

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»

27 вересня 2024 року



ПОЛТАВА

2024

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Белікова І. В.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2024; Полтава).

Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 27 вересня 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 306 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії РФ та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2024

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА ТА ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ХРЕБЕТНОСПИНОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Анатолій ЛЕВКОВ, Валерія БАТІЄНКО

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Хвороба Альцгеймера (ХА) – це захворювання, при якому гинуть клітини головного мозку, що призводить до тяжких розладів пам'яті, інтелекту, інших когнітивних функцій, а також до серйозних проблем в емоційно-особистісній сфері і поведінці.

На сьогодні ХА визнана однією з найбільш поширених причин старечого слабоумства (до 40% всіх випадків). Основними клінічними проявами захворювання у пацієнтів є розвиток когнітивних (порушення пам'яті щодо недавніх подій, труднощі в запам'ятовуванні нової інформації, порушення мовлення та інтелекту, афазія, апраксія або агнозія), функціональних та поведінкових симптомів. Некогнітивні прояви деменції включають широке коло психопатологічних порушень різного рівня важкості, до яких належать: депресія, тривога, галюцинації, маячні ідеї, делірій, збудження, агресивна поведінка. На сьогодні більша частина пацієнтів із ХА знаходиться під опікою рідних та близьких у домашніх умовах через відсутність в достатній кількості відповідних установ та нерозвиненість у нашій країні профільних служб, що забезпечують амбулаторний догляд.

Виходячи з вищезазначеного, лікування ХА повинно бути спрямоване на поліпшення загального стану здоров'я пацієнта, в першу чергу, на відновлення його фізичних і когнітивних функцій, а також підвищення можливості участі у діяльності, обмеженій через розлади, що виникли внаслідок ураження головного мозку.

Для оцінки стану пацієнта з деменцією використовують наступні тести та шкали: когнітивного стану – The MMSE; амплітуди рухів – гоніометрію; сили м'язів – ММТ та кистьову динамометрію; ступеню болю – DS-DAT; рівноваги – тест на утримування рівноваги на одній нозі The Berg Balance Test (визначення

ризикую виникнення падінь) та The Tinetti Assessment Tool (рівновага та хода під час виконання нормальної повсякденної активності) ат інші.

Стаціонарне лікування осіб з ХА не є тривалим і застосовується лише при розвитку станів сплутаності, гострих психотичних розладів та виразних порушень поведінки. Відразу після встановлення діагнозу потрібні фізичні вправи, працетерапія і дієта. Терапія хворих повинна проводитися постійно

Психосоціальна і фізична терапія осіб з ХА повинна включати в себе патогенетично обумовлені варіанти фізіо-, кінезіо-, ерготерапії, нейрокогнітивну реабілітацію, індивідуальне психотерапевтичне втручання, відновлення навичок самообслуговування, а також, обов'язково психологічну та просвітницьку роботу з членами родин хворого.

Реалізація програми комплексної фізичної терапії осіб з ХА можлива лише за умови тісної співпраці медичного персоналу, фізичного терапевта та сім'ї пацієнта. Складаючи програму фізичної терапії осіб поважного віку з ХА, фізичний терапевт обов'язково повинен враховувати ступінь залежності хворого від допомоги інших людей.

Одним з основних методів фізичної терапії при ХА є лікувальна фізична культура. Вона спрямована на підтримку загальної рухової активності, підвищення сили й еластичності м'язів, полегшення ініціації рухів, поліпшення рухливості суглобів, підтримку правильної постави, поліпшення ходьби і підтримку рівноваги, профілактику больових синдромів і контрактур, профілактику дихальних порушень. Через ризик падіння особи поважного віку з ХА мало рухаються, що в результаті призводить до ослаблення м'язів, зниження аеробної здатності, зниження толерантності до фізичного навантаження. Це може спричинити кіфоз грудного відділу хребта, нездатність самостійно вставати з ліжка, крісла, втрати навичок самообслуговування. Для навчання хворого безпечному пересуванню в межах власного дому, особливо в кухні, туалеті, коридорі, на сходах, важливим є тренування рівноваги, координації та м'язової сили. Для тренування рівноваги застосовуються вправи з перенесенням ваги тіла з однієї кінцівки на іншу, вправи зі зменшеною площею опори,

обертальні та інші. Для поліпшення дрібної моторики рекомендовано застосовувати працетерапію, а саме: активні вправи пальцями, малювання, складання пазлів, вирізання фігур з паперу, перекладання дрібних предметів та вправи з еластичною резинкою

Оскільки деменція дуже часто супроводжується Perezбудженням, в програму фізичної терапії важливо включати вправи на розслаблення. При легкому та середньому ступенях деменції рекомендовано застосовувати лікувальну дозовану ходьбу по прямій та похилій поверхнях, по сходах, а також на тренажері, починаючи з 3 хв і поступово переходячи до 30 хвилин; при важкому ступені – ходьбу на короткі дистанції. Різні варіації ходьби, такі як схресним кроком, по «коридору», що звужується, хода вперед та назад, по прямій лінії застосовують для покращення координації та рівноваги.

Актуальність реабілітації травматичної хвороби спинного мозку обумовлена тенденцією збільшення в останнє десятиліття кількості хворих, постраждалих в результаті промислового або транспортного травматизму, а також від вогнепальних поранень та необачного поводження на воді. За частотою серед усіх видів травм хребтоспинномозкова травма (ХСМТ) займає третє місце.

Реабілітація пацієнтів з наслідками травм спинного мозку залишається одним з найбільш складних і пріоритетних напрямів медикосоціальної реабілітації, які вимагають тривалого і систематичного впливу, головним завданням якого є відновлення соціально-побутової самостійності та повернення до активної діяльності.

Спинномозкова травма обґрунтовано належить до категорії найбільш тяжких травматичних ушкоджень, що обумовлено не тільки високим рівнем летальності при ускладненій травмі хребта, але й важкістю медичних, економічних і соціальних наслідків травматичного ушкодження спинного мозку, як для пацієнтів і їхніх родичів, так і для суспільства в цілому.

В структурі травматизму ХСМТ займає третє місце після травми трубчастих кісток, черепномозкової травми і складає до 2–3% від усієї кількості

травми. При переломах хребта – кожний третій із пошкодженням спинного мозку (СМ). Щорічно в різних географічних поясах частота ХСМТ коливається від 29–60 осіб на 1 млн. жителів. Найбільший відсоток постраждалих – працездатний контингент 20–39 років (45%), 40–59 років – 24%, 18–20 років – 20%, старше 60 – 11%. Чоловіча частина населення в 2,5–4 рази травмується частіше. Отримання травми спинного мозку в результаті ДТП становить 39%, фізичного насильства (бійки, падіння, травм на воді) – 24%, спортивних травм – 17%. Найчастіше пошкоджується один хребець на різних рівнях: шийний відділ – 10% (С4–С7), грудний відділ – 40% (D12), поперековий відділ – 50% (L1).

Розрізняють такі основні форми травматичних уражень спинного мозку: струс, забій, крововилив, стиснення. Спинний мозок страждає переважно у разі переломів хребців (компресійних, осколкових), що призводять до його стиснення, внаслідок чого нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні, тазові розлади. Тяжкість і стійкість їх залежить від рівня травми, ступеня порушення цілісності і поширення патологічного процесу у поперечнику та по довжині спинного мозку. Найчастіше ушкодження локалізуються на рівні С1–С6 і Th2–L1 хребців. Чим вищий рівень пошкодження хребта, тим частіше пошкоджується спинний мозок. Як правило, на хірургічне лікування надходять хворі з тривалим анамнезом захворювання, з вираженим і довготривалим больовим синдромом, наявністю неврологічних порушень. Безумовно, це ускладнює проведення реабілітації в післяопераційному періоді. Причому, ряд авторів вважають, що відновне лікування слід починати якомога раніше.

Комплексна відновна терапія травм спинного мозку забезпечується поєднанням різних засобів консервативного і оперативного лікування. Вони диференціюються залежно від механізму травми, характеру пошкодження, рівня пошкодження, тяжкості і періоду захворХворим з травмами хребта і спинного мозку найбільш доцільно проводити реабілітацію в умовах спеціалізованого лікувального закладу за обов'язковою участю фізичного- та ерготерапевта. Завданням фізичного терапевта є відновлення фізичних якостей, забезпечення

функціонування опорно-рухового апарату. Фізичний терапевт, обстежуючи пацієнта, визначає, які саме рухові розлади потребують корекції чи відновлення, встановлює засоби, методи та форми реабілітації, планує та проводить індивідуальні чи групові заняття. Ерготерапевт повинен визначати рівень володіння руховими навичками та пріоритетність у навчанні того чи іншого руху, навчати травмованих осіб навичок самообслуговування та переміщення. Фахівцям необхідно диференціювати специфіку реабілітації залежно від періодів. У гострому і ранньому періодах виявлено біль, зниження фізичного, соціально-рольового функціонування, підвищення рівня тривожності, соціальна та рухова дезадаптація. У пізньому періоді спостерігається відновлення фізичного функціонування, неврологічного статусу, зниження інтенсивності больового синдрому. Значення параметрів якості життя взаємопов'язані з виразністю больового синдрому, ступенем неврологічного дефіциту і психологічного статусу. Ювання спинного мозку, а також ступеня компенсації порушених функцій організму.

Отже, аналіз літературних джерел свідчить, що застосування фізичної та ерготерапії сприяє значному покращенню адаптивних можливостей, поліпшенню навичок самообслуговування, що дає змогу людям зі спинальною травмою бути більш самостійними і незалежними від сторонньої допомоги

Список літератури

1. Беспалова О.О., Бугаєнко Т.В., Авраменко Н.Б. Результати впровадження програми фізичної терапії на показники осіб похилого віку із хворобою альцгеймера
2. Бойко В.Ю. Бугаєнко Т.В. Особливості фізичної терапії осіб поважного віку з хворобою Альцгеймера. Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації : матеріали IV Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції [Ред.: Ю.О. Лянной, В.І. Шейко, М.О. Лянной та ін.] : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018.

3. Вольєва Н., Вовканич А. Фізична реабілітація осіб похилого віку з руховими порушеннями при хворобі Паркінсона. Молода спортивна наука України. 2013.
4. Качесов В. А. Основи інтенсивної реабілітації. Травма хребта та спинного мозку. книга 1., Київ: Слово, 2002.
5. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» // Укр. нейрохірургічний журнал. 2008.
6. Климов В. С., Шулев Ю. А., Степаненко В.В. Сравнительная оценка результатов, лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Уфа. Луч. 2009.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ: ФОКУС НА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Бубир Л.М.¹, Свистун Л.А.², Протасова В.К.³, Малиш А.Г.⁴, Федоренко Н.М.⁵

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава

²Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
Полтава

³Медичний центр «Здорова родина», Соціально-реабілітаційний центр
«Довіра», Полтава

⁴КП "2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради", Полтава

⁵Нехворощанська амбулаторія загальної практики - сімейної медицини,
с.Нехвороща

Актуальність. Захворювання опорно-рухового апарату є одним з основних інвалідизуючих факторів у всьому світі, а люмбаго (від лат. *lumbus* — поперек) – гострий біль у нижній частині спини однією з найпоширеніших причин непрацездатності. Його максимальна розповсюдженість у світі реєструється серед населення віком від 35 до 55 років. Чоловіки та жінки страждають від нього практично однаково. За результатами дослідження