

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ
КУЛЬТУРИ
ІМЕНІ ІВАНА БОБЕРСЬКОГО**

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Гула Г. В., Рак Л. С.

Лекція № 8

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ.**

ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ.

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З МНОЖИННИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ.

**ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА; ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО
КРОВООБІГУ**

з навчальної дисципліни

Фізична терапія при множинних порушеннях організму

для бакалаврів

галузь знань 22 – Охорона здоров'я
спеціальність 227 – Фізична терапія, ерготерапія

Лекція 8

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ. ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З МНОЖИННИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ. ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА; ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Постторакотомічний больовий синдром

Постторакотомічний больовий синдром (ПТБС) характеризується болем, що рецидивує або зберігається в місці розрізу або в дерматомальному розподілі міжреберних нервів довше двох місяців після торакотомії. Серед хірургічних процедур, як вважається, у торакотомії є найвищі показники хронічного післяопераційного болю та подальшої втрати працездатності. ПТБС має широкі оцінки захворюваності (від 5% до 90%), і приблизно у половини пацієнтів, які перенесли торакотомію, у яких розвинувся ПТБС, будуть спостерігатися порушення здатності виконувати щоденну діяльність. ПТБС, як правило, проявляється симптомами аллодінії, дізестезії та зменшувального болю і найчастіше приписується міжреберній невралгії. ПТБС може призвести до ускладнень, які включають порушення функцій плеча та дихальну дисфункцію внаслідок зменшення глибини дихання, включаючи затримку секрету та ателектаз. Порушення м'язів, біль у грудній стінці при русі плечей та міофасціальний біль також можуть сприяти дисфункції плечей у пацієнтів з ПТБС. Ведення ПТБС включає лікування знеболюючими препаратами, реабілітацію для збереження та підтримки функцій плеча та дихання, а також потенційні процедури лікування осередкових та анатомічних причин болю.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001115>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 111 - Post-Thoracotomy Pain Syndrome

Компресійні переломи грудної клітини

Компресійні переломи грудної клітки зазвичай спостерігаються при остеопорозі і можуть виникати при тривіальній травмі. Компресійні переломи грудної клітки також можуть бути наслідком травми або іншої патології. Сильний біль може обмежувати функціональність, рухливість та погіршувати якість життя. Історія та фізична оцінка (з акцентом на розташування болю, стан хребта, рухливість та неврологічну оцінку нижче рівня травми), а також відповідні візуалізації та тестування рекомендуються для встановлення правильного диференціального діагнозу. Стратегії лікування включають фармакологічне управління, модифікацію активності та використання спінальної ортези, якщо це доречно. Оцінка за допомогою фізичної та трудотерапії для реабілітаційних стратегій, що включають поставу, оцінку переносів, мобільність, засоби ходи та адаптивне обладнання. Інтервенціональні методи, такі як вертебропластика та фасетні суглобові процедури (фасетні ін'єкції суглоба, медіальні відділення або радіочастотні абляції), можуть бути корисними. Такі процедури можна розглянути, якщо у пацієнта зберігаються болі, незважаючи на консервативне лікування. Спинальна операція рідко необхідна. Усвідомлення можливих ускладнень, пов'язаних з переломом, а також тих, що виникають в результаті лікування, необхідне для оптимізації результатів у пацієнтів з переломами грудної клітки.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479000420>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 116 - Thoracic Outlet Syndrome

Синдром грудного відділу

Синдром грудного відділу - це група виражених порушень, що виникають внаслідок здавлення плечового сплетення та / або підключичних судин, а також структур які проходять від грудного виходу до пахової западини. Існує п'ять типів синдрому грудного відділу: артеріальний, венозний, травматичний нервово-судинний, справжній нейрогенний та спірний. Будь-яка анатомічна аномалія в грудному відділі

енні має потенціал піддавати пацієнта синдрому грудного відділу. Клінічна картина синдрому грудного відділу сильно відрізняється; симптоми, пов'язані з синдромом грудного відділу, зазвичай поділяються на судинні та нейрогенні категорії, виходячи з основних структур. Справжній нейрогенний синдром грудного відділу зазвичай включає нижній стовбур плечового сплетення. Приблизно у 85% пацієнтів, у яких діагностовано синдром грудного відділу, є суперечливий тип, який, як правило, присутній з непослідовною симптоматикою за відсутності послідовної анатомічної патології. Діагностика синдрому грудного відділу включає ретельний анамнез та фізичний огляд, відповідні провокаційні тести та візуальні дослідження. Дослідження нервової провідності та електроміографія корисні для підтримки синдрому нейрогенного відтоку грудної клітки, оскільки електродіагностичні прояви є по суті патогномонічними. Консервативне лікування включає відносний спокій, нестероїдні протизапальні засоби, а фізіотерапія показана для більшості пацієнтів у гострій фазі; операція зарезервована для пацієнтів з гострою судинною недостатністю та прогресуючою неврологічною дисфункцією.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001164>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 116 - Thoracic Outlet Syndrome

Реабілітація пацієнта з дихальною дисфункцією

Легенева реабілітація (ПР) для пацієнтів з первинним легневим захворюванням може мати великий вплив на якість життя, функціональні можливості та діяльність щоденного життя, а також потенційно впливати на госпіталізацію та смертність. Це всеосяжна програма зміни фізичних вправ, освіти та способу життя, яка має на меті допомогти покращити фізичний та психологічний стан пацієнтів із хронічною хворобою легень, одночасно сприяючи програмі довготривалого дотримання поведінки, що зміцнює здоров'я. ПР може здійснюватися в умовах гострої лікарні, в стаціонарній реабілітації та в амбулаторних умовах. Роль фахівця з реабілітації полягає у просуванні відповідної діяльності під час контролю за дотриманням медичних норм та підвищення рівня освіти щодо захворювання та фізіології обмежень фізичних вправ пацієнтів. ПР підходить для пацієнтів із усіма видами легневих захворювань та для тих, хто пройде операцію на легені або трансплантацію.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001504>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 150 - Rehabilitation of the Patient with Respiratory Dysfunction

Постмастектомічний синдром

- має ранні та пізні ознаки. Ранні ознаки виникають одразу після хірургічного лікування раку молочної залози і мають посттравматичний характер, до них належать серома, кровотеча, інфікування рани, постпроменеві епідерміти і виразки, тривала лихоманка, фантомні болі, астеничний стан, погіршення тканинної регенерації, розходження швів, краєвий некроз шкірних клаптів, гематоми, затяжна лімфорея з подальшим розвитком раннього постмастектомічного набряку і бешихоподібне запалення. Ці ускладнення подовжують тривалість післяопераційного періоду, віддаляють терміни проведення інших методів протипухлинної терапії і реабілітації хворих. До пізніх ознак постмастектомічного синдрому належать лімфостаз, фіброз м'яких тканин, збільшення обсягу

кінцівки, поява в ній відчуття важкості, напруження та тупий біль, біомеханічні порушення опорно-рухового апарату, церебро-васкулярні порушення, утворення грубих рубців, плексити, неврити, контрактури плечового суглоба, зниження функції верхньої кінцівки, що досить суттєво впливає на якість життя хворих після проведеного лікування.

Реабілітаційні заходи вважаються основою для лікування лімфостазу, а фізичні вправи є складовою частиною такої реабілітації. При відсутності належного лікування лімфостаз провокує виникнення вторинних ускладнень, таких як целюліт, лімфангіт, пахвовий тромбоз вен, важкі функціональні порушення верхньої кінцівки та навіть лімфангіосаркома. При розвитку постмастектомічного синдрому більш ніж у 70 % випадків виникає захисна міофіксація плечо-лопаткової ділянки та здавлення судинно-нервового пучка в ділянці верхньої апертури грудної клітки. Після радикальної операції відбувається зростання частоти клінічних синдромів: синдром надмірного відведення у 76 %; реберно-ключичний синдром – у 37,5 %; скаленус-синдром – у 32 %.

Упродовж 12 місяців після операції у 99 % жінок незмінно формується, а потім прогресує синдром переднього сходового м'яза, що забезпечує стабільну компресію судинно-нервового пучка верхньої кінцівки. У віддаленому періоді ураження нервових стовбурів плечового сплетення виникає в результаті безпосереднього променевого впливу і здавлення рубцевою тканиною, що проявляється больовим синдромом, порушенням функції м'язів плечового пояса і верхньої кінцівки, плекситом і призводить до зниження обсягу активних рухів і падіння ефективності м'язового судинного насоса.

Після радикальної мастектомії у 96 % жінок відзначаються ознаки ураження плечового судинно-нервового пучка, що проявляється чутливими порушеннями у вигляді парестезій (оніміння, відчуття поколювання), зниженням больової і температурної чутливості, вегетативно-судинними порушеннями верхньої кінцівки у вигляді синдрому Рейно, що спостерігається у 85 % хворих. Порушення постави, які виникають після хірургічного лікування, не однотипні та залежать переважно від характеру й вираженості неврологічних порушень і пов'язаних з ними функціональних і органічних порушень з боку м'язів грудної клітки, плечового пояса і верхньої кінцівки. При вираженому лімфостазі верхньої кінцівки, як правило, виникає асиметрія постави у вигляді опущення надпліччя на стороні набряку і викривлення грудного відділу хребта. Серед причин больового синдрому та контрактури плечового суглоба більшість авторів виділяють порушення шкірної чутливості, деформуючий артроз плечового суглоба, плечовий плексит, остеохондроз хребта з вторинним корінцевим больовим синдромом, наслідки тривалої іммобілізації в положенні приведення. У цілому больовий синдром унаслідок плекситу спостерігається у 10–73% хворих.

Заслуговує на увагу і той факт, що тривала іммобілізація, спричинена страхом чи/або болем, вид операції, видалення пахвових лімфовузлів, травми грудних нервів, спазм м'язів у шийному відділі хребта є чинниками, що можуть стати причиною зниження діапазону руху верхньої кінцівки.

У сучасний період розвитку онкології одним із пріоритетних завдань фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом є поліпшення фізичного, функціонального та психоемоційного стану жінки, що надасть можливість підвищити її якість життя та повернути до соціально-корисної праці. Головним критерієм оцінювання ефективності лікування жінок, хворих на рак молочної залози, є віддалені результати, адже післяопераційна летальність таких пацієнток за даними Національного канцер-реєстру України не перевищує 0,2–0,5 %. Під час реалізації розробленої реабілітаційної програми та отримання позитивного результату від неї фахівець з фізичної реабілітації зобов'язаний створити оптимальні умови для максимального формування в жінки мотивації щодо необхідності її активної участі в реабілітаційному процесі, налаштувати на одужання, створити сприятливий емоційний фон занять, налагодити плідну співпрацю з її соціальним оточенням.

Особливого значення це набуває саме на ранньому післяопераційному періоді, адже допомога близьких у самообслуговуванні хворих дуже значна і важливим завданням реабілітолога є пояснення родичам необхідності створення оптимальних домашніх умов для реалізації рухової активності жінок та побутових обов'язків. Реабілітолог повинен вносити корективи у взаємовідносини між близькими та пацієнткою, запобігаючи як надмірній турботі з боку родичів, що значно знижує активність самої

жінки, так і песимістичному ставленні на одужання. Фахівець з фізичної реабілітації повинен спонукати пацієнтів до реабілітаційних заходів, формувати та спрямовувати їхні спонукання відповідно до завдань реабілітації, підтримувати їх, допомагати перебороти страх, погані настрої та втому.

Для активізації компенсаторних механізмів потрібно добирати фізичне навантаження, що відповідає функціональним можливостям пацієнтки та супроводжується адекватними змінами в організмі, адже застосування як надмірного, так і недостатнього навантаження буде неприйнятним. Під час розроблення та реалізації програми фізичної реабілітації потрібно досягти оптимального стану жінок при мінімальних енергетичних затратах та створити умови для реалізації наявного адаптивного потенціалу. Для забезпечення якісної реалізації програми фізичної реабілітації потрібно систематично проводити оцінювання ефективності та адекватності застосованих засобів шляхом виконання оперативного, поточного та етапного контролю, що дозволить враховувати індивідуальну реакцію на фізичне навантаження як одразу після його виконання, так і для визначення сумарного відставленого ефекту та вносити (у разі потреби) корективи в розроблену програму. Такий своєчасний моніторинг дозволить забезпечувати контроль адекватності навантажень, визначати його оптимальний рівень і змінювати тактику подальшого проведення реабілітаційних заходів. Це набуває особливого значення серед жінок з ПМЕС, адже більшість з них мають супутні захворювання, що обмежують виконання фізичного навантаження та потребують постійного контролю за індивідуальною реакцією на них.

У ранньому післяопераційному періоді важливого значення набуває реабілітаційний супровід комплексу медичних заходів, спрямованих на усунення післяопераційних наслідків та ускладнень. Реабілітаційні заходи цього періоду мають бути спрямовані на профілактику вторинних ускладнень з боку кардіореспіраторної та сечовидільної систем, поліпшення психоемоційного стану, нівелювання постмастектомічних наслідків, навчання та вдосконалення прийомів самообслуговування, переміщення, лімфатичного самомасажу тощо. У пізньому післяопераційному періоді відбувається поступове збільшення фізичного навантаження, резервів кардіореспіраторної системи та вегетативної регуляції, силової витривалості м'язів верхніх кінцівок, живота, стабілізаторів хребта, корекція анталгічної сколіотичної постави, розслаблення спазмованих м'язів, формування раціонального ставлення до хвороби, поліпшення психоемоційного стану, мотивації до самостійних занять, активної амплітуди руху в плечовому суглобі, чутливості, зменшення больових відчуттів та набряку. Заняття проводяться індивідуальним та малогруповим методом 2–3 рази на день по 25–30 хв. Диспансерний етап реабілітації повинен реалізовуватися в спеціалізованих реабілітаційних закладах, куди жінку переводять через 3–4 тижні після операції. Цей етап доцільно поділяти на адаптаційний, що передбачає поступове розширення адаптаційних механізмів до збільшуваного особистісно-орієнтованого фізичного навантаження, побутового та професійного характеру, а також на тренувальний, що сприяє досягненню та стабілізації бажаних результатів.

Постмастектомічний больовий синдром

Постмастектомічний больовий синдром - це сукупність симптомів, які турбують пацієнтку довше ніж 6 місяців після лікування раку молочної залози. Вважається, що він має нейропатичну етіологію з великою кількістю змінних факторів. Обговорюються епідеміологія, діагностика та лікування. Розуміючи природу синдрому, лікарі краще підходять для виявлення та надання комплексних стратегій управління.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001103>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 110 - Post-Mastectomy Pain Syndrome

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини (ГХП ОЧП).

Поняття ГХП ОЧП охоплює цілий ряд захворювань та патологічних станів, які умовно групують наступним чином: I – гострий запальний абдомінальний синдром; II – перфорація порожнистого органу шлунково-кишкового тракту (ШКТ); III – синдром гострої непрохідності кишок; IV – синдром кровотечі в просвіт ШКТ; V – синдром гострого ускладнення грижі; VI – перитонеальний синдром. Окремі наукові праці відносять до гострої абдомінальної патології також розрив та розшарування аневризми черевної аорти, мезентеріальний тромбоз, невідкладні гінекологічні та урологічні захворювання, метаболічні розлади, імунологічні порушення та інфекційні причини.

Виходячи із необхідності узгодженості діючих в Україні настанов, які стосуються ГХП ОЧП, за основу прийнято перелік захворювань згідно стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія", затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 02.04.2010р. №297 та міжнародної настанови «Гострий живіт у дорослих» від 28.2.2019р. №00185, а також – відповідно до Класифікатора хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2019 МОЗ України 2019 року, адаптованого згідно Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям Десятого перегляду (МКХ-10). А саме, належними до ГХП ОЧП визначено наступні основні захворювання: гострий апендицит (K35); гострий холецистит (K81); гострий панкреатит (K85); виразка шлунка, ускладнена перфорацією (K25.5); гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією (K25.3); виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнена перфорацією (K26.5); гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією (K26.3); пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією (K28.5); перфорація виразки ДПК після ізольованої селективної проксимальної ваготомії (K27.5); перфорація кишки нетравматична (K63.1); гостра непрохідність кишок (K56); рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та кровотечею (K21); фіброз та цироз печінки із синдромом портальної гіпертензії та кровотечею (K74); синдром Меллорі-Вейса (шлунково-стравохідний розривно-геморагічний синдром) (K22.6); виразка шлунка, ускладнена кровотечею (K25.4); гостра виразка шлунка, ускладнена кровотечею (K25.3); рак шлунка, ускладнений кровотечею (C16); виразка ДПК, ускладнена кровотечею (K26.4); гостра виразка ДПК, ускладнена кровотечею (K26.3); пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена кровотечею (K28.4); рецидивна виразка ДПК після ізольованої селективної проксимальної ваготомії, ускладнена кровотечею (K27.4); рак кишки, ускладнений кровотечею (C18; C19); хронічний геморої, ускладнений гострою кровотечею (I84); хвороба Крона, ускладнена кровотечею (K50); виразковий коліт, ускладнений кровотечею (K51); дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею (K57); шлунково-кишкова кровотеча невстановленої етіології (K92.2); пахвинна грижа (K40); стегова грижа (K41); пупкова грижа (K42); вентральна грижа (K43); гострий перитоніт (K65).

Визначальними особливостями ГХП ОЧП та чинниками впливу на результати їх лікування є: суттєві патогенетичні зміни в організмі, спричинені характером основного захворювання і його ускладненнями; значні місцеві та загальні клінічні порушення, які у разі несвоєчасного та неповноцінного лікування призводять до прогресуючої поліорганної недостатності; необхідність екстреного оперативного втручання, незважаючи на важкість стану хворого; висока летальність, особливо за поєднаної супутньої патології, також – у похилому та старечому віці.

Хворого із підозрою на ГХП ОЧП скеровують до багатопрофільного медичного закладу вторинного рівня (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385), призначеного для цілодобового надання інтенсивної діагностично-лікувальної допомоги (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646; перелік цих закладів та маршрутів доставки таких хворих формується за наказами територіальних департаментів охорони здоров'я). За результатами клінічного огляду, лабораторних та інструментальних методів досліджень встановлюють попередній діагноз та визначають лікувальну тактику – при підтвердженні ГХП ОЧП приймають обґрунтоване рішення про термінову госпіталізацію та профіль госпіталізації, із урахуванням важкості стану хворого (до відділення інтенсивної терапії або до хірургічного відділення).

Окремі етапи лікування ГХП ОЧП здійснюють відповідно до положень медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, призначених для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони

здоров'я, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні вказаної медичної допомоги. Її особливостями є необхідність постійного динамічного спостереження й швидкого прийняття оптимальних рішень з діагностично-лікувальної тактики, а також – залежність результату від узгодженої інтенсивної роботи мультидисциплінарної команди медичних працівників різних рівнів та спеціальностей. Зокрема, у випадку кровотечі в просвіт ШКТ питання про місце надання медичної допомоги, її обсяг та послідовність вирішує мультидисциплінарна команда фахівців: хірург та анестезіолог, які сумісно визначають відділення, куди слід госпіталізувати хворого; хірург визначає тактику лікування, анестезіолог – оцінює ступінь важкості стану хворого, величину крововтрати, послідовність коригуючої терапії та здійснює її, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оцінює ризик наркозу, стан підготовки (АТ не < 90/70 мм рт.ст., ЧСС не > 100 уд. в хв. ЦВТ – 5-10 мм вод.ст., SatO₂ не < 95%, Ht не > 35%, діурез – понад 0,5 мл/кг/год), і можливість початку наркозу та операції; залучений до надання медичної допомоги ендоскопіст виконує ендоскопічну діагностику, гемостаз та ендоскопічний моніторинг. Ключовим чинником вирішення цієї проблеми є використання узгоджених стандартизованих організаційних підходів і алгоритмів діагностично-лікувальної допомоги. Заходи зі своєчасного належного лікування даних захворювань дозволяють суттєво покращити якість медичної допомоги та оптимізувати її витрати.

Хірургічні втручання при ГХП ОЧП виконують невідкладно, за абсолютними показаннями. Невідкладність операції обґрунтована необхідністю уникнення ускладнень, які виникають і швидко прогресують при цій патології. У разі чітких показань до невідкладного хірургічного втручання та стабільного загального стану хворий одразу підлягає хірургічному втручання і може бути поданий до операційної. Залежно від ургентності клінічного випадку, лікування може починатися з медикаментозної терапії, на тлі якої проводять динамічне спостереження й дообстеження, уточнюють діагноз, приймають рішення про необхідність операції та строки її виконання. Час від початку інфузійної та медикаментозної коригуючої терапії принципово впливає на результати лікування хворого, ранній початок лікувальних заходів попереджує розвиток незворотних змін. У випадку наростання тяжкості загального стану, каскаду волемічних змін, порушення вітальних функцій організму, поліорганної дисфункції та недостатності (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високого операційного ризику (3-4 ст. за SEPOD; 3-4 ст. за ASA) першочерговим є проведення комплексної інтенсивної терапії та, в ряді випадків, хірургічного втручання за життєвими показаннями.

Обсяг медикаментозної терапії включає профілактику тромбоемболічних ускладнень, антибіотикотерапію, знеболення, інфузійну, протизапальну, симптоматичну терапію та нормалізацію моторно-евакуаторної функції ШКТ. Післяопераційне лікування проводиться у відділенні інтенсивної терапії до стабілізації вітальних функцій (із наступним переведенням до хірургічного відділення); відображення стану пацієнта 4 рази на добу, а при необхідності частіше здійснюють у медичній карті стаціонарного хворого (Форма № 003/о, затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 р. за № 661/20974).

Алгоритми дій, сформульовані окремо для різних нозологічних форм клінічного діагнозу ГХП ОЧП з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу, регламентуючи необхідність невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування, зазначають харчування з урахуванням характеру операції, функціонального стану органів травного тракту; ЛФК та фізіотерапевтичні процедури за показаннями. Ранню активізацію хворих та методи фізичного впливу (ЛФК, пасивна флексія стоп, масаж; еластична компресія нижніх кінцівок, переміжна пневмокомпресія) вказують, зокрема, серед неспецифічних заходів профілактики тромбозу. А при визначенні фактичної потреби в енергії виходять з рівня основного обміну, з поправкою на руховий режим (при постільному режимі енергетична потреба збільшується на 10%, при здатності сидіти в ліжку – на 20%, при переміщенні по палаті – на 30%). Критеріями виписки вважають стабілізацію стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту, зникнення проявів системного запалення, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці

або запальні зміни з боку рани, лікування яких можна проводити в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермію.

Забезпечення ФТ при ГПХ ОЧП є компетенцією спеціалістів з ФТ та реабілітації, функцію яких у хірургічних стаціонарах регламентує чинне законодавство України. Посаду лікаря-спеціаліста ЛФК передбачено наказом МОЗ України від 28.10.2002 р. №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» у редакції наказу МОЗ України від 25.03.2019р. №668, який доповнює посади професіоналів у галузі охорони здоров'я спеціалістами «фізичний терапевт» та «ерготерапевт», а перелік лікарських посад – новою позицією «лікар фізичної та реабілітаційної медицини». Примірну посадову інструкцію та кваліфікаційні характеристики лікаря ЛФК затверджує наказ МОЗ України від 29.03.2011р. №176, передбачаючи участь у роботі різних ланок лікувального та реабілітаційного процесу, кваліфіковану методику застосування всіх форм ЛФК.

ГХП ОЧП в результаті вивільнення медіаторів запалення, больового синдрому, підвищеної стомлюваності, зменшення маси тіла та зниження легеневої функції спонукає до ліжкового режиму та мінімальної рухомості. Окремі праці вказують на необхідність проведення ранньої ФТ як невід'ємної складової лікувального процесу після оперативного лікування ГХП ОЧП, поряд із інтенсивною та медикаментозною терапією. Ряд досліджень засвідчили позитивний вплив ФТ на результати лікування ГХП ОЧП (загальна та післяопераційна летальність, післяопераційні, легеневі та серцеві ускладнення, тривалість стаціонарного лікування тощо).

Данські дослідники Jønsson LR, Ingelsrud LH та інші наголошують на необхідності подальшої розробки стратегій для посилення програм відновлення після хірургічного втручання. Було вивчено фізичну працездатність та бар'єри для незалежної мобілізації серед пацієнтів, які перенесли велику операцію з приводу ГХП ОЧП. За період дослідження рання післяопераційна летальність склала 14%; 35% пацієнтів не були мобілізовані незалежно упродовж 7 днів, що було пов'язано з розвитком легневих ускладнень (53% проти 14% у активно мобілізованих, $p = 0,012$). Загалом, пацієнти лежали або просиджували у середньому 23,4 години щодоби протягом першого тижня після операції, а основними бар'єрами для незалежної мобілізації були втома та біль у животі. Науковці із підрозділу інтенсивної терапії Мічиганського університету доводять, що доказовою стратегією покращення результатів лікування ГХП ОЧП є сприяння ранній мобілізації та ефективні програми фізичної терапії.

Сучасні діагностично-лікувальні протоколи, які окреслюють комплекс заходів з надання якісної медичної допомоги, вимагають високого рівня доказовості та відповідності міжнародним настановам. Прийняття клінічного рішення повинно базуватися на доказах вищого рівня, як тільки вони стають доступними; це вимагає від спеціаліста сучасної практики не лише високого рівня обізнаності у результатах клінічних досліджень, але й спонукає планувати або принаймні брати участь у клінічних випробуваннях для досягнення належної якості доказів, на яких зможе базуватися раціональна клінічна практика. Міжнародні настанови визначають рівень доказовості (РД; А – високий, В – середній, С – низький) та ступінь рекомендації (СР; 1 – сильний, 2 – слабкий). Наприклад, згідно «Рекомендацій Всесвітньої Спільноти Невідкладної Хірургії», вік пацієнта із гострим холециститом старше 80 років є чинником ризику гіршого клінічного перебігу, морбідності та смертності (РД 3, СР В); рання лапароскопічна холецистектомія повинна бути проведена якомога швидше, але може бути виконана до 10 днів після появи симптомів (РД 1, СР А); рання лапароскопічна холецистектомія пов'язана зі скороченням перебування в лікарні та меншою кількістю ускладнень (РД 2, СР В). Лікувальна тактика може суттєво регіонально відрізнятися навіть у нашому все більш взаємопов'язаному світі, проте щоразу слід суворо оцінювати рівень доказів, на підставі яких сформовано рекомендації щодо тактики лікування .

За результатами сучасних досліджень пропонується поняття «Протоколу посиленого післяопераційного відновлення» (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol), що становить собою мультидисциплінарну програму, покликану мінімізувати реакцію на хірургічне лікування та сприяти відновленню функцій організму. Ще у 2001 році було засновано Товариство ERAS, місією

якого стало розвивати періопераційну допомогу за допомогою досліджень, освіти, аудиту та впровадження доказової практики. Модель ERAS інтегрує ряд елементів періопераційної допомоги в стандартизований клінічний шлях для хірургічних пацієнтів. Вказана програма ERAS зокрема засвідчила суттєвий позитивний вплив на результати лікування при невідкладній колоректальній хірургії: зменшила післяопераційні ускладнення, скоротила тривалість перебування в лікарні та знизила економічні витрати.

Однією із найновіших є праця британських науковців з мета-аналізу 6 порівняльних досліджень протоколів ERAS у 1334 пацієнтів при ГХП ОЧП, із оцінкою їх рівня доказовості методом Кокрана та шкалою Ньюкасла-Оттави. Виявлено достовірний вплив протоколів ERAS на скорочення часу від операції до активізації перистальтики кишківника, до першого прийому рідкої їжі та тривалості перебування в лікарні ($P < 0,00001$); також – на зниження ризику загальних ускладнень (OR: 0,50, $P < 0,00001$), легеневих ускладнень (OR: 0,38, $P = 0,0003$), парезу кишківника (OR: 0,53, $P = 0,01$) та місцевої хірургічної інфекції (OR: 0,39, $P = 0,0001$). Водночас, не встановлено ризику зростання 30-денної смертності (RD: -0,00, $P = 0,94$), необхідності повторної госпіталізації (RD: -0,01, $P = 0,50$) та повторної операції (OR: 0,83, $P = 0,50$).

Окремі оглядові дослідження вказують на зростаючий інтерес та значення застосування ФТ у плановій хірургії, яка однак не включена до протоколів ERAS. На даний час групою австралійських вчених Borden I, Sullivan K та іншими провадиться клінічне мультицентрове, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване, рандомізоване дослідження впливу вдосконаленого пакету ФТ порівняно із стандартним на результати лікування невідкладної абдомінальної хірургічної патології. Пацієнтам проводять стандартну ФТ (навчання, один сеанс тренувальних дихальних вправ, і щоденної ранньої рухової активності протягом 15 хв: 'talk, walk & breathe'), або покращений пакет ФТ (навчання, контрольовані персоналом дихальні вправи двічі на день, і 30 хв щоденної ранньої фізичної реабілітації упродовж мінімум п'яти післяопераційних днів). За стандартизованими діагностичними критеріями (шкала Мельбурнської групи, Melbourne Group Score) буде оцінено вплив ФТ насамперед на частоту розвитку респіраторних ускладнень протягом перших 14 післяопераційних днів, а також – ймовірний вплив ФТ на післяопераційний парез кишківника, тривалість та вартість стаціонарного лікування, післяопераційну летальність, 90-денну та 1-річну смертність, швидкість фізичного функціонального відновлення та якості життя.

Біль черевної стінки

Біль у черевній стінці, специфічний тип болю в животі, медичні працівники часто не помічають. За оцінками, від 2% до 3% пацієнтів з первинною скаргою на біль у животі насправді мають діагноз болю в черевній стінці. Найбільш частою причиною болю в черевній стінці є подразнення переднього шкірного нерва (anterior cutaneous nerve entrapment (ACNES); однак диференціальний діагноз може бути досить широким. Діагноз болю в черевній стінці, як правило, проводиться клінічно за допомогою масивів фізичних оглядів. Мультидисциплінарний підхід до лікування може ефективно зменшити симптоми та покращити якість життя, і включає ЛФК, терапевтичні способи та інтервенційні ін'єкції. Необхідний ретельний діагноз для адекватного лікування пацієнта.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001103>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 110 - Post-Mastectomy Pain Syndrome

Реабілітація політравми

Пацієнтів із травмами декількох частин тіла внаслідок травматичних подій по всьому світу зазвичай лікують у травматологічних центрах. Реабілітація людини при політравмі представляє складний набір завдань, найкращим чином підходить до мультидисциплінарної команди фахівців, які мають на меті повернути людину до її максимального рівня функціонування та якості життя. Адміністрація охорони

здоров'я ветеранів розробила інноваційну національну мережу для лікування людей з політравмою та відкриття та обмін найкращими практиками для цієї складної та різноманітної когорти. Ці висококваліфіковані політравматичні реабілітаційні групи охоплюють значну ширину та складність травм, починаючи від легкої та катастрофічної, через континуум закладів, включаючи стаціонарну, перехідну та амбулаторну допомогу. Цей підхід має головну увагу на цілях, орієнтованих на пацієнта, на сприяння найвищому досяжному рівню реінтеграції чи функціонування громади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001462>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 146 - Polytrauma Rehabilitation

Травма спинного мозку (шийного відділу)

Прогрес медицини, технологій та надання медичної допомоги може значно покращити здоров'я та функціонування людей з травмами спинного мозку (ТСМ). Нові відкриття надають можливості та надію на покращення терапії. Однак значні виклики залишаються, і багато ще належить зробити. Для покращення результатів пацієнтів необхідний систематичний підхід до лікування ТСМ. Континуум догляду за ТСМ включає початкову та після початкову медико-хірургічну допомогу, початкову та поточну реабілітацію та довічну допомогу. Міждисциплінарний підхід та включення пацієнта як активного учасника у встановлення цілей є важливими елементами реабілітації. Люди з ТСМ мають менший запас здоров'я, який вимагає спеціалізованої та систематичної допомоги. Злагоджені системи допомоги при ТСМ можуть зменшити ускладнення та госпіталізацію. Хоча люди з ТСМ мають підвищені потреби в здоров'ї та ризики виникнення вторинних ускладнень, важливо також визнати, що вони часто ведуть дуже повноцінне та продуктивне життя. Цілі початкової та постійної реабілітації та догляду - мінімізувати порушення анатомічної та фізіологічної функції, оптимізувати функціонування, посилити участь та визначити та вирішити відповідні особисті та екологічні фактори.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001565>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 156 - Spinal Cord Injury (Cervical)

Травма спинного мозку (грудного відділу)

Травма спинного мозку (ТСМ) є головною причиною паралічу та втрати працездатності, причому більше третини всіх травм трапляються на грудному рівні. Травма спинного мозку грудної клітки, її унікальна анатомія, артикуляція ребер та іннервація м'язів живота та міжребер'я призводять до параплегії та результатів верхнього рухового нейрона. Пацієнти з параплегією, втратою сенсору, вегетативною дисфункцією та зміною функції кишечника та сечового міхура. Ускладнення можуть виникнути негайно або через роки і включати вегетативну дисрефлексію, постуральну гіпотензію, тромбоз глибоких вен, гетеротопічне окостеніння, респіраторний компроміс, спастичність, виразки на шкірі, біль та дисфункцію кишечника та сечового міхура. Залежно від рівня та ступеня тяжкості ушкодження, у пацієнтів із грудною ТСМ можуть спостерігатися суттєво різні рівні порушення структури та функції тіла, інвалідність та функції. Реабілітація хворого спинного мозку може бути складною, вимагаючи зосередити увагу не тільки на гострих медичних станах, але й на профілактиці ускладнень, оптимізації функціонування та незалежності.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001577>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 157 - Spinal Cord Injury (Thoracic)

Травма спинного мозку (попереково-крижовий відділ)

Пошкодження попереково-крижового відділу спинного мозку (ТСМ) стосується порушення або втрати рухової або сенсорної функції в поперековому або крижовому сегментах спинного мозку, що є вторинним пошкодженням нервових елементів у спинномозковому каналі. Синдром Conus medullaris є наслідком травми крижового спинного мозку (конуса) та коренів поперекового нерва в спинномозковому каналі. Синдром Cauda equina відноситься до пошкодження коренів попереково-крижового нерва всередині нервового каналу. Попереково-крижовий ІЦН може проявлятися слабкістю в ногах, нижньою кінцівкою або втратою сенсорної промежини, порушенням сечового міхура та кишечника (затримкою сечі, запорами, нетриманням сечового міхура або кишечника), імпотенцією, болями в спині та пекучим болем в перианальній або нижній кінцівці. Пацієнти також можуть мати вторинні стани та супутні проблеми, такі як інфекції сечовивідних шляхів або виразки тиску. Континуум догляду за ІПС включає початкову та після початкову медико-хірургічну допомогу, початкову та поточну реабілітацію та довгочасну допомогу. Основна увага в реабілітації - мінімізація порушень та підвищення функціональності та участі, з урахуванням індивідуальних особистих та екологічних факторів. Міждисциплінарний підхід та включення пацієнта як активного учасника до встановлення цілей є важливими елементами догляду. Узгоджені системи догляду за ІПС можуть зменшити ускладнення.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001589>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 158 - Spinal Cord Injury (Lumbosacral)

Постконтузійний синдром

Симптоми постконтузії поділяються на три категорії: (1) фізичні (наприклад, головні болі, вертиго, втома); (2) пізнавальні (наприклад, забудькуватість, утруднення навчання та запам'ятовування, труднощі з концентрацією уваги, уповільнене мислення); та (3) емоційні / поведінкові (наприклад, безсоння, дратівливість, депресія, тривожність). Вони зумовлені взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів. Найпоширеніший прогноз стійких постконкусійних симптомів - це попередня психіатрична історія. Когнітивний дефіцит, виявлений на нейропсихологічному тестуванні, зазвичай усувається протягом трьох місяців легкої травматичної травми мозку, за винятком тих, у кого є внутрішньочерепні ураження при первинному скануванні комп'ютерної томографії (КТ). Однак існують дані, що дозволяють припустити, що у деяких пацієнтів можуть бути тонкі когнітивні наслідки, пов'язані з травмою мозку. Когнітивні порушення також можуть бути викликані головним болем, безсонням, депресією та тривожністю.

Освіта та заспокоєння є найважливішими ранніми втручаннями. Немає переконливих доказів того, що повноцінний відпочинок сприяє одужанню. Однак деяке зниження активності є виправданим, особливо у спортсменів. Спортсмени не повинні повертатися до змагальних видів спорту, поки вони не позбудуться симптомів і не пройдуть програму градування навантажень без симптомів. До реабілітації симптомів постконтузії найкраще підходити, попередньо звернувшись до тих, які найбільш піддаються лікуванню та / або найбільш ймовірно сприяють іншим симптомам.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001486>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 148 - Postconcussion Symptoms

ГПМК.

Клінічна настанова допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту

З метою забезпечення членів Української Асоціації фізичної терапії сучасними, науково обґрунтованими підходами до провадження клінічної практики на заснованій засадах доказової медицини, був зроблений переклад клінічної настанови з допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту Національної ради зі здоров'я та медичних досліджень Австралії. Відповідно до наказу МОЗ № 751 від 28.09.2012 року, клінічна настанова – документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеної, і має на меті надання допомоги терапевту і пацієнту в прийнятті раціонального рішення у різних клінічних ситуаціях. Згідно наказу Міністерства Охорони Здоров'я України від 29.12.1016 № 1422 “Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 “нові клінічні протоколи медичної допомоги розробляються та затверджуються з метою пришвидшеного впровадження принципів доказової медицини у сучасну медичну практику та врахування світового досвіду в сфері охорони здоров'я”. Клінічні настанови для їх подальшого затвердження, як нових клінічних протоколів обираються Міністерством охорони здоров'я України серед настанов, розміщених у джерелах, перелік яких наведено у додатку 4 до наказу МОЗ №1422. У наведеному переліку міститься сайт Національної ради зі здоров'я та медичних досліджень Австралії – The National Health and Medical Research Council клінічну настанову з якого Українська Асоціація фізичної терапії і обрала, як першоджерело для перекладу. Заклад охорони здоров'я, у якому планується застосовувати цю клінічну настанову має затвердити її переклад у якості нового клінічного протоколу внутрішнім наказом. Такий новий клінічний протокол може бути застосований саме у даному закладі охорони здоров'я. Українська Асоціація фізичної терапії переклала останню актуальну версію австралійської клінічної настанови з допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту 2010 року, яку можна завантажити з офіційного сайту Української Асоціації фізичної терапії в українському варіанті та затвердити відповідним внутрішнім наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я. Внутрішній наказ головного лікаря повинен декларувати, що у даному закладі охорони здоров'я фізичними терапевтами використовується австралійська настанова з допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту. Представлена клінічна настанова не стосується допомоги після перенесеного інсульту у немовлят та осіб молодше 18 років, первинної профілактики інсульту, субарахноїдального крововиливу. Необхідно зазначити, що затверджені МОЗ України уніфіковані клінічні протоколи не втрачають своєї чинності. Стосовно фізичної терапії після інсульту це накази МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» та наказ МОЗ України від 17.04.2014 № 275 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті», які також регламентують допомогу пацієнтам після перенесеного інсульту. Однак представлена клінічна настанова більш ширше та детальніше розкриває клінічну діяльність фізичного терапевта при наданні допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту. З метою провадження клінічної практики заснованої на засадах доказової медицини Українська Асоціація фізичної терапії рекомендує своїм членам, застосовувати у власній клінічній діяльності австралійську клінічну настанову допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-guidelines/guidelines-physiotherapy-for-stroke/>

Інсульт - одна з найпоширеніших причин набутої втрати працездатності серед дорослих у США та в усьому світі, і зазвичай потрібна реабілітація. Хоча певне відновлення неврологічних порушень є типовим, одужання зазвичай є неповним, а також необхідні компенсаторні підходи для відновлення функції та незалежності. Зусилля з реабілітації повинні бути негайно розпочаті після інсульту: вони часто включають в себе стаціонарну допомогу в стаціонарному реабілітаційному закладі або, якщо це доречно, кваліфіковану медсестру. Питання мобільності, діяльності у побуті, пізнання та спілкування вирішуються в реабілітаційний період, як і загальні медичні ускладнення інсульту. До них відносяться постінсультна депресія та глибокий венозний тромбоз. Профілактику вторинного інсульту слід вирішувати за допомогою поєднання медичних втручань та модифікації способу життя.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001590>

Терапевтичні вправи після інсульту, що проводяться при допомозі сім'ї (FAME)

<https://www.youtube.com/watch?v=SGFkxVeyN5w>

Центральний біль після інсульту (синдром таламічного болю)

На початку 1900-х років Дежерін і Руссі вперше описали з патологічною кореляцією синдром сильної односторонньої болю після ураження таламусу. Визнання того, що цей синдром може виникнути внаслідок ураження вздовж осі спиноталамуса, призвело до того, що він перейменований на центральний біль після інсульту (central post-stroke pain - CPSP). Кардинальні симптоми CPSP включають температурну та вібраційну чутливість та гіперестезію, дізестезію та аллодінію. Окрім легкого полегшення болю від амітриптиліну, ламотриджину та габапентину, поки що не було показано, що лікування (медикаментозне чи інше) ефективне при CPSP.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001152>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 115 - Central Post-Stroke Pain (Thalamic Pain Syndrome)

Інсульт у молодих

Інсульт є однією з провідних причин смертності, щорічно складає 6 мільйонів смертельних подій у всьому світі. У США приблизно 10% інсультів трапляються у пацієнтів віком до 50 років. Існує обмежене усвідомлення інсульту як захворювання, що вражає молодих дорослих. У США частота інсульту в два-п'ять разів більша у молодих міських негрів і вдвічі більша у латиноамериканців, ніж у білих. Було виявлено, що більше 60 різних розладів викликають інсульт у молодих людей. Виникнення ішемічного інсульту у молодих людей може бути пропущено, якщо воно нетипове і включає загальну слабкість і втому, змінений психічний статус, змінену ходу та запаморочення. Пропущений діагноз стався більш ніж у 50% пацієнтів, які перебувають у відділеннях невідкладної допомоги. Приблизно 75% пацієнтів віком до 65 років переживуть 5 та більше років після інсульту. Поширеними емоційними наслідками інсульту є депресія, емоційна лабільність, тривога, порушення сну та втома. Інсульт може викликати біль, дисфункцію сечового міхура та порушення мови, серед інших ускладнень. Однак багато молодих людей, що пережили інсульт, можуть повернутися до продуктивного життя з відповідною реабілітацією.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001607>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 160 - Stroke in Young Adults

Травматичне ушкодження головного мозку

Травматичне ушкодження головного мозку визначаються як ураження мозку від зовнішніх сил, що призводить до тимчасового або постійного порушення, функціональної втрати працездатності або психосоціальної дезадаптації. Сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я припускає, що травматичне ушкодження головного мозку незабаром стане третьою провідною причиною смерті та втрати працездатності у світі. У цій главі розглядається пов'язана демографія та патофізіологія травм головного мозку, виявлення ранніх та пізніх наслідків. Переглядаються медичні ускладнення, обговорюються симптоми, спільні як для раннього, так і пізнього одужання. Окреслені основні елементи фізикального обстеження, включаючи діагностичні дослідження та засоби оцінювання, які можуть допомогти практикуючому лікарю. Розглянуто проблеми лікування пацієнта з травмою головного мозку, включаючи ранню стабілізацію, та втручання у поширені проблеми, включаючи збудження, увагу, збудження, судоми, спастичність та дисфункцію вегетативної нервової системи. Потім ми переглядаємо фокус групи лікування, включаючи фізичну терапію, трудотерапію, логопедію,

професійну реабілітацію, лікарів та використання технологій. Нарешті, ми обговорюємо операцію, можливі ускладнення захворювання та можливі ускладнення самого лікування.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001632>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 163 - Traumatic Brain Injury

Нейрогенний сечовий міхур

Нормальна фізіологія сечового міхура - це складна система рецепторних типів та іннервації нервової системи. Незалежно від конкретного неврологічного стану або травми, порушення роботи багатьох ділянок центральної або периферичної нервової системи призведе до зміненого функціонування сечового міхура, відомого як нейрогенний сечовий міхур. У цьому розділі описано взаємозв'язок між неврологічними процесами та патофізіологією сечового міхура. Результати недостатньо керованого нейрогенного сечового міхура можуть мати значну захворюваність і навіть смертність. Нейрогенний сечовий міхур повинен бути адекватно оцінений і керований, щоб забезпечити середовище низького тиску в сечовому міхурі, що дозволяє контролювати і повне спорожнення сечового міхура. У цьому розділі йдеться про оцінку та управління, а також наявні в даний час ліки, процедури та технології для оптимізації коротко- та довгострокових результатів для осіб з нейрогенним сечовим міхуром.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001383>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 138 - Neurogenic Bladder

Нейрогенний кишечник

Нормальна фізіологія кишечника - це складна система, яка знаходиться під комбінованим контролем внутрішньої та зовнішньої нервової системи, яка регулює секрецію слизової кишечника, кровообіг та моторику. Незалежно від конкретного неврологічного стану або травми, порушення в багатьох частинах зовнішньої системи, особливо в центральній нервовій системі, призведе до зміненого функціонування кишечника, відомого як нейрогенний кишечник. У цьому розділі описано взаємозв'язок між неврологічними процесами та патофізіологією кишечника. Результати недостатньо керованого нейрогенного кишечника можуть мати значну захворюваність. Огляд Кокрана 2014 року на цю тему описує ефективну програму управління нейрогенним управлінням кишечника, яка передбачає «модуляцію консистенції стільця, сприяння транзиту стільця через кишечник та ефективний рефлекс або ручну евакуацію стільця з прямої кишки у відповідний час та місце». У цьому розділі розглядаються доступні в даний час варіанти діагностики, лікування та лікування для оптимізації догляду за кишечником для осіб, уражених нейрогенною кишкою.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323549479001395>

Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation (Fourth Edition) : Chapter 139 - Neurogenic Bowel

Вебінар на тему: МЕНЕДЖМЕНТ НЕЙРОГЕННОГО СЕЧОВОГО МІХУРА ТА КІШКІВНИКА В ОСІБ ІЗ УРАЖЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ

<https://youtu.be/54ghPUXUTxA>

Цей вебінар розроблений у співпраці із фахівцями Національного реабілітаційного центру «Ранчо Лос Амігос», Сполучені Штати Америки. Даний вебінар включає в себе три частини: першою частиною є Менеджмент нейрогенного сечового міхура після ураження спинного мозку, другою є Менеджмент нейрогенного кишківника після ураження спинного мозку, і третьою частиною вебінару є Автономна дисрефлексія. Кожна тема відіграє ключову роль для покращення якості реабілітаційних послуг для осіб із ураженням спинного мозку.

Вебінар на тему: 8 кроків моделі ВООЗ щодо процесу надання послуг із забезпечення крісел-колісних

<https://youtu.be/LID2F4-LIbc>

Українська Асоціація фізичної терапії у рамках проекту TEAM Україна, який фінансує Агентство США з міжнародного розвитку представляє вебінар: 8 кроків моделі Всесвітньої Організації охорони здоров'я щодо процесу надання послуг із забезпечення крісел-колісних. Цей вебінар розроблений у співпраці із Румунською громадською організацією Мотивайшен Румунія (Motivation Romania).

Безпечна мобілізація для всіх

<https://www.youtube.com/watch?v=B-fPFvYRk8g>

Навчальне відео по способах переміщення пацієнтів, які перенесли інсульт. Фільм створено Львівською обласною Асоціацією фахівців фізичної реабілітації за підтримки Канадсько-Українського гендерного фонду у 2004 році

Для систематизації та уніфікації використання фізичним терапевтом різних клінічних інструментів Академія неврологічної фізичної терапії Американської асоціації фізичної терапії <http://www.neuropt.org/> розробила **рекомендації по застосуванню клінічних інструментів оцінки при різних патологіях**. Цією організацією було підготовлено ряд документів EDGE (Evidence Database to Guide Effectiveness), <http://www.neuropt.org/practice-resources/neurology-section-outcome-measures-recommendations> що формують базу даних доказів для ефективного керівництва. У результаті ретельного аналізу клінічних інструментів оцінки, розробниками було сформовані рекомендації по їх застосуванню для пацієнтів з певною патологією, що перебувають у різних умовах. Таким чином ця база даних пропонує фізичному терапевту визначити, які клінічні інструменти оцінки слід використовувати у різних умовах з різними категоріями пацієнтів.

Загалом у цій базі даних представлено рекомендації при певних неврологічних патологіях:

<https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-tools/stroke/>

Рекомендована література:

1. Бас О. А. Реабілітаційне обстеження жінок з лімфостазом / Бас О. А., Гречин В. М. // РМЖУА. – 2018. – Vol. 3, N 1. – P. 10.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – Київ : Олімпійська література, 2009. – 488 с.
3. Гриньків М. Нормальна анатомія : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2018. – 224 с.
4. Коритко З. Загальна фізіологія : навч. посіб. / Зоряна Коритко, Євген Голубій. – Львів : ПП Сорока, 2002. – 141 с.
5. Крук Б. Особливості фізичної реабілітації осіб з неврологічним дефіцитом з наслідками черепно-мозкової травми в умовах стаціонару / Богдан Крук, Віра Рокошевська, Наталія Росолянка // Сучасні тенденції у практиці й освіті з фізичної терапії : тези доп. Міжнар. наук. семінару. - Львів, 2016. - С. 35–37.
6. Крук Б. Р. Неінструментальні методи оцінки рівноваги у осіб із черепно-мозковою травмою / Крук Б. Р., Росолянка Н. Я. // РМЖУА. – 2018. – Vol. 3(2/1). – P. 33.
7. Куцериб Т. Анатомія людини з основами морфології : навч. посіб. / Тетяна Куцериб, Мирослава Гриньків, Федір Музика. – Львів: ЛДУФК, 2019. – 86 с.
8. Мазепа М. А. Загальний огляд хворого : метод. вказівка / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
9. Музика Ф. В. Головний мозок : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / склав Музика Ф. В. - Львів, 2019. - 10 с.
10. Музика Ф. В. Система скелета та система з'єднань : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / склав Музика Ф. В. - Львів, 2019. - 11 с.

11. Паєнок О. С. Провідні шляхи головного і спинного мозку / О. С. Паєнок. – Львів, 2017. 11. Паєнок О. Пухлини головного та спинного мозку / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. 12. Паєнок О. Загальний огляд нервової системи. Головний і спинний мозок / Олександр Паєнок. – Львів, 2017.
12. Паєнок О. Черепно-мозкова травма. Травми хребта та спинного мозку / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. 14. Паєнок О. Вегетативна нервова система. Її будова і функція / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. 15. Паєнок О. Гострі порушення мозкового кровообігу за ішемічним та геморагічним типом / Олександр Паєнок. – Львів, 2017.
13. Паєнок О. Кровопостачання головного та спинного мозку. Синдроми ураження окремих артерій мозку / Олександр Паєнок. – Львів, 2017.
14. Росолянка Н. Теоретико-методичне обґрунтування застосування засобів фізичної реабілітації у хворих з черепно-мозковою травмою середньої важкості в умовах стаціонару / Наталія Росолянка, Богдан Крук, Андрій Вовканич // Молода спортивна наука України : зб. тез доп. / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2017. – Вип. 21, т. 3. – С. 98.
15. Росолянка Н. Сучасний стан застосування засобів та методів фізичної реабілітації осіб з черепно-мозковою травмою [Електронний ресурс] / Наталія Росолянка // Спортивна наука України. – 2016. – № 5(75). – С. 46– 49. - Режим доступу : <http://sportscience.ldufk.edu.ua/index.php/snu/article/view/453/434>
16. Фізична реабілітація : анот. бібліогр. покажч. / Ірина Свістельник. – Київ : Кондор, 2012. – 1162 с.
17. Шевага В. Н. Ранние и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы: медико-социальные аспекты и возможности нейропротекции / В. Н. Шевага // Здоровье Украины. – 2009. – № 5.
18. Korytko Z. The use of mechanotherapy, reflexotherapy and post-isometric relaxation in the process of rehabilitation of patients with ischemic disorder / Zoryana Korytko, Vasyl Stefan // European journal of clinical and Experimental Medicine (suppl. conf. summary of XII międzynarodowe dni rehabilitacji "Potrzeby i standardy współczesnej rehabilitacji ".Rzeszów, 20-21 lutego 2020). – Rzeszów, 2020. – S. 49.
19. Effect of water physical therapy on quality of life in breast cancer survivors / Tetiana Odynets, Yuriy Briskin, Alina Perederiy, Maryan Pityn, Iryna Svistelnyk // [Physiother Theory Pract.](#) – 2018. – Vol. 26(4). – P. 11–16.
20. Features of heart rate variability in breast cancer survivors with various types of attitude to the disease / Evgen Prystupa, Tetiana Odynets, Yuriy Briskin, Iryna Svistelnyk // Advances in Rehabilitation=Postępy Rehabilitacji. – 2018. – Vol. 3. – P. 5–9.