

Венера Кренделева. Влияние средств физической реабилитации на состояние кардиораспираторной системы женщин зрелого возраста при стенокардии. В статье теоретически исследовано и экспериментально доказано влияние таких средств физической реабилитации как лечебная физическая культура, лечебный массаж, физиотерапия и гидрокинезитерапия на функциональное состояние сердца, коронарное кровообращение и сократимость миокарда, его возбудимость и автоматизм у женщин 35–45 лет I и II функциональных классов при стенокардии. Изучение влияния средств физической реабилитации определило существенную экономизацию функции сердечной мышцы. Регулярные занятия улучшили вегетативное обеспечение гемодинамической функции сердечно-сосудистой системы. Во время выполнения общеразвивающих упражнений в подготовительной части занятия ЧСС у женщин увеличивалась; выполнение специальных упражнений сопровождалось менее резким увеличением пульса, иногда даже его снижением; в заключительной части занятия ЧСС часто достигала начальных величин. Физическая реабилитация помогла женщинам избавиться от болезненного состояния в области сердца, тяжести, незначительной боли и одышки. Дыхание нормализовалось, показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления приблизились к норме, общее самочувствие улучшилось.

Ключевые слова: гидрокинезитерапия, кардиораспираторная система, лечебная физическая культура, лечебный массаж, сердечная мышца, сердечно-сосудистая система, стенокардия, физиотерапия, физическая реабилитация.

Venera Krendeleva. The Influence of Physical Rehabilitation Means on the State of Cardiorespiratory System of Mature-Aged Women With Stenocardia. The article theoretically explores and experimentally proves the influence of such facilities of physical rehabilitation as therapeutic physical culture, medical massage, physiotherapy and hydrotherapy on the functional heart state, coronal blood circulation and myocardium contractility, its excitability and automatism is theoretically grounded and experimentally demonstrated of women aged 35–45 of I and II functional classes with stenocardia has been defined. The study of influence of physical rehabilitation means defined the substantial economization of myocardium function. Regular trainings improved the vegetative providing of hemodynamic function of the cardiovascular system. While doing the conditioning in the preparatory stage of the training women's heart rate increased; implementation of the special exercises was accompanied by the less sharp pulse increase, sometimes even its decline; in the final part of the training the heart rate often achieved the initial values. Physical rehabilitation helped women to get rid of pain in heart zone, heaviness, slight pain and breathlessness. Breathing was normalized, the parameters of heart throbs and blood pressure approached the norm and overall health became better.

Key words: hydrotherapy, cardiorespiratory system, therapeutic physical culture, medical massage, myocardium, cardiovascular system, stenocardia, physical therapy, physical rehabilitation.

УДК:796.616 – 006.33 – 085

Елена Лазарева

Основные принципы физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (г. Киев)

Постановка научной проблемы и её значение. Анализ последних исследований. Реабилитация больных и инвалидов в Украине в настоящее время приобретает ранг приоритетной общегосударственной проблемы в связи со сложившейся кризисной ситуацией с состоянием здоровья различных контингентов населения [2]. Очевидно, что на современном этапе развития общества возникла необходимость широкого применения средств и методов физической культуры достаточно эффективных, а в ряде случаев – и единственно необходимых в процессе реабилитации для восстановления здоровья, профессионального и социального статуса человека после болезни или травмы [3; 2; 8]. Проблема реабилитации больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами носит не только социальный, но и экономический характер. Недостаточная результативность восстановительного лечения и традиционной системы профилактических мероприятий вынуждают активизировать поиск более эффективных организационно-методологических решений [6] и в частности модифицировать ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при системной

реализации физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией.

Л. А. Черникова [9], А. Н. Белова [1], М. В. Боголюбов [7], А. С. Кадыков [5] придерживаются мнения о зависимости эффективности лечения неврологических больных от своевременного, дифференцированного, адекватного применения средств физической реабилитации, которые должны базироваться на принципах длительности и преемственности воздействий.

На значение ранней реабилитации указывает большинство исследований (Л. Г. Столярова, Г. Р. Ткачева, 1978; Э. С. Вейн и др., 1982; А. С. Кадыков и др., 1997; А. С. Кадыков, 2003; J. S. Feigenson, 1981; T. R. Anderson, 1989). Раннее начало реабилитации способствует более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций, препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, возникновению и прогрессированию астенодепрессивных и невротических состояний.

Большинство авторов особо подчеркивают необходимость руководствоваться принципом мультидисциплинарности – участия в реабилитационном процессе, наряду с нейрохирургом, специалистов разного профиля, в том числе реабилитолога (специалиста по лечебной гимнастике), специалиста по биоуправлению с обратной связью, массажиста, иглорефлексотерапевта, инструктора по бытовой реабилитации (эрготерапевта), психолога, психотерапевта (психиатра), нейроуролога, социолога и реабилитационной медсестры, которые разрабатывают индивидуальную программу реабилитации и осуществляют контроль за ходом её выполнения.

Задача исследования – разработать принципы физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией.

Методы исследования – метод анализа источников литературы и теоретические методы исследования (анализ, осмысление и обобщение научно-методической литературы по проблеме исследования. Абстрагирование (идеализация, схематизация) – выделение существенных основ. Экспериментирование со схемами (разработка их содержательности, проверка продуманности и практичности) при разработке понятий, практических моделей и программ физической реабилитации.

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры физической реабилитации НУВСФУ и сводного плана НИР в сфере физической культуры и спорта на 2006–2010 гг. Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта по теме 4.1.3. Теоретико-методологические основы физической реабилитации при патологии позвоночника. Номер государственной регистрации – 0106U010791

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов. Нами выделены следующие принципы физической реабилитации для больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства на позвоночнике,

Принцип первый – *своевременность оказания помощи.*

Принцип второй – *необходимость раннего начала реабилитации.* У больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства на позвоночнике, определяется тем, что в остром периоде возникает ряд осложнений, во многом обусловленных гипокинезией (тромбофлебит нижних конечностей с последующей тромбоэмболией лёгочной артерии, застойные явления в лёгких, пролежни и др.), а также существует опасность развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (таких как контрактуры паретичных конечностей, патологические двигательные стереотипы, прогрессирование деформаций и нестабильности в позвоночнике).

Принцип третий – *дифференцированности методик* – предполагает адекватное сочетание средств физической реабилитации в зависимости характера неврологических и статодинамических нарушений, рациональное сочетание средств физической реабилитации, учитывающие особенности оперативного вмешательства на всех этапах реабилитации.

Принцип четвертый – *систематичности и длительности активной реабилитации* – у больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства, в основном определяется скоростью восстановления функций. Восстановление объёма движений и силы в паретичных конечностях происходит в основном в течение 1–3 мес. (А. С. Кадыков, 1992, 1997, 2003; M. Kelly-Haues et al., 1989). Спонтанное восстановление наиболее активно протекает в первые 30 дней, в дальнейшем восстановление в значительной степени связано с реабилитационными мероприятиями (P. W. Duncan et al., 1992). Восстановление

ходьбы, самообслуживания, сложных бытовых навыков может продолжаться в течение года (P. W. Duncan et al., 1992), трудоспособности, статики (при условии применения дальнейших мероприятий вторичной реабилитации) наблюдается и после года (А. С. Кадыков и др., 1992). Систематичность реабилитации может быть обеспечена только хорошо организованным поэтапным построением реабилитационного процесса.

Принцип пятый – этапность оказания помощи с обязательным решением цели и задач текущего этапа.

У больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства, нейрореабилитация в определенной мере стандартизирована и использует положения фазовой модели, предложенной В. А. Исановой, предусматривающей определенную тактику реабилитационных мероприятий, соответствующих фазе заболевания [4]. Реализация этого принципа, по нашему мнению, включает:

–1-й этап – реабилитация начинается в нейрохирургическом отделении, куда больной поступает в плановом порядке и включает в себя две фазы реабилитации. Мероприятия проводятся *в предоперационном и в раннем послеоперационном периодах.*

Фаза А на этапе острого периода болезни предусматривает реабилитационное сопровождение комплекса медицинских мероприятий, направленных на устранение острых симптомов заболевания. Практически, это постановка реабилитационного диагноза, определение реабилитационного потенциала, составление реабилитационного плана. Проводятся мероприятия по обучению больных двигательным актам, необходимым в раннем послеоперационном периоде. После проведения оперативного вмешательства основной составляющей процесса физической реабилитации является профилактика вторичных осложнений заболевания: пролежней, пневмоний, контрактур, функций мочевыделительной и кардиореспираторной систем и т. д.

Фаза В1. Определяющим критерием для этой фазы является наличие у пациента полного сознания. В этом случае возможна ранняя реабилитация, предусматривающая дальнейшую активизацию больного, стимуляцию различных анализаторов, восстановление двигательных функций у пациента. Начинают восстанавливать функции нижних конечностей, способность изменять положение в постели, осуществлять переход из положения лёжа в положение стоя, удерживать позу стоя с соблюдением правильной статики, способствуют восстановлению правильного стато-динамического стереотипа, ходить с подручными средствами, подниматься по ступеням лестницы.

– 2-й этап – реабилитация в специализированных реабилитационных стационарах, куда больного переводят через 1–3 нед. после операции; 2-й этап может иметь разные варианты в зависимости от тяжести состояния больного:

- первый вариант – больного с полным восстановлением функции выписывают на амбулаторное долечивание;
- второй вариант – больных с выраженным двигательным дефектом, которые к концу острого периода не могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводят в нейрореабилитационное отделение (отделение ранней реабилитации) той же больницы, в которую поступил больной, или в нейрореабилитационное отделение крупной городской или областной больницы;
- третий вариант – больных с двигательными дефектами, которые могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводят из нейрохирургического отделения в реабилитационный центр. Сюда же переводят больных из нейрореабилитационного отделения (отделения ранней реабилитации) больницы по мере восстановления возможности самостоятельного передвижения;

– 2-й этап включает в себя следующие фазы реабилитации:

- *Фаза В2.* Определяющим критерием для этой фазы является выписка больного из хирургического отделения. Обязательно уделяется внимание полному или частичному восстановлению навыков самообслуживания: принятию пищи, уходу за телом, принятию ванны (душа), умыванию, одеванию; а также восстановлению способности решать незначительные проблемы, расширяя социальные контакты. Продолжают восстанавливать функции нижних конечностей, удерживать позу стоя с соблюдением правильной статики, закрепляют правильный стато-динамический стереотип, усложняют задачи по восстановлению навыка ходьбы (со сменой направлений, с изменяющейся площадью опоры, с препятствиями, в

условиях улицы). Фаза В длится от 1 до 3 недель в условиях реабилитационного отделения клиники.

- Фаза С предусматривает реабилитацию с целью достижения полной независимости пациента от посторонней помощи. Реабилитация проводится в стационарных условиях.

– 3-й этап – амбулаторная реабилитация в условиях районного или межрайонного поликлинического реабилитационного центра или реабилитационных отделений поликлиники или восстановительных кабинетов поликлиники. Возможны такие формы амбулаторной реабилитации, как «дневной стационар», а для тяжелых, плохо ходящих больных – реабилитация на дому.

- Фаза Д направлена на стабилизацию двигательных функций в рамках активной повседневной жизнедеятельности (ADL), которая представляет совокупность двигательной активности пациента в самообслуживании и в быту. Реабилитация больных в фазе Д возможна в условиях реабилитационных центров или на дому.
- Фаза Е проводится последовательная профессиональная и социальная реабилитация предусматривающая включение вторичной профилактики рецидивов заболевания у тематических больных. Необходимо уточнить, что участие медицинских работников в этой фазе сводится к минимуму. Мероприятия вторичной профилактики принесут успех только в случае высокой мотивированности пациента, осознания им необходимости смены образа жизни, увеличения двигательной активности с привлечением индивидуально подобранных видов, соблюдение диеты и т. д.
- Фаза F предусматривает возвращение к полноценной жизни или долгосрочный необходимый уход на дому при значительном неврологическом дефиците.

– **Принцип шестой** – *премущественность методик лечения и восстановления на основе учета их эффективности*. Оценка эффективности реабилитации должна проводиться на основе субъективных и объективных данных.

– **Седьмой принцип** – *комплексность реабилитации* определяется многообразием появлений вертеброгенной патологии, при которой, как правило, страдает не одна, а несколько функций. Комплексное использование средств физической реабилитации с учётом механизма их воздействия и учётом этиопатогенетической направленности для восстановления двигательных нарушений включает следующие методы: кинезотерапию (лечение положением, лечебную гимнастику, гидрокинезотерапию, дозированную лечебную ходьбу); биоуправление с обратной связью; лечебный массаж, постизометрическая и постреципрокная релаксация; нервно-мышечную электростимуляцию с биологической обратной связью; бытовую реабилитацию с элементами трудотерапии (occupational therapy, эрготерапия); при необходимости – ортопедические мероприятия. Реабилитация должна проводиться на фоне адекватной медикаментозной и физиотерапии, в назначении которой при необходимости участвуют терапевт, кардиолог, психиатр, уролог.

– **Восьмой принцип** – *адекватность реабилитации* (индивидуализация реабилитационных программ) предполагает составление индивидуальных реабилитационных программ.

– **Девятый принцип** – *активное участие больного, его родных и близких в реабилитационном процессе*.

– **Десятый принцип** – *корректируемость (управляемость) лечебного воздействия средствами оперативного контроля эффективности*

Выводы. Совокупность указанных принципов физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, способствует оптимизации исследовательских, диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, обеспечивая им требуемую всесторонность, последовательность, плановость.

Перспективы дальнейших исследований состоят в разработке концептуальных основ физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами.

Список использованной литературы

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей / Белова А. Н. – М. : Антидор, 2000. – 567 с.
2. Грец Г. Н. Физическая реабилитация лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов на основе применения средств физической культуры и специализированных тренажерных устройств : [Текст] / Грец Г. Н. – Смоленск : СГАФКСТ, 2008. – 125 с.

3. Елифанов В. А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В. А. Елифанов, А. В. Елифанов – М. : МЕДпресс–информ, 2008. – 384 с.
4. Исанова В. А. Концепция реабилитации в условиях специализированного реабилитационного учреждения / В. А. Исанова // Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – 2008. – № 2–3. – С. 33–40.
5. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шапранова – М. : МЕДпресс–информ, 2008. – 560 с.
6. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитологии / Медведев А. С. – Минск : Беларус. навука, 2010. – 435 с.
7. Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. – Кн. I. – М. : БИНОМ, 2010. – С. 6–9
8. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно–двигательной системы : учеб. пособ. / Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Малышев А. И. и др.; под ред. С. П. Евсеева, С. Ф. Курдыбайло. – М. : Сов. спорт, 2010. – 488 с.
9. Черникова Л. А. Современное состояние проблемы физической нейрореабилитации и перспективы её развития [Текст] / Л. А. Черникова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003. – № 1. – С. 3–6.

Аннотации

На основании представлений об организме как сложной многокомпонентной системе внутренних и внешних взаимодействий нами модифицирован ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при системной реализации физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией. Определено содержание фаз и этапов физической реабилитации. Разработаны и внедрены в практику работы критерии эффективности реабилитации больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами.

Ключевые слова: принципы физической реабилитации, вертеброгенная патология.

Олена Лазарева. Основні принципи фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих із вертеброгенні попереково-крижовий компресійними синдромами. На підставі уявлення про організм як складної багатокомпонентної системи внутрішніх і зовнішніх взаємодій модифіковано низку принципів, якими потрібно керуватися при системній реалізації фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих на вертеброгенну патологію. Визначено зміст фаз та етапів фізичної реабілітації. Розроблено й упроваджено в практику роботи критерії ефективності реабілітації хворих на вертеброгенні попереково-крижові компресійні синдроми.

Ключові слова: принципи фізичної реабілітації, вертеброгенна патологія.

Olena Lazareva. Basic Principles of Physical Rehabilitation in Surgical Treatment of Patients With Vertebrogenic Lumbosacral Compression Syndromes. Based on the representations of the body as a complex and multicomponent system of internal and external interactions, we have modified a number of principles that should guide the systematic implementation in the organization of physical rehabilitation in the surgical treatment of patients with vertebral pathology. We identified the content of the phases and stages of physical rehabilitation. Also it was developed and introduced into the practice of performance a criteria for the rehabilitation of patients with vertebrogenic lumbosacral compression syndromes.

Key words: principles of physical rehabilitation, vertebral pathology.

УДК 616.74-018.38-001-089

Ольга Ліпська

Епідеміологічні особливості травм кисті та методи оцінки результатів реабілітаційного втручання

Львівський державний університет фізичної культури (м. Львів)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень. Інтенсифікація виробництва, збільшення частоти дорожньо-транспортних пригод та військових конфліктів спричинили зростання кількості важких травматичних ушкоджень кисті, які зумовлюють часткову або повну інвалідизацію потерпілих. Грунтуючись на аналізі даних МСЕК, встановлено, що серед травматологічних пацієнтів, які проходили огляд, 30,4 % – це особи з наслідками травм кисті. Однією з