцівки, грудну клітку в позиції лежачи на здоровому боці і спині.

За умови суворого постільного режиму ослабленим хворим, особливо літнього віку, приписували погладжувальний масаж спини (щоб запобігти легенеvim ускладненням) у вихідній позиції лежачи на здоровому боці, а також масаж нижніх та верхніх кінцівок. Під час розширеного постільного режиму після закінчення заняття відзначали ефективність масажу кінцівок і грудної клітки (погладження, розтирання, ударні прийоми для відходження мокротиння) протягом 5–8 хв. Після закінчення процедури лікувальної гімнастики у разі переходу до палатного режиму був показаний масаж плечового пояса, грудної клітки та нижніх кінцівок.

Для пацієнтів обох груп застосовувалися інгаляції, кисневий коктейль, УФО грудної клітки, солюкс на грудну клітку та електрофорез калію йодиду на передню поверхню грудної клітки. Усім хворим проводився строгий контроль частоти дихання та серцевих скорочень і вимірювався

артеріальний тиск до і після занять ЛФК, проводилися інструментальні обстеження. Майже у всіх пацієнтів основної групи покращилися ці показники після застосування фізичної реабілітації.

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

Самопочуття хворих основної групи на початку дослідження було майже ідентичне хворим контрольної групи, середній бал на початку дослідження дорівнював 22,1; наприкінці – 9,4; тобто він зменшився на 12,7 балів. У них значно зменшився кашель, майже зникла задишка, апетит прийшов у норму, хворі краще почали засинати і мали міцний сон, що сприяло повному відпочинку організму і покращенню самопочуття зранку, настрої у всіх хворих став бадьорим. Кашель, оцінка якого проводилась за 4-бальною системою, практично у всіх хворих спочатку був сухим, а потім – вологим (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка кашлю у ході відновного лікування, n (%)

Бали / години-дні спостереження	48 годин	72 години	7-й день	10-й день
0	0	0	7(28)	16(64)
1	2(8)	4(16)	9(36)	8(32)
2	8(32)	10(40)	5(20)	1(4)
3	15(60)	11(44)	4(16)	0

На 3-тю – 4-ту добу лікування, у пацієнтів основної групи спостерігалася виражена позитивна клінічна динаміка: зменшилися ознаки загальної інтоксикації, кашель став вологим, почало легше відходити мокротиння, нормалізувався сон, покращився апетит. Температура тіла мала явну позитивну динаміку вже на 2-гу добу лікування. На 7–8-му добу зникла інтоксикація, а в кінці курсу відновного лікування в окремих пацієнтів кашель оцінювався як одиничний, що не супроводжувався змінами загального стану.

Пацієнти основної групи швидше відчували покращення самопочуття, загального стану, відновлення працездатності. В них раніше зникли симптоми хвороби, покращувалися показники функції зовнішнього дихання, аускультативні дані легень. Завдяки проведеній фізичній реабілітації вони скоріше були виписані додому. В контрольній групі зміни відбулися в кращу сторону менше, порівняно з основною групою.

Застосування фізичної реабілітації сприяло відновленню нормального механізму дихання, покращенню легеневої вентиляції та виводу мокротиння,

запобіганню виникненню ателектазів і утворенню плевральних спайок, посиленню крово- і лімфообігу, обмінних процесів у легенях та розсмоктуванню патологічного вогнища в них; активізації діяльності серцево-судинної та інших систем організму. Особливо корисною була лікувальна фізична культура хворим літнього віку, в яких процеси зворотного розвитку хвороби сповільнені, і частіше бувають ускладнення.

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

**За результатами проведеного** дослідження можна зробити висновок, що застосування фізичної реабілітації сприяло відновленню нормального механізму дихання, покращанню легеневої вентиляції та виводу мокротиння, запобіганню виникненню ателектазів і утворенню плевральних спайок, посиленню крово- і лімфообігу, обмінних процесів у легенях та розсмоктуванню патологічного вогнища в них; активізації діяльності серцево-судинної та інших систем організму, що підтверджено обстеженням пацієнтів наприкінці дослідження. ЛФК є ефективним, доступним та зручним засобом фізичної реабілітації, що підвищує його цінність та значення у сучасній медицині.

1. Клінічна пульмонологія / За ред. І. І. Сахарчука. – К. : Книга плюс, 2003. – 368 с.
2. Григоренко М. В. Пневмонія / М. В. Григоренко, О. М. Лещинський. – К. : Здоров'я. – 1992. – 180 с.
3. Остапенко В. А. Лечение болезней легких / В. А. Остапенко, В. А. Ахмедов, Е. Е. Баженов. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
5. Малявин А. Г. Респираторная медицинская реабилитация: [практическое руководство для врачей] / А.Г. Малявин. – М. : Практическая медицина, 2006. – 416 с.