

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

імені Івана Боберського

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії

„ 31” серпня 2020 р. протокол № 1

Зав.каф _____ Л.М. Ціж

СТУПНИЦЬКА С. А.

ЛЕКЦІЯ 2

ГЕРІАТРИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРИЇ

з навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРИЇ»

для студентів

другого (магістерського) рівня вищої освіти

ступінь вищої освіти - Магістр

галузь знань 22 Охорона здоров'я

спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія

План

1. Аспекти реабілітації.
2. Фізична терапія в геріатрії, процес, організація, складові, особливості, завдання, засоби фізичної терапії.
4. Особливості фізичної терапії людей похилого віку.
5. Поняття про програми фізичної терапії та індивідуальні програми фізичної терапії для осіб похилого віку.

Процес старіння тісно пов'язаний з постійним збільшенням хворих, що страждають на різні захворювання, у тому числі такі, що притаманні тільки людям похилого віку. Спостерігається постійне зростання кількості старих людей, тяжко хворих, що потребують довгого відновного лікування, опіки та догляду.

Причиною порушення здоров'я та подальшої безпорадності в старості є анатомо-фізіологічні зміни організму, які спостерігаються у всіх органах та системах людини похилого віку, особливо це стосується центральної нервової системи, серцево-судинної, сечовивідної, кістково-м'язової. У наслідок цього виникають захворювання названих органів та систем. У похилому віці послаблюється пам'ять, кровопостачання тканин, порушується стан судин, знижується почуття рівноваги. Це проявляється підвищеною втомлюваністю, зниженням інтенсивності процесів обміну речовин, збільшенням жирової і зменшенням м'язової маси, ламкістю кісток.

Серед населення у віці понад 65 років близько 33 % складають особи з низькими функціональними можливостями, непрацездатні, у віці вісімдесяти років і старше – 64 %. За даними епідеміологічних досліджень, практично здорові серед осіб похилого віку складають приблизно 1/5 частину, інші – страждають різними захворюваннями. Переважна більшість хворих старше 65 років має три або більше недуги, після 70 років – 5-6 захворювань. При цьому характерним є **мультиморбідність**, тобто сполучення декількох хвороб, які мають хронічний характер, тяжко піддаються лікуванню. З кожним десятиріччям життя відбувається подвоєння й навіть потроєння частоти деяких видів патології (переважно судинної).

Фізична терапія виступає в цьому плані як процес цілеспрямованого впливу на організм з метою підвищення рівня його функціональних можливостей, психоемоційної стійкості, покращення адаптаційних резервів.

Закономірно й природньо, що в похилому віці у людини виникає схильність до обмеження рухової активності, нехтування дієтою, пасивності щодо багатьох психологічних стресів замість активного опору їм. У той же час людина сама може відтягнути старіння, затримати динаміку розвитку патологічних процесів у організмі. Досягти цього можна, але для цього необхідно відмовитися від шкідливих звичок, займатися фізичною культурою, раціонально харчуватися, загартовуватися,

дотримуватися розпорядку дня протягом усього життя. Завдяки цьому людина може затримати темп старіння, збільшити тривалість життя.

Тому відновленню нормального функціонування організму людини похилого віку необхідно приділяти пильну увагу та розробляти комплексне відновне лікування за допомогою методів традиційної та нетрадиційної медицини і фізичної реабілітації.

Аспекти реабілітації: медичний, психологічний, професійний, соціально-економічний.

- медичний: діагностика, патогенетична терапія, вторинна профілактика. Медична реабілітація – один із найважливіших розділів, без успішної реалізації завдань якого не можливе проведення і досягнення ефективної корекції психологічного статусу й соціальної реінтеграції.
- психологічний: корекція психічного стану пацієнта, створення умов для психологічної адаптації хворого, унаслідок хвороби, життєвої ситуації.
- професійний: відновлення працездатності, професійне вчення і перенавчання, працевлаштування
- соціально-економічний: повернення економічної незалежності і соціальної повноцінності

Усі аспекти реабілітації тісно пов'язані між собою й мають на меті відновлення здоров'я хворого.

В геріатричній реабілітації, неприпустимо поділ різних аспектів реабілітаційного процесу - медичного, психологічного, соціального та ін. Введено поняття - **всестороння геріатрична оцінка**, яка включає в себе мультидисциплінарну оцінку всіх сторін життя літньої людини, в тому числі опис і пояснення проблем і способів їх усунення, визначення потреби в різних геріатричних службах, пошук ресурсів, фінансування планів роботи з літніми. В даний час відзначається, що необхідно "розглядати літню людину як цілісний індивідум. Однак літні люди схильні до дії цілого ряду несприятливих факторів, і їх фізичний, психологічний соціальне і економічне благополуччя і здоров'я тісно взаємопов'язані, що обумовлює необхідність у комбінованій оцінці раз особистих аспектів здоров'я і благополуччя".

ВООЗ рекомендує розглядати п'ять основних аспектів оцінки функціонального стану літніх: повсякденна діяльність, психічне і фізичне здоров'я, соціальний та економічний статус. Бо "саме функціональний стан, а не діагноз, вказує, чи може літня людина жити незалежно і гідно".

Види реабілітації:

- медична – спрямована на повне або часткове відновлення здоров'я, компенсацію втраченої функції;
- психологічна реабілітація передбачає вплив на психологічну сферу хворого;
- соціально-економічна реабілітація вирішує комплекс заходів щодо забезпечення хворого або неповносправного житлом і пенсією;

- професійна реабілітація – готує пацієнта до праці;
- побутова реабілітація – забезпечує засобами пересування, навчання, самообслуговування.

Погіршення з віком стану здоров'я літніх людей супроводжується значними змінами обсягу й характеру їхніх потреб у різних видах медичної допомоги й зумовлює потребу переорієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню літнього віку та позалікарняні форми обслуговування. Останні більш економічно вигідні. Так, дослідження іноземних фахівців показали, що надання адекватної профілактичної первинної медичної допомоги людям 65 років і старшим на 17 % знижує рівень їх смертності та на 23 % підвищує бажання жити в громаді.

Геріатрична реабілітація включає медичну, психологічну та соціальну реабілітацію. Усі види реабілітації тісно пов'язані між собою й мають на меті відновлення здоров'я хворого.

Загальними завданнями геріатричної реабілітації є реактивація, ресоціалізація та реінтеграція літніх людей.

Реактивація має на увазі заохочення літньої людини, що перебуває в пасивному стані, фізично і соціально неактивної, до відновлення активності в повсякденному житті у своєму середовищі.

Ресоціалізація означає, що літня людина після хвороби або навіть під час неї відновлює контакти з родиною, сусідами, друзями та іншими людьми і, тим самим, виходить зі стану ізоляції.

Реінтеграція – повернення в суспільство літньої людини, яка бере повноцінну участь у нормальному житті, а в багатьох випадках займається посильною корисною діяльністю.

Під геріатричною фізичною терапією розуміється частина реабілітології, яка спрямована на збереження, підтримку, відновлення функціонування літніх і старих людей і прагне до досягнення їх незалежності, поліпшення якості життя і емоційному благополуччю.

Фізична терапія літніх людей часто є наслідком або доповненням до лікування певних захворювань і недуг. Тому її призначає лікар даної спеціальності. При реабілітації людей похилого віку з множинними супутніми захворюваннями після функціональної оцінки слід зосередитися на виборі найбільш важливих цілей. Фізична терапія літніх людей може проходити в реабілітаційному центрі, будинку престарілих або санаторно-курортних установах.

Основними елементами фізичної терапії людей похилого віку повинні бути: активний спосіб життя, організація посильної трудової діяльності, організація дозвілля та відпочинку, відновлення втрачених функцій і навичок.

До групи літніх і старих людей, що підлягають фізичній терапії, належать: - особи віком 60-90 років і старші; - особи, які мають високий ризик інвалідизації або інвалідність; - особи, які живуть самотньо; - особи, які мають значне погіршення економічного або соціального стану.

Фізична терапія літніх має свої особливості, які зумовлені віковими функціональними змінами організму.

У більшості людей похилого віку фізична активність поступово знижується, а повторювані травми або хронічні захворювання можуть знизити їх працездатність і фізичну форму. Старість дуже часто пов'язана з когнітивними, емоційними і соціальними проблемами, які створюють великі проблеми для літніх людей і їх сімей.

Фізична терапія літніх має свої особливості, які зумовлені віковими функціональними змінами організму. Із віком у людей похилого віку різко зростають потреби в догляді і необхідність медичної допомоги, психологічної підтримки та соціального захисту. Людям похилого віку не завжди вистачає необхідних стимулів для активного включення в суспільне життя через хвороби і старість. Відновлювальне лікування вимагає від літньої людини віри в необхідність і ефективність реабілітаційних заходів, енергії і сили волі, терпіння. Весь процес фізичної терапії в похилому і старечому віці перебігає повільно, і тому слід виявляти велику наполегливість у роботі з такими пацієнтами, враховувати їхній фізичний і емоційний стан.

Важливою особливістю фізичної терапії в геріатрії є те, що хворі літнього віку потребують підбадьорення та стимулювання більшою мірою, ніж молоді люди. У багатьох із них перенесене ускладнення патологічного процесу або травми із залишковими явищами й розвинута свідомість власної фізичної неповноцінності призводять до зниження спілкування з іншими особами. Водночас, існує бажання боротися за відновлення втрачених функцій, щось робити для себе, щоб знову бути незалежним від сторонньої допомоги. Отож, **воля і бажання хворого** – найбільш важливий **елемент фізичної терапії**. Медичному персоналу часто необхідні великі зусилля, щоб розвинути у хворого відчуття власної гідності, навчити його думати про себе як про особистість, стимулювати до проведення відновного лікування.

Інтенсивність і тривалість будь-якого терапевтичного втручання не повинні викликати реакції функціонального виснаження і бути пропорційними функціональному стану старіючого пацієнта. Нажаль, повна компенсація при фізичній терапії осіб похилого віку недосяжна. Ефективним необхідно визнати вже часткове їх відновлення. Неповна компенсація порушених або втрачених функцій осіб похилого віку пояснює **важливість застосування засобів ерготерапії**, спрямованих на максимально можливе відновлення здатності людини до незалежності і самостійності на соціально-побутовому рівні.

Фізична терапія — є складовою медичної реабілітації, це комплекс послуг, які надаються виключно фахівцем з фізичної терапії або під його керівництвом і

контролем і включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізичної працездатності хворих з тимчасовою та стійкою втратою працездатності. Її основними засобами є: лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механо-працетерапія.

Фізична терапія може включати заходи для підтримання і/або відновлення функцій або ж компенсації втрати або відсутності функції чи функціонального обмеження.

Процес фізичної терапії охоплює широке коло заходів і видів діяльності, починаючи від основної та загальної реабілітації і до дій, спрямованих на досягнення кінцевої мети, наприклад, професійної реабілітації.

Організаційними основами фізичної терапії вважають:

- здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого з формулюванням діагнозу перед початком фізичної терапії;
- проведення фізичної терапії за певною програмою, що укладена на основі оцінки стану хворого;
- здійснення оцінки ефективності заходів фізичної терапії в динаміці і після завершення курсу фізичної терапії;
- складання рекомендацій щодо лікувальних і соціальних заходів, які необхідні на подальших етапах фізичної терапії.

Загальні принципи фізичної терапії:

ранній початок проведення реабілітаційних заходів;

комплексність використання всіх доступних і необхідних заходів фізичної терапії;

індивідуалізація програми фізичної терапії;

етапність фізичної терапії;

безперервність впродовж всіх етапів фізичної терапії;

соціальна спрямованість заходів фізичної терапії;

контроль ефективності фізичної терапії;

обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень.

Алгоритм клінічної діяльності фахівця з фізичної терапії в Україні, який охоплює такі складові:

1. Обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень.
2. Прогнозування результатів втручання.
3. Планування втручання (створення реабілітаційної програми).

4. Втручання (виконання і програми фізичної терапії).
5. Оцінювання результатів втручання та корекція програми фізичної терапії.

Завдання фізичної терапії :

- мобілізація резервних сил організму;
- активізація захисних і пристосувальних механізмів;
- попередження ускладнень та рецидивів захворювання;
- прискорення відновлення функцій різних органів та систем;
- скорочення термінів клінічного та функціонального відновлення;
- тренування та загартування організму;
- відновлення працездатності.

Зміст та складові обстеження у фізичній терапії

Обстеження у ФТ – збір відповідної і точної інформації для оцінки фізичного стану пацієнта і визначення функціональних порушень та обмежень.

Помилки у обстеженні спричиняють помилки у подальшій діяльності фізичного терапевта.

Одними з основних у фізичній терапії є обстеження опорно-рухового апарату.

Обстеженню завжди передуює візит пацієнта до лікаря, який встановлює медичний діагноз та розглядає доцільність скерування пацієнта до фізичного терапевта.

Визначення потенціалу фізичної терапії хворого є істотним моментом при підготовці програми фізичної терапії і вимагає вирішення декількох основних завдань:

1. З'ясування характеру рухових порушень і ступеня обмеження рухової функції.
2. Визначення можливості повного або часткового морфологічного і функціонального відновлення або порушеної функції пошкодженого органу чи системи.
3. Подальший прогноз розвитку адаптаційних і компенсаторних можливостей організму хворого при даному захворюванні.
4. Оцінка фізичної працездатності організму в цілому та функціональної спроможності окремих органів і систем з урахуванням визначення переносимості різних за характером, обсягом та інтенсивністю фізичних навантажень в процесі реабілітації.

5. Результати оцінки потенціалу фізичної терапії слід розглядати в динаміці, що дозволяє об'єктивно встановлювати ефективність реабілітаційної програми та окремих занять з метою їх подальшої корекції.

Фізичні терапевти обстежують пацієнтів з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу, розробляють і виконують індивідуальний план фізичної реабілітації у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями, тренерами) та пацієнтом.

- проведення комплексного обстеження/оцінки/визначення потреб окремого пацієнта/клієнта або потреб групи клієнтів;
- встановлення діагнозу, визначення прогнозів і плану заходів;
- надання консультації в рамках своєї компетенції та визначення того, коли пацієнтам/клієнтам слід звернутися до інших медичних фахівців;
- впровадження програми втручання /лікування, складеної фахівцем фізичної терапії;
- визначення очікуваних результатів будь-якого втручання;
- надання рекомендацій для самостійного функціонування.

Обстеження фізичним терапевтом літніх людей передбачає анамнез пацієнта, збір скарг, саме обстеження.

Фізичний терапевт обстежує пацієнта відповідно до медичного діагнозу і встановлених лікарем протипоказів та застережень.

Обстеження може охоплювати антропометричні показники тощо

Результат обстеження – кількісні та якісні показники.

Спостереження поділяється на **формальне та неформальне**. Необхідно порівнювати інформацію, отриману в результаті формального і неформального спостереження

Суб'єктивна оцінка стану пацієнта. Суб'єктивно – те, що говорить пацієнт. Ми задаємо пацієнту запитання (відкриті і закриті).

На цьому етапі: розвивається комунікація між фізичним терапевтом та пацієнтом, формується робоча атмосфера; фізичний терапевт починає складати історію рухового порушення; відзначаються симптоми, які можуть вимагати втручання інших фахівців охорони; формується попередня (робоча) версія про рухове порушення; складається план подальшого обстеження.

До суб'єктивної інформації відноситься: загальна інформація про пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, коли встановлені, дата госпіталізації

(інформація з історії хвороби). Головна скарга – повинна стосуватися рухової сфери. Професія, рівень повсякденної активності, заняття спортом, захоплення. Виникнення проблеми. Коли встановлено основний діагноз і як довго існують, попереднє лікування та реабілітація, який результат? Чи симптоми міняються з початку виникнення? Біль: характер, інтенсивність і динаміка. Супутні захворювання – додаткові скарги і ймовірні ускладнення при здійсненні реабілітаційних заходів. Чинники, пов'язані із повсякденною активністю.

Зміст та складові реабілітаційного обстеження, спостереження:

постава,

- хода,
- м'язова сила та м'язовий тонус,
- амплітуда рухів у суглобах,
- рівновага,
- координація;
- інтенсивність та характер болю;
- основні життєві показники;
- функціональні обмеження;
- можливості самодогляду та самообслуговування, рівень самостійності,
- симетрія рухів,
- бажання рухатись,
- компенсаторні або індивідуальні рухи,
- фактори ризику,
- міміка,
- „мова тіла“,
- розмір та пропорції м'язів,
- набряки,
- складки,
- рубці,
- колір (еритема, ціаноз).

Під час здійснення фізичної терапії велике значення має наперед складений **план**, ознайомлення пацієнта з його деталями. Обґрунтування цього плану покращує самопочуття хворого, укріплює його рішучість боротися за своє одужання, знімає депресію.

Програма фізичної терапії включає в себе обстеження/вивчення, оцінку, діагностування, прогнозування, планування догляду/втручання та повторне

обстеження. Діагностика і прогнозування є результатом обстеження і оцінки. Вони представляють результати клінічного обґрунтування з урахуванням додаткової інформації від інших фахівців, в разі необхідності; можуть бути виражені в якості певної дисфункції рухового апарату або охоплювати комплекс вад, обмеження функцій організму, втрату працездатності, розлади в результаті негативних впливів навколишнього середовища, неповносправність.

Прогнозування (включає план догляду/втручання) починається з визначення потреб у догляді/втручанні та, як правило, веде до розробки плану догляду/втручання, в тому числі визначення конкретної реальної мети у співпраці з пацієнтом/клієнтом, членами родини чи опікуном. Часом, може виникнути потреба скерувати пацієнта/клієнта до іншої установи чи медичного фахівця, у випадках, які не належать до компетенції фізичного терапевта.

Втручання/фізична терапія здійснюється і моделюється для досягнення попередньо узгоджених цілей і може включати в себе фізичні вправи; фізичні, електротерапевтичні та механічні засоби; забезпечення допоміжними засобами; навчання та консультування пацієнтів; ведення документації, координацію і спілкування. Втручання/фізична терапія може бути спрямоване на запобігання порушенням, обмеженням активності, втраті працездатності, обмеженню функціонування і травматизму, скероване на зміцнення і підтримання здоров'я, якості життя, працездатності і гарного самопочуття.

Складання програми фізичної терапії є невід'ємною частиною при організації процесу фізичної терапії у лікувально-профілактичних установах, центрах, санаторіях.

На всіх етапах програми передбачається звернення до особистості хворого, поєднання біологічних і психосоціальних форм лікувального відновного впливу.

Для складання програм фізичної терапії необхідно враховувати весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) та керуватися правилами, які передбачають:

- Партнерство лікаря, фізичного терапевта і пацієнта, визначення потенціалу фізичної терапії хворого, особливо його рухових можливостей,

- Різномісність впливів, тобто облік всіх сторін фізичної терапії для кожного хворого,

- Комплексність лікувально-відновних заходів, ступінчастість (перехідність) впливів (поетапне призначення відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Програми фізичної терапії в геріатрії можуть проводитися індивідуально або в групах. Основні методи, форми та цілі фізичної терапії літніх людей не відрізняються від загальноприйнятих і включають різні аспекти реабілітаційного процесу.

Програми повинні бути спрямовані не тільки на покращення діяльності пошкодженого організму, а й сприяти попередженню розвитку нових хвороб. Методи фізичної терапії сприятливо впливають на весь організм, а не тільки на будь-який орган чи частину тіла.

Комплексна програма фізичної терапії для осіб похилого віку повинна містити: раціональне харчування, лікувальну фізичну культуру (ЛФК), масаж. Найякісніший ефект від використання вказаних методів може бути досягнутий лише на фоні **здорового способу життя пацієнтів** – це дотримання **режиму дня** (чергування праці й відпочинку, повноцінний сон, перебування на свіжому повітрі), загартування, відсутність шкідливих звичок, уміння розслабитися й відпочивати, рухова активність, раціональне харчування.

Оптимальний руховий режим є найбільш дієвим засобом відтермінування старіння й зменшення з віком фізичних можливостей організму, а також пов'язаного з цим зниження працездатності й інших форм життєвої активності.

Основними елементами рухового режиму людей похилого віку можуть бути:

ранкова гігієнічна гімнастика, оздоровча ходьба, аеробні тренування, їзда на велосипеді, плавання, ходьба на лижах.

Складові частини програми фізичної терапії. Будь-яка програма фізичної терапії повинна складатися з 2-ох частин: 1 - медична та 2 - безпосередньо програма фізичної фізичної терапії.

Перша частина програми фізичної терапії повинна містити паспортні дані і всі відомості про захворюваність людини від моменту появи перших ознак і до теперішнього моменту.

Медична частина програми фізичної терапії включає в себе ряд розділів, які повинні бути представлені в суворій послідовності:

1. Паспортні дані.
2. Дані суб'єктивного дослідження: а) скарги; б) анамнез захворювання; в) анамнез життя

Програма фізичної терапії хворого:

Ф.І.О. _____

(Паспортні дані)

Дата і час надходження у заклад:

Стать:

Вік:

Професія, місце роботи:

Місце проживання: _____

Діагноз: _____ (при вступі, якщо є супутній)

(Дані суб'єктивного обстеження)

Скарги : _____ основні, супутні (на даний час). (Кожна скарга повинна бути описана самим докладним чином)

Анамнез захворювання: _____

Анамнез життя: _____

(Дані об'єктивного дослідження)

Справжній стан хворого (об'єктивні дані): _____

(Фізична терапія)

Етап фізичної терапії: _____

Руховий режим: _____

Засоби і методи фізичної терапії: _____ (застосовувані на даному етапі відповідно до рухового режиму) ЛФК, масаж, фізіотерапія, трудотерапія, музикотерапія)

Форми і зміст методу: _____

_____ (ЛФК, масажу, фізіотерапії, механотерапії і т.д.). Тобто для ЛФК - РГГ, дозована ходьба, ЛГ тощо;

для масажу - лікувальний, гігієнічний, сегментарно-рефлекторний тощо;

(Приблизний режим дня хворих)

7.00 - Підйом

7.30-8.00 - Ранковий туалет хворих (санітарно-гігієнічні процедури)

8.00 - РГГ (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування РГГ, 2 - приблизний комплекс вправ

8.30 - Прийом ліків

8.30-9.00 - Сніданок

9.00-10.00 - Лікарський обхід (реабілітолог спільно з лікуючим лікарем)

10.30 - Лікувальний масаж (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування масажу на даний момент, 2 - описати вид масажу і його методику, щодня або через день, а також поєднання даного виду масажу з іншими методами реабілітації)

11.30 - Лікувальна гімнастика (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ЛГ в на даний момент, 2 - приблизний комплекс вправ, розписати зміст ЛГ, функціональний контроль адекватності навантаження)

12.10 – вільний час

13.00-13.30 - Прийом ліків

13.30-14.30 - Обід

14.30-16.30 - Післяобідній відпочинок

17.00-19.00 - Відвідування хворих родичами.

17.30 - Дозована ходьба, теренкур (Т) і т.д. (1 - клініко-фізіологічне обґрунтування застосування ДХ або Т на даний момент, 2 - розписати зміст ДХ або Т, функціональний контроль адекватності навантаження)

18.30 - аеротерапія, музикотерапія або фітотерапія (те саме)

19.00-19.30 Прийом ліків

19.30-20.00 - Вечеря

20.00-21.30 - Вільний час (інтелектуальні ігри, аутотренінг і т.д.)

21.30-22.00 Вечірній туалет

22.00-7.00 - Сон.

Вихід фізичної терапії та оцінка ступеня відновлення хворого на даному етапі:
_____ (функціональні показники, загальний стан хворого)

Рекомендації: _____ (перевести на наступний етап, внести зміни і продовжити поточний етап фізичної терапії, виписати, дати комплекс ФТ хворому для самостійних занять на дому і т.д.).

3. Дані об'єктивного дослідження, які висвітлюються у міру отримання відомостей при вивченні органів і систем хворого за допомогою огляду, гоніометрії, сантиметрової стрічки, пальпації, перкусії, аускультатії (фізикальних методів дослідження), тощо

ДАННІ СУБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

1. Скарги хворого

Всі скарги за їх характером і способом отримання від хворого вельми умовно поділяються на основні - це ті, які становлять предмет захворювання, супутні - вони безпосереднього відношення до цієї хвороби не мають, скарги, виявлені при опитуванні хворого про наявні порушення функції органів і систем.

Супутня патологія, як правило, посилює важкість перебігу основного процесу і вимагає до себе серйозної уваги.

Фізичний терапевт збирає скарги на даний час, а не на момент надходження хворого в стаціонар. Момент розмови є визначальним на даний час. Кожна скарга повинна бути описана самим докладним чином.

Якщо є болі, то необхідно вказати локалізацію їх, тривалість, інтенсивність, характер, зв'язок з диспептичними, дизуричними або з іншими розладами, з прийомом їжі або опракування кишечника, з якими-небудь чинниками побуту чи праці, погодою, порою року: вказати, впливає біль на функцію того чи іншого органу або частини тіла: положення хворого під час болів, застосовувані звичайно при болях кошти та їх ефект.

Якщо хворий не вказує на супутні скарги, то слід запитати: «Чи не турбує Вас ще що-небудь, окрім вже викладених скарг». Таким чином вдається з'ясувати, що, наприклад, крім набряку, гіперемії, різких пульсуючих болів в області нігтьової фаланги першого пальця правої кисті у хворого є спрага, свербіння шкіри, мігруючі болі по всьому тілу, а частіше по ходу товстого або тонкого кишечника, що при подальшому дослідженні хворого буде встановлено супутнє захворювання «діабет». Потім з'ясовується третя група скарг, які хворий сам не пред'являє, але які можна дізнатися лише шляхом опитування по органах і системах. Раніше зазначені скарги більше не згадуються.

З'ясовується стан центральної нервової системи та психіки: настрої, сон, самопочуття після сну, головні болі, дратівливість, плаксивість, інтерес до роботи та інше; стан органів почуттів: нюху, слуху, зору, дотику, органів дихання: задишка, біль у грудній клітці, кашель, наявність, характер і кількість харкотиння, кровохаркання, носові кровотечі; органів кровообігу: задишка у зв'язку з фізичним навантаженням, набряки кінцівок, болі в області серця та інше; органів травлення: апетит, ковтання, печія, відрижка, нудота, блювота, болі в різних відділах живота, відправлення через шлунково-кишковий тракт (характер стільця, регулярність його, частота дефекації; органів сечовипускання: частота сечовипускання, розлади його, різі, болю при цьому, зменшення або збільшення кількості сечі і думка хворого про можливі причини цих явищ.

2. Анамнез захворювання

У цьому розділі програми ФТ необхідно в суворій послідовності, хронологічному порядку описати початок, перебіг і розвиток основного захворювання від найперших його проявів та можливих його причин до моменту обстеження хворого. Описується вплив на перебіг захворювання різного роду попередніх заходів, стаціонарного, амбулаторного або санаторно-курортного лікування.

У випадку, якщо описується анамнез травматичного пошкодження, вказується точно час травми, механізм і характер травми, стан і положення тіла хворого під час травми, характер першої допомоги та її обсяг, характер транспортування і т. д.

3. Анамнез життя

Місцевість, де хворий народився, вік і здоров'я батьків при народженні хворого. Хвороби дитинства.

Трудове життя з короткою характеристикою професії та умов праці (професійні шкідливості, тривалість робочого дня

Якщо відзначаються перенесені хворим захворювання, операції, травми, то потрібно вказати, звідки отримані відомості (зі слів хворого, з довідок та ін), в якому віці вони перенесені, який вплив вони справили на здоров'я в подальшому.

Повинні бути відображені питання спадковості та сімейного анамнезу: захворювання в сім'ї злякисними новоутвореннями, хворобами обміну, психічними, венеричними хворобами, туберкульозом; наявність в сім'ї вад розвитку (аномалій), вроджених захворювань.

Житлові умови. Шкідливі звички: куріння (цигарки, сигарети, трубка; кількість викурених тютюну), вживання алкоголю, наркоманії, токсикоманії, зловживання чаєм, кавою. Переносимість ліків.

Дані об'єктивного обстеження

Поза будь-якою залежністю від характеру і локалізації захворювання проводиться повне та методичне обстеження хворого, послідовно, за допомогою огляду, пальпації, перкусії та аускультатії, гоніометра, сантиметрової стрічки, пікфулометра, шкал, тощо.

Оцінюється стан хворого - добрий, цілком задовільний, середньої важкості, важкий, дуже важкий.

Свідомість: ясна, сплутана, відсутня. Положення: активне, пасивне, вимушене. Вираз обличчя: звичайне або не подає ніяких хворобливих проявів, страждаюче, тужливе, тощо.

Статура правильна, відхилення (сутулість, деформації).

Харчування: збалансоване, задовільне, надмірне.

Температура тіла.

Шкіра: звичайна, бліда, ціанотична (вказати місця, де ціаноз найбільш виражений - губи, нігті), жовтянична, землистий; пігментації, висипу, рубці, расчеси, лущення, пролежні; еластичність шкіри, пітливість. Волосся і нігті.

Видимі слизові оболонки: звичайна, бліда, жовтянича, пігментації, виявлення, висипання.

Підшкірна клітковина: ступінь розвитку (слабка, помірна, надмірна). Набряки, локалізація їх, розповсюдження.

Лімфатична система: промацуються лімфатичні вузли чи ні (підщелепні, шийні, підключичні, пахвові, ліктьові, пахові). Величина лімфовузлів. Консистенція їх, хворобливість, зрощення між собою і з навколишніми тканинами.

М'язи. Загальний розвиток: розвинуті, помірно, недостатньо.

Тонус м'язів: звичний, підвищений, знижений. Місцеві гіпертрофії та атрофії.

Кістки. Деформації, видимі пухлини. Хворобливість при обмацуванні, перкусії, навантаженні по осі. Вимірювання довжини кінцівок на різних рівнях. Зміна ходи. Порочні установки.

Суглоби. Конфігурація: звичайна, деформації, контрактури і анкілози. Хворобливість при пальпації.

Рухи пасивні та активні, їх обсяг.

Грудна клітка і її органи: форма грудної клітки - звичайна, конічна, бочкоподібна, циліндрична, паралітична, рахитична, куряча, воронкоподібна. Деформації (горб тощо). Асиметрія грудей, западіння над-або підключичних просторів, випинання або западіння одного боку грудей. Положення лопаток: щільне прилягання до грудей, відставання.

Тип дихання: реберний, черевний, подовжений видих, подовжений вдих. Ритм дихання: правильний, число дихальних рухів у хвилину. Стан межреберий при глибокому диханні (випинання, опускання). Обмацування грудей: болючі місця, набряклість покривів (вказати локалізацію). Вимірювання довжини обводу грудей на рівні сосків під час вдиху і видиху.

Аускультация легень порівняльна. Дихання везикулярне, жорстке, бронхіальне. Хрипи сухі, вологі. При необхідності проводиться спірометрія.

Серцево-судинна система

Огляд і обмацування артерій. Артерії неізвітіє, покручені, м'які, жорсткі, вузлуваті. Пульс. Частота в одну хвилину. Ритм: пульс ритмічний, аритмічний (вказати тип аритмії). Артеріальний тиск максимальне і мінімальне.

Огляд і обмацування вен. Розширення вен шиї, грудної клітки, черевної стінки, кінцівок. Ущільнення і болючість при обмацуванні вен.

Огляд ділянки серця: серцевий горб. Ритм правильний, серцева діяльність аритмічна. Функціональні проби Штанге, після фізичного навантаження, час нормалізації пульсу, дихання і артеріального тиску.

Органи травлення. Рот, губи, колір їх: звичайний, блідий, ціанотичний. Сухість. Тріщини. Слизова оболонка внутрішніх поверхонь губ, щік, твердого та м'якого піднебіння (звичайного рожевого кольору, бліда, гіперемія, пігментація, виявлення). Десни бліді, розпушені, кровоточать.

Зуби: каріозні, хитаються, вставні, відсутні.

Язик: вологий, сухий; необкладення, обкладений, (небагато, помірно, сильно); покритий кірками, тріщини, виразки, рубці, припухлість, малиновий язик, лакований, колір нальоту.

Зів звичайного пофарбування, червоний, набряк слизової зіву, сухість, нальоти.

Мигдалини звичайної величини, гіпертрофовані, почервоніння, припухлість слизової, нальоти, гнійні пробки.

Живіт. Форма живота: звичайної конфігурації, овальний, грушоподібний, випнутий, розпливається. Живіт роздутий, не роздутий, втягнутий; часткове западіння або втягнення (асиметрія), помітна чи видима перистальтика, бере участь або не бере участі в акті дихання, щадітся при диханні. Пальпація живота поверхнева: живіт м'який або напружений на всьому протязі.

Нервова система і органи чуття. Мова звичайна, скандували, заїкання та інші види дизартрії. Судоми, паралічі, парези. Порухення чутливості відсутні, є (тоді вказати локалізацію). Сухожилльні рефлексі: звичайні, живі, ослаблені, не викликаються, різної сили праворуч або ліворуч. Дермографізм білий чи червоний. Глотковий, рогівковий і зіничний рефлексі звичайні, ослаблені, не викликаються.

3. Ступінь відновлення може бути оцінена за чотирибальною шкалою: повне відновлення; часткове відновлення; без зміни від вихідного рівня; погіршення.

Згідно з матеріалами Міжнародного відділу з питань праці розроблена наступна шкала динаміки відновлення і можливих результатів захворювань та оцінка функціональних можливостей:

1. Відновлення функціональної здатності в тій або іншій мірі.

1.1. Повне відновлення.

1.2. Часткове відновлення.

1.3. Компенсація при обмеженому відновленні функцій і відсутності відновлення.

1.4. Заміщення (ортопедичне або хірургічне) при відсутності відновлення.

2. Відновлення адаптації до повсякденного і професійного життя.

2.1. Виховання готовності до праці і побутової діяльності.

2.2. Трудотерапія.

3. Залучення до трудового процесу - визначення придатності до трудової діяльності, перепідготовка.

4. Диспансерне обслуговування.

Вивчення найближчих і віддалених результатів заходів фізичної терапії дозволяє планомірно і ефективно вести весь процес фізичної терапії, визначаючи основні завдання на кожному з етапів, і шляхом підбору комплексу адекватних і ефективних засобів домагатися благополучного результату.

Фізичні вправи спрямовані на підвищення загального тону організму, працездатності. Необхідно особливу увагу звертати на вибір вихідного положення, оскільки людям похилого віку бажано уникати вправ, які призводять до збільшення гідростатичного тиску в судинах головного мозку, підвищення внутрішньочерепного тиску. Людям похилого віку не рекомендуються вправи, пов'язані з елементами напруження. Виключаються вправи, пов'язані з нахилом тулубу вниз головою, з різкими поворотами голови, її круговими оборотами. Дуже обережно повинні виконуватися вправи з одночасним підняттям нижніх кінцівок з горизонтального у вертикальне положення (при вихідному положенні лежачи на спині). Повільно й плавно необхідно виконувати махові й обертальні рухи у зв'язку зі зниженням еластичності зв'язок і м'язів. Оптимальна інтенсивність навантаження у таких осіб не повинна перевищувати 50-60 % функціональних можливостей/

Для людей похилого віку особливе значення має **індивідуальний підхід** при розробці програм (ФТ) і контролю за їх виконанням. Під впливом ФТ у пацієнтів похилого віку підвищується працездатність, зменшується функціональний вік організму й темп розвитку вікових змін.

Масаж використовується в геріатричній практиці не лише як лікувальний метод, але і як спосіб проти гіподинамії. Проводячи масаж у людей похилого віку, необхідно враховувати індивідуальну переносимість, загальне самопочуття й наявність супутніх захворювань. Особливість масажу в людей похилого віку полягає у зменшенні інтенсивності й тривалості процедур. У випадку, коли вплив на ділянку патологічних проявів небажаний, або неможливий, проводять масаж відповідних сегментарних зон. Рекомендується також застосування точкового масажу, оскільки він представляє менше навантаження на організм за умови правильного його використання.

Слід широко використовувати в оздоровленні осіб похилого віку кліматичні фактори (сонце, повітря, воду) з метою загартування, покращення адаптаційних можливостей, мобілізації імунних механізмів.

Старість може стати достойним періодом життя, якщо людина вступить у нього якомога більш здоровою. Профілактичні заходи, ужиті у віці після 40 років, сприяють більш благополучному перебігу старості, запобігають багатьом стражданням і старечій немочі. Людині вже похилій, у якої розвинулись дистрофічні зміни в організмі, важче починати дотримуватися здорового способу життя, тоді як

збереження навичок, отриманих протягом багатьох років здійснюється легше й дозволяє підтримувати організм, який старіє у гарній формі.

Своєчасна й адекватна комплексна програма ФТ для осіб похилого віку з урахуванням індивідуальних особливостей організму, супутніх захворювань в активному поєднанні зі здоровим способом життя сприяє підтриманню нормального функціонування організму й досягненню щасливого довголіття.

Рекомендована література

Основна:

1. Бирюков А. А. Лечебный массаж. – К. : Олимпийская литература, 1995. – 200 с.
2. Воробьева, Т. Е. Гериатрия / Т. Е. Воробьева, А. Я. Куницына, Т. Ю. Малеева. – М. : Феникс, 2012. — 160 с.
3. Епифанов В. А. Основы реабилитации / под ред. В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с.
4. Коркушко, О. В. Гериатрия в терапевтической практике / О. В. Коркушко, Д. Ф. Чеботарев, Е. Г. Калиновская. – М. : Здоров'я, 2015. – 840 с.
5. Мелентьева, А. С. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 2. Введение в клиническую гериатрию / Под редакцией В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 784 с.
6. Гериатрия в клинике внутренних болезней / Д.Ф. Чеботарев. - М.: Здоров'я, 2015. – 304 с.
7. Козлова Л. В., Козлов С. А., Семенов Л. А. Основы реабилитации / Серия "Учебники, учебные пособия". — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 480 с.
8. Мухін В.М. Фізична реабілітація Підручник. — 3-тє вид., переробл. та доповн. — К. : Олімп, л-ра, 2009. — 488 с.
9. Назар П. С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
10. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под ред. проф. С. П. Попова. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999. – 608с.
11. Козлова Л. В., Козлов С. А., Семенов Л. А. Основы реабилитации / Серия "Учебники, учебные пособия". — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 480 с.
12. Комплексная реабилитация и профилактика больных и инвалидов: Учеб. пособие / Под ред. С. П. Евсеева. — М. : Советский спорт, 2001. — 320 с.
13. Мурза В. П. Фізична реабілітація: Навч. посібник. — К. : Орлан, 2004. — 559 с.
14. Назар П. С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
15. Окамото Г. Основы физической реабилитации: Навч. посібник / Г. Окамото; пер. з англ. Ю. Кобіва, К. А. Добриніної. — Львів, 2002. — 232 с

17. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник / Л. О. Вакуленко [та ін.] ; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. - Тернопіль: Укрмедкн.: ТДМУ, 2018. - 371 с.
18. Скутин А. В. Физическая реабилитация в геронтологии : избранные лекции : учеб.-метод. пособ. для магистрантов направления подготовки 034400.68 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура)» / А. В. Скутин. - Челябинск : Уральская Академия, 2014. – 147 с
19. Сухова Л.С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста / Л.С. Сухова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 93-105.
20. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Под ред. Л. И. Дворецкого, Л. Б. Лабезника. – М. : Новая волна; Дом ОНИКС, 2000. — 543 с.
21. Язловецький В. С., Верич Г.Є., Мухін В. М. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник. – Кіровоград: РВВ КДПУ імені Володимира Винниченка, 2004. – 238 с

Допоміжна:

1. Горшунова Н. К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии / Н. К. Горшунова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3. – С. 55-58.
2. Козырева О. В., Иванов А. А. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия. Учебный словарь справочник. Советский спорт, 2010. – 280 с.
3. Сухова Л. С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста / Л.С. Сухова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 93-105.
4. Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии : учеб. пособие для вузов / О.О. Заварзина [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.

Інформаційні ресурси інтернет:

1. Therapeutic Exercise [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <https://www.balancechiropracticva.com/treatments/exercises/>
2. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=21765>
3. Физическая реабилитация в геронтологии [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // А. В. Скутин 3. Физическая реабилитация в геронтологии: избранные лекции <http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/>