

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Автором запропоновані найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації і методика їх застосування в різних періодах лікування переломів діафіза стегнової кістки.

Автором предложены наиболее эффективные средства физической реабилитации и методика их применения в различных периодах лечения переломов диафиза бедренной кости.

By an author the offered most effective facilities of physical rehabilitation and method of their application in different periods of medical treatment of breaks of diafiz thigh-bone.

Термін “реабілітація” має широке змістовне значення та вживається в усіх сферах діяльності людини – політичній, юридичній, спортивній тощо. У медицині реабілітація визначається, як процес відновлення здоров’я і працездатності хворих та інвалідів. Реабілітація – це суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, яке здійснюється комплексом медичних, психологічних, професійних, соціальних та інших заходів [3], провідну роль серед яких відіграє саме фізична реабілітація. Вона покращує ефект лікування, запобігає можливим ускладненням, прискорює відновлення функцій органів і систем, тренує і загартовує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідності. У випадках інвалідності фізична реабілітація допомагає хворому набутти і удосконалити необхідні навички самообслуговування, пристосовуючись до життя у нових умовах..

Фізична реабілітація є невід’ємною складовою частиною медичної реабілітації і використовується в усіх її періодах та етапах. Призначення засобів фізичної реабілітації, послідовність застосування її форм і методів визначається характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, періодом та етапом реабілітації, руховим режимом [1].

Спеціально підібрані вправи та інші засоби реабілітації здатні відновлювати оптимальну рухливість та врівноваженість нервових процесів, що покращує регулюючі властивості, активізує діяльність ендокринних залоз і стимулює вегетативні функції та обмін речовин. М’язова діяльність стимулює обмінні, окислювально-відновні, регенеративні процеси в кістках і тканинах. За рахунок цього швидше розсмоктуються продукти запалення, попереджуються спаювальні процеси та розвиток атрофій.

Переломи діафіза стегнової кістки зустрічаються у людей похилого віку і спортсменів. Вони зумовлені несприятливими погодними умовами, порушенням тренувального процесу та іншими чинниками.

Фізична реабілітація є комплексним методом лікування, який складається з лікувальної фізичної культури, лікувального масажу та фізіотерапії. Провідну роль у цьому відіграє лікувальна фізична культура.

Після травм і операцій протягом лікарняного періоду реабілітація призначається у випадку відсутності протипоказів, причому того-ж дня через кілька годин після втручання або на наступний день. Раннє застосування фізичних вправ у першу чергу пов’язане з попередженням ймовірних ускладнень, стимуляцією компенсаторно-приспосувальних реакцій і діяльності органів та систем організму. Лікувальна дія фізичних вправ чітко проявляється у вигляді наступних механізмів: тонізуючого, трофічного, компенсаторного і нормалізуючого.

Виконання фізичних вправ залучає хворого до свідомої і активної участі в процесі власного лікування, що підвищує його психоемоційний стан і загальний тонус організму, надає впевненості у швидкому одужанні.

Безпосередньою дією вправ є певні зрушення, що виникають у серцево-судинній системі. Вони характеризуються активізацією крові і лімфообігу в зоні пошкодження, що запобігає порушенню периферичного кровообігу, набрякам тощо. Рухова діяльність запобігає також застійним явищам в паренімотозних органах, порожнистих венах, сприяючи циркуляції крові і полегшенню роботи серцево-судинної системи. Все це разом з іншими методами лікування запобігає тромбоемболіям [6].

Мабуть немає кращого методу попередження легеневих ускладнень і поліпшення діяльності легень після операцій і травм, як дихальна гімнастика

Лікувальна фізична культура при діафізарних переломах призначається з 1-2-го дня за трьома періодами: іммобілізаційним, пост мобілізаційним і відновним [2].

Іммобілізаційний період триває аж до утворення кісткового мозоля і зняття іммобілізації. Його завдання – запобігти пневмонії, тромбозу, навчити прикладним і побутовим навичкам з самообслуговування. У цьому періоді застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, самостійну лікувальну гімнастику по 10-15 хвилин з використанням 75% загальнорозвиваючих і близько 25 % спеціальних вправ 4 - 6 разів за день.

У випадках переломів стегнової кістки, коли методом фіксації є гіпсова пов'язка, в кінці періоду дозволяється вставати і ходити за допомогою милиць, частково навантажуючи хвору ногу, поступово переносячи на неї до 80% маси тіла. Ще до підйому хворого на милиці «тренують вени» пошкодженої кінцівки за допомогою періодичного опускання ноги з ліжка. Це скорочує час адаптації судинної системи травмованої ноги до функціонування у вертикальному положенні, зменшує набряки і неприємні відчуття при подальшій ходьбі.

У випадку скелетного витягу лікувальна фізична культура призначається з другого - третього дня. Комплекс лікувальної гімнастики складається з дихальних, загальнорозвиваючих і спеціальних вправ: згинання і розгинання пальців стопи, активних рухів нею в різних площинах, ідеомоторних вправ, піднімання таза з опорою на стопу зігнутої здорової ноги, лікті і потилицю. Хворого вчать сидіти у ліжку по 2 – 4 рази на день. Ізометричні дво - трисекундні напруження м'язів стегна дозволені з другого тижня після досягнення повного зіставлення відламків.

Наприкінці четвертого тижня починають обережні рухи у колінному суглобі для профілактики контрактури в ньому. Для того щоб хворий був здатний проводити активні рухи, тягу з гомілки знімають. Це дає змогу зігнути коліно, торкнутися п'яткою ліжка і навпаки – випрямити ногу. Після заняття систему витягання відновлюють. Спочатку рухи в колінному суглобі виконують з допомогою реабілітолога, а у подальшому самостійно декілька разів за день. Хворому рекомендується постійно зміцнювати м'язи здорової ноги і рук за допомогою самостійних занять [4].

Постіммобілізаційний період починається з моменту утворення кісткового мозоля і зняття чи зміни іммобілізації. У хворого може проявитися атрофія м'язів, малорухливість в суглобах, які підлягали іммобілізації, контрактура, послаблення м'язової сили, порушення координації рухів, зниження функцій органів систем організму.

Основою метою фізичної реабілітації у цьому періоді є відновлення функцій кінцівки і загального стану організму. Окремими завданнями є: відновлення амплітуди рухів, усунення тугої рухливості і контрактур, зміцнення м'язів, сприяння утворенню щільнокісткового мозоля.

При цьому застосовують ранкову гігієнічну та лікувальну гімнастику по 25 - 30 хв., самостійні заняття через кожні 1 - 1,5 год., спортивно-прикладні вправи, ходьбу, малорухливі ігри. Приділяють увагу поступовому осьовому навантаженню на ушкоджену ногу. Співвідношення загально розвиваючих і спеціальних вправ в заняттях приблизно однакове. Темп виконання вправ середній.

ІІ період після зняття скелетного витягу триває 1,5 місяця. Хворий продовжує перебувати на ліжковому режимі ще 10 - 15 днів. У перші дні після зняття іммобілізації для зменшення болю, який спричинений невеликою згинальною контрактурою в колінному суглобі, під нього підкладають м'який валик. В положенні лежачи на спині виконують активні згинання та розгинання у колінному суглобі. У подальшому ці рухи виконують у положенні лежачи на животі, сидячи, піднявши ноги з ліжка. В заняття включають вправи для пальців стопи, гомілковостопного суглобу, відведення та приведення ноги, обережні ротаційні рухи нею, піднімання ноги з допомогою та самостійно. Хворого переводять в положення стоячи приблизно через 2 тижні після закінчення скелетного витягання і навчають пересуватися за допомогою милиць на здоровій нозі, поступово спираючись на хвору ногу. Такі дозовані осьові навантаження допускають приблизно через три місяці після перелому. Потім хворого вчать ходити не тільки по рівному, а й сходами, далі - з однією милицею, і в кінці періоду - без опори.

Відновний період: завданням лікувальної фізичної культури у цьому періоді є повне відновлення функції ушкодженої кінцівки, усунення м'язових атрофій і слабкості, контрактур і координаційних порушень, завершення формування повноцінного кісткового мозоля, підготовка до навантажень виробничого і побутового характеру. Застосовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття, лікувальну ходьбу, рухливі та спортивні ігри, вправи у воді, плавання, їзду на велосипеді, прогулянки на лижах.

Комплекси лікувальної гімнастики складаються приблизно з 25% загальнорозвиваючих вправ і 75% спеціальних вправ. У заняття тривалістю 35 - 45 хвилин включають вправи з обтяженнями,

вправи на гімнастичній стінці та різні види ходьби. Основну увагу приділяють спеціальним фізичним вправам на розвиток сили, швидкості, витривалості і координації. Також рекомендують вправи що підсилюють опороздатність кінцівок, відновлюють повноцінний механізм ходьби. У випадках інвалідизації у цей період удосконалюють рухові компенсації, формують нові рухові навички.

Після травм і операцій протягом усього періоду фізичної реабілітації при відсутності протипоказань для підсилення ефекту фізичної реабілітації вже з першої – другої доби призначають лікувальний масаж.

Фізіотерапію після травм і операцій застосовують з метою профілактики і лікування на всіх етапах реабілітації. Використання певних методів залежить від завдань, що ставлять перед фізіотерапією, виходячи з характеру захворювання і обсягу оперативного втручання, загального стану хворого, фаз утворення кісткового мозоля. Лікувальна дія фізичних чинників на організм після травми і операцій проявляється у вигляді нервово-рефлекторного і гуморального механізмів [3].

ВИСНОВКИ

1. Фізична реабілітація є комплексним методом лікування, де провідну роль відіграє лікувальна фізична культура.

2. Використання індивідуального підходу при обстеженні та складанні програми з фізичної реабілітації дозволяє більш адекватно впливати на протікання захворювання і скоротити термін лікування.

3. Комплексне поєднання пасивної і активної рухової активності, як засобів фізичної реабілітації, дозволяє попередити супутні захворювання, ускладнення травми, в значній мірі скоротити загальний термін лікування та час перебування хворого в стаціонарі.

Література

1. Козлова Л.В., Козлов С.А., Селенко Л.А. Основы реабилитаций: Для медколледжей.-РнД. Феникс, 2003.-475 с.
2. Лечебная физическая культура: Учеб. Для ин-тов физ. Культ./ Под ред. С.Н.Попова.-М.: Физкультура и спорт, 1988.-271с.
3. Мухін В.Н., Магльований А.В., Магльована Г.П. Основи фізичної реабілітації.-Л.:1999.-120с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація.-К.: Олімпійська література, 2000.-424с.
5. Олекса А.П. Травматологія Підруч. для лікарів-травматологів та ортопедів і хірургів. Л.:Афіша, 1996.-408с.
6. Окамота Г. Основи фізичної реабілітації / Перекл. з англ.- Л.: Галицька видавнича спілка, 2002.-294с.

І.Б. ШЕВЧУК

ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ РИНКУ ПОСЛУГ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

В статті розглядаються особливості впливу розвитку ринку послуг в сфері охорони здоров'я на формування та збереження здоров'я населення.

В статье рассматриваются особенности влияния развития рынка услуг в сфере здравоохранения на формирование и сохранение здоровья населения.

Features of Influence of Development of the Market of Services in Sphere of Public Health Services on Formation and Preservation of Health of the Population are Considered in the Article.

На сьогоднішній день проблема збереження та покращення здоров'я населення віднесена до кола глобальних проблем людства. У 2003 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала "Доповідь про стан охорони здоров'я в світі, 2003 р.: формування майбутнього" [1], в якій приводиться аналіз стримування міжнародного спалаху важкого гострого респіраторного синдрому в 2003 р. У доповіді також акцентується увага на розповсюдженні ВІЛ-епідемії в масштабах всього світу. Так, за оцінками ВОЗ, найстрімкішим воно є в Європейському регіоні. У період з 1995 по 2003рр. число знов зареєстрованих Віл-інфікованих подвоїлося в Західній Європі (майже до 170 000 чоловік), а в Центральній і Східній Європі і країнах колишнього Радянського