

О.Є. Коваленко¹, д.мед.н., професор, Л.Ф. Матюха¹, д.мед.н., професор, А.В. Мусієнко², Л.М. Дупляк², С.С. Совгира¹
¹НМАПО імені П.Л. Шупика, ²Міська клінічна лікарня № 15 м. Києва

Медична реабілітація в практиці лікарів первинної та вторинної ланок медичної допомоги: від теорії до практики

Незважаючи на зростаючі лікувально-реабілітаційні можливості сучасних медичних засобів та способів лікування, проблема відновлювального лікування хворих після різних захворювань не втрачає своєї актуальності. Особливо гостро вона постає при неврологічних захворюваннях, адже саме вони займають перше місце серед причин інвалідності через часткову або повну втрату хворими спроможності до самообслуговування у побуті, виконання професійних обов'язків. Важливим чинником, що суттєво впливає на якість життя, є економічний, адже значна частка коштів хворого та його сім'ї витрачається на медикаментозні та немедикаментозні засоби і послуги з реабілітації поряд із втратою можливості заробляти гроші через фахову неспроможність внаслідок хвороби [1, 2, 3].

Огляд літератури та опитування населення показали низький рівень інформованості щодо ефективності реабілітаційних заходів та їхніх способів при різних захворюваннях. Лікувально-реабілітаційні підходи зазвичай стосуються медикаментозних призначень, а фізіотерапевтичні та рефлексотерапевтичні методи переважно спрямовані на лікування больових синдромів, крім того, вони потребують спеціальної підготовки лікаря та оснащення. Безпосередня відповідальність пацієнта за стан свого здоров'я в заходах медичної реабілітації взагалі ніде не позначається. Традиційно хворий пасивно приймає допомогу від медичного працівника й очікує відповідальності за результат від останнього, як максимум – може сам виконати комплекс вправ. Натомість, на наш погляд, надзвичайно перспективним є активне залучення до самопомогі та відповідальності за своє здоров'я безпосередньо самих пацієнтів, що має як медичне, так і соціально-економічне значення.

Отже, питаннями відновного лікування хворих, а разом з цим вторинною профілактикою займається медична реабілітація, а з огляду на зростання захворюваності населення слід думати про необхідність її удосконалення шляхом максимального залучення в відновлювальний лікувально-профілактичний комплекс резервів від різних медичних спеціальностей, і, в першу чергу, не залишаються осторонь лікарі первинної ланки медичної допомоги (МД).

У сучасному розумінні – реабілітація – це диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів, які забезпечують цілісність функціонування організму і, як наслідок – максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою комплексного, послідовного і узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологічної, хірургічної, фізичної і психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму [4, 5].

За визначенням ВООЗ: «Реабілітація – це сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій в результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». Реабілітація – соціально-медична проблема, яка включає низку аспектів: медичний, в тому числі психологічний; професійний (трудоий, виробничий); соціально-економічний [5].

Як відомо, медична реабілітація складається з наступних етапів [4]:

1. Госпітальний (лікарня) етап – від моменту надходження пацієнта до стаціонару в гострому періоді. На цьому етапі необхідно сформувати програму реабілітації в цілому.

2. Амбулаторно-поліклінічний етап (поліклініка, медико-санітарні частини, медичні центри), спрямований на заходи щодо регенерації та компенсації порушених функцій.

3. Санаторно-курортний етап (санаторії, профілакторії, будинки відпочинку), спрямований на попередження рецидивів,

консолідації ремісії, збільшення адаптаційних резервів організму.

4. Побутова реабілітація (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загальнофізичної підготовки), спрямована на розширення фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів і здатність хворого до самообслуговування.

На госпітальному етапі реабілітація забезпечується спеціалістами вторинного або/та третинного рівня, оптимально – мультидисциплінарною бригадою.

! На великий жаль, як показує практика, далеко не в кожному клінічному випадку хворий отримує необхідні реабілітаційні заходи або навіть достатню інформацію про них.

Результати проведеного нами опитування населення показали, що медична реабілітація в їхньому уявленні переважно виглядає тільки як заняття хворих в спеціалізованих медичних центрах з громіздкою недешевою апаратурою (тренажерами), що знаходяться в великих містах, і має надзвичайно високу ефективність (?), але незначний доступ хворих до неї через високу вартість. Уявлення про побутову реабілітацію переважно виглядає як виконання певних фізичних вправ для постраждалої частини тіла (кінцівки, спини, обличчя), призначених медичним працівником. Відновлення функцій постраждалої руки найчастіше у пересічних громадян асоціюється з використанням кистьового резинового тренажера у вигляді кільця.

На питання, що робить пацієнт для себе особисто сам для покращення функцій організму, – не раз отримували несподівану відповідь: «Приймаю всі ліки, які призначили» (?).

Відомо, що серед найбільш поширених захворювань серцево-судинні займають передові місця, саме їх вважають наслідком «здобутків» сучасності – технологічних забруднень, військових та соціальних конфліктів, нерационального харчування, шкідливих звичок тощо. У загальній структурі захворювань серцево-судинної системи саме неврологічні ускладнення – гострі порушення мозкового кровообігу – вирізняються найбільш важкими медичними, соціальними та економічними наслідками, мають тенденцію до збільшення поширеності у всьому світі. Найбільш складною формою судинних захворювань є інсульт (інфаркт мозку, гостра церебральна ішемія) – гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), що супроводжується структурними та морфологічними змінами у тканині мозку і стійкими органічними неврологічними симптомами, що тривають понад добу [1, 7].

Інсульт може стати тяжким ускладненням або фатальним наслідком різноманітних патологічних процесів, зокрема таких, як атеросклероз, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, васкуліти тощо. У світі

щорічно інсульт виникає у понад 15 млн людей, а майже 5 млн помирають внаслідок нього. Крім того, інсульт посідає одне з перших місць серед причин смертності і завжди перше у структурі стійкої втрати працездатності. Не більше 20% осіб, що перенесли церебральний інсульт, можуть повернутися до попередньої професійної діяльності. Серед всіх видів інсультів переважають ішемічні ураження – інфаркти мозку. Ішемічні інсульти становлять 70-85% випадків в структурі гострих порушень мозкового кровообігу [1, 7, 8].

Як зазначалось, визнаними провідними факторами, що призводять до ішемічного інсульту, є церебральний атеросклероз, артеріальна гіпертензія та їх поєднання, серцева патологія (найчастіше – миготлива аритмія), цукровий діабет, васкуліти різного походження тощо. Поряд з цим факторами ризику розвитку інфаркту мозку, як і серцево-судинної патології взагалі, є стреси, ожиріння, шкідливі звички, зокрема куріння, а також гіподинамія, похилий вік, застосування гормональних протизаплідних засобів тощо [1, 7, 8, 9].

Поряд з інсультами серед цереброваскулярних захворювань близько 90% займають хронічні порушення мозкового кровообігу (синоніми: дисциркуляторна енцефалопатія – ДЕ, хронічна ішемія мозку, цереброваскулярна хвороба, хронічна судинно-мозкова недостатність) (Т.С. Міщенко, 2014). В патогенезі ДЕ, на відміну від загальноприйнятих етіопатогенетичних чинників (атеросклерозу та артеріальної гіпертензії), значно рідше розглядається порушення в вертебрально-базиллярному судинному басейні (ВББ), який за своїми анатомофізіологічними особливостями знаходиться в безпосередній залежності від стану шийного відділу хребта. Парні хребтові артерії (ХА), як відомо, проходять в рухомому кістковому каналі, що складається з отворів у поперечних відростках С2-С6 хребців, тому прояви нестабільності шийних хребтових рухових сегментів та дегенеративних змін (остеохондрозу) можуть прямо (компресія) або опосередковано (позраження хребтового симпатичного нерва) негативно впливати на церебральний кровотік у ВББ.

Крім основних патогенетичних факторів розвитку вертебро-базиллярної недостатності особливу роль відіграють провокуючі фактори дисциркуляції в ВББ, які потенціюють основні чинники і нашаровуються на основні ланки патогенезу, провокуючи судинні пароксизми у ВББ:

– гіперекстензійні травми ший, що включають як травми перинатального періоду, так і тривалі та/або гострі гіперекстензії в шийному відділі хребта, що можуть виникати при ударі в голову, падінні, навіть різкому гальмуванні транспорту. Слід звернути особливу увагу на ятрогенії – коли за рахунок непрофесійної діяльності медичного працівника порушується стан здоров'я пацієнта – непрофесійна мануальна терапія на шийному відділі хребта з виконанням



О.Є. Коваленко

маніпуляції або різких тракцій; непрофесійна лікувальна фізкультура з високоамплітудними рухами в шийному відділі хребта, яка нерідко рекомендована безпосередньо медиками (до речі, до рекомендацій фізичних вправ, що нерідко пропонуються хворим в Інтернеті стосовно шийного відділу хребта, слід ставитися надзвичайно обережно та виважено, узгоджувати їх зі своїм лікарем, адже частина з тих вправ, що пропонується, навпаки, нерідко спроможна викликати нестабільність хребтових рухових сегментів та навіть підвивихи хребців з наступною, досить прогнозованою, вегетативною та дисциркуляторною реакцією). Викликає велике здивування й те, що зустрічаються випадки, коли лікар видає пацієнтам листівку (як пам'ятку?) з надрукованими схемами вправ та коментарі до них, які не те що не є корисними, але й шкідливими – ризики викликати гостру ішемію в ВББ, нестабільність шийних хребтових рухових сегментів (ХРС) та/або як мінімум больові синдроми ший та голови досить високі! Коментарі щодо протипоказань або індивідуальних умов використання в листівках відсутні! Хто їх складав, візував та ініціював поширення, – сказати складно. Натомість, це не зменшує відповідальності практичних лікарів щодо поширення такої інформації серед пацієнтів, а ще більше висвітлює недостатність теоретичних і практичних знань серед медпрацівників та загальної потреби в їх поширенні [9, 10, 11].

Крім вищезазначеного негативного патогенетичного ролі у формуванні вертеброгенної судинно-мозкової недостатності (вертебрально-базиллярної недостатності) відіграють такі на перший погляд невинні чинники, як тривале вимушене статичне перенапруження ший та голови при нефізіологічному та навіть фізіологічному положенні; тривалі та/або короткочасні, але значні за силою фізичні перенавантаження, що призводять до перенапруження м'язів ший та надпліччя. Мають негативний вплив і різкі рухи в шийному відділі хребта, особливо шкідливі ті, що супроводжуються ротацією з екстензією.

Особливо чутливою до краніо-вертебральних травм та інших вищеперерахованих чинників з подальшим розвитком вертеброгенної судинної патології є люди з синдромом слабкості сполучної тканини (гіпермобільним синдромом), на що слід звертати увагу ще з дитячого віку. У таких осіб навіть незначні, на перший погляд, але гіперекстензійні за своїм характером неконтактні травми шийного відділу можуть викликати нестабільність шийних ХРС з подальшим прогресуванням редукції кровотоку в ВББ [9, 10, 11, 12, 13].

Разом із цим інший великий контингент хворих, що найчастіше звертаються до лікарів первинної ланки, неврологів, рідше до ортопедів-травматологів, люди з вертеброгенними больовими синдромами, міофасціальними болями. Болі у спині, попереку, що ірадіюють в кінцівки, або зміни в шийному відділі хребта, що окрім болю здатні впливати на стан церебрального кровотоку, – часта скарга, коли і лікар, і хворий орієнтовані переважно на медикаментозне знеболювання, а прогресування патології

суттєво знижує якість життя й наближає людину до інвалідності. Отже, попередити появу та зупинити прогресування вертеброгенних синдромів, зокрема васкулярних, покращити якість життя і поновити змінені функції людини також є важливим завданням медичної реабілітації та сучасної адекватної профілактики.

Адаптаційно-компенсаторні можливості організму і нервової системи зокрема, як відомо, дуже високі. Нейрони спроможні виживати при збереженні структурній цілісності, навіть спочатку перебуваючи в стані функціонального паралічу. Тому нерідко зустрічаються випадки з клінічної практики, коли спостерігається часткове або навіть повне регресування неврологічного дефіциту, який з'явився одразу після розвитку інфаркту мозку. У зв'язку з цим необхідно якнайраніше використати всі можливі резерви нейропластичності щодо збереження та відновлення функцій постраждалої тканини мозку, адже відомо, що найефективнішою є реабілітація, що розпочата вчасно.

? Які ж саме реабілітаційно-профілактичні заходи можна запропонувати пацієнту, яка саме роль у відновлювальних процесах хворого належить лікарям різних ланок МД, і, нарешті, якою є роль безпосередньо самого пацієнта у результатах реабілітаційних заходів?

З огляду на класифікацію етапів реабілітації, госпітальний і санаторно-курортний етапи забезпечуються відповідними спеціалістами вторинної ланки МД з активним залученням середнього медичного персоналу та фізичних реабілітологів. Після виписки зі стаціонару контроль за виконанням попередніх призначень, включно й фізичних заходів, покладається на персонал первинної ланки МД. Зокрема, згідно з Уніфікованими клінічними протоколами МОЗ України щодо надання МД при інсультах сімейний лікар має відвідати пацієнта до трьох діб після виписки, ознайомитися з призначеннями зі стаціонару, включно з фізичними реабілітаційними заходами, проконтролювати їхнє виконання хворим, переконати пацієнта бути наполегливим у дотриманні призначень.

Контролюючи ефективність реабілітаційних заходів, лікар загальної практики проводить оцінку неврологічного статусу, які дозволяють оцінювати динаміку відновлення пацієнта з МІ. У випадку погіршення стану пацієнта або за відсутності позитивної динаміки при дотриманні всіх приписів сімейний лікар має запитати допомоги лікаря другої ланки МД – невролога.

В реабілітаційному періоді при неврологічній патології, зокрема після інсультів, першочергово й найраніше (але дозовано!) мають застосовуватися заходи на поліпшення рухової активності, зокрема дрібної моторики, координації, рівноваги, когнітивних функцій, відновлення функцій самообслуговування. Доцільно використовувати прості заходи, які тренують як рухові, так і когнітивні функції, активують роботу органів екстероцептивної чутливості (ігри, творчість, музика тощо).

Лікареві первинної ланки і неврологу поліклініки, який також курає пацієнтів в різні періоди після інсультів, далеко не завжди слід покладатися тільки на ті реабілітаційні заходи, що призначені в стаціонарі. Не слід забувати, що людину щільно оточує велика кількість засобів реабілітації у вигляді мінімально витратних або взагалі невитратних простих речей – це одяг із гудзиками та взуття зі шнурками, це різнокольорові олівці, книжки-розмальовки, ігри-конструктори та пазли від наймолодших членів сім'ї та знайомих, намитини, різні засоби для рукоділля (вишивка, плетіння тощо), гайки та болти, гайковий ключ, закрутка з краном, кросворди, тобто можна знайти засоби не тільки в асортименті від простіших до складних, але навіть за гендерною прихильністю.

Є сенс розширювати діапазон відновлення навичок, особливо необхідних у побуті. Тобто абсолютно доступними та ефективними можуть бути прості рекомендації хворому щодо застібання та розстібання кофти, сорочки, блузки, причому слід змінювати величину гудзиків, кольори та фактуру цього виду одягу. Окрім дрібної моторики активуються екстероцептивні функції – зір, дотик, а похвала за виконану успішну роботу з боку близьких покращить емоційне тло і мотивацію працювати над собою ще краще. Надзвичайно корисними може бути складання пазлів, де активуються когнітивні функції (логіка, сприйняття і відтворення форми та кольору картинки, запам'ятовування тощо), дрібна моторика, координація. Так само корисними є книжки-розмальовки, рукоділля (вишивання, плетіння та ін.) тощо. Чим більше аферентних сигналів одночасно отримує мозок (екстеро-, пропріоцептивних), тим більш активно вони «розбудять» пригнічені (але не загинілі) нейрони та активують міжнейрональні зв'язки.

Дуже важливим є позитивний емоційний супровід реабілітаційних заходів, що сприяє активації складних біохімічних процесів, зокрема виробленню ендорфінів та ендоепіатів, підвищенню мотивації хворого активно займатися ними, бачити перспективу бути здоровим та щасливим. Тому лікарі та члени їхньої команди повинні самі якомога частіше щиро підбадьорювати хворого за успіхи у виконанні цих дій (які слід щоразу або через більші періоди ускладнювати) та мають рекомендувати близькому оточенню хворого (родичам, знайомим) робити так само. Велике значення для душевної рівноваги та позитивних емоцій має анімалотерапія (лікування та реабілітація за участю тварин), де провідну роль грає емоційний та тактильний контакт, рухова активність, почуття відповідальності за слабшого. І зовсім не обов'язково мати власного дельфіна або коня (дехто вважає ефективними тільки їх), адже достатньо кота або песика (або обох), пташку та ін. Нещодавно в Інтернеті з'явилась інформація, що у лікарні в Канаді було дозволено декілька разів на тиждень годинне спілкування тяжкохворих зі своїми домашніми улюбленими, що, як виявилось, позитивно вплинуло на їхній стан. Текст супроводжували зворушливі фото, де тяжкохворі люди у лікарняних ліжках або гладять кота, або торкаються вірного песика. Тепла й людяна картинка, яка викликає високі почуття і розуміння, чому інше суспільство мислить іншими категоріями, які призводять до інших суспільних здобутків... Крім того, корисними для хворого є й прослуховування музики, яка може супроводжувати фізичну реабілітацію, рухова активність, танці.

Не секрет, що ми ще не маємо відчутного поширення клубів за інтересами для літніх людей, де вони спілкуються, обговорюють актуальні питання, виконують фізичні вправи, танцюють тощо, які є звичайним явищем у розвинених країнах. Саме такий підхід несе як реабілітаційні, так і потужні профілактичні функції, причому не тільки на фізичному, але й на високому психологічному рівнях. Надзвичайно приємною новиною була інформація про застосування танців у реабілітації хворих з руховими порушеннями в ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України».

Зважаючи на низьку інформованість не тільки населення, але й медичних працівників щодо необхідності застосування населенням цілеспрямованої фізичної активності для профілактики та реабілітації при різних захворюваннях, в першу чергу неврологічних, ми розробили різні інформаційні та тренінгові блоки для пацієнтів і медичних працівників.

Можемо поділитися й нашим досвідом – фахівців кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика і клінічної бази кафедри – неврологічного відділення міської клінічної лікарні № 15 м. Києва, де

були розроблені, підготовлені та регулярно проводяться реабілітаційно-профілактичні майстер-класи під керівництвом доктора медичних наук, професора О.Є. Коваленко.

До проведення майстер-класів активно залучаються лікарі-інтерни та лікарі-слухачі курсів удосконалення або перепідготовки, що отримують післядипломну освіту на зазначеній кафедрі (рис. 10). Залучення цих спеціалістів до участі в майстер-класах переслідує декілька принципів важливих цілей. По-перше – це допомога хворим, які разом з лікарями (а в подальшому самостійно) виконують комплекс вправ, застосовують деякі неінвазивні методи рефлексотерапії, самомасаж, в тому числі точковий, постізометричну релаксацію, що впливає на кровообіг, позбавляє больових відчуттів, покращує психоемоційний стан тощо. По-друге – це демонстрації вправ перед роз'яснювальною бесідою, де позначається принципово важлива роль самих пацієнтів у відновленні та підтримці власного здоров'я та відповідальності за це. Разом з цим вирішуються й інші важливі цілі, що стосуються підготовки лікарів (педагогічного процесу) – лікарі безпосередньо усвідомлюють важливість такого підходу, спостерігають за реакцією хворих, іноді – неоднозначність у сприйнятті пропозицій виконання заходів самопомоги та подальшу трансформацію ставлення людей до цього, навчаються працювати з колективом пацієнтів та робити просвітницькі промови. Важливим є й те, що ця робота має продовження – хворі отримують «домашні завдання» регулярно виконувати реабілітаційно-профілактичний комплекс й залучати своїх близьких, а лікарі, закінчивши післядипломну освіту на кафедрі сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика, несуть отриману інформацію на місця своєї роботи, де діляться нею з колегами, медичними сестрами та пацієнтами. Молоді лікарі здобувають досвід одночасної психологічної взаємодії з групою пацієнтів, переступають бар'єр невпевненості у собі.

Різнотипному контингенту хворих пропонуються різні підходи, зокрема, найпоширенішим є комплекс для людей з головним болем, головокружіннями, болями в шії, зниженні працездатності тощо, тобто для пацієнтів з хронічними порушеннями мозкового кровообігу, больовими вертеброгенними синдромами.

Результати такого підходу, коли інформація про необхідність самопомоги доноситься до населення лікарями, впроваджується й в інші медичні заклади, отримали позитивне підтвердження на практиці.

Робота проводилась з пацієнтами, які лікувались в стаціонарних та амбулаторних умовах на базі Монастирищенської ЦРЛ Черкаської області.

За мету було поставлено – підвищити ефективність реабілітації хворих та профілактики повільно-прогресуючих цереброваскулярних розладів, зокрема, вертеброгеннозалежних вертебрально-базиллярних порушень, на первинній ланці медико-санітарної допомоги шляхом застосування комплексу точкового і зонального масажу та фізичних вправ, що виконуються безпосередньо самими хворими.

В дослідження було включено 57 пацієнтів у віці від 32 до 68 років з ДЕ І-ІІ ст. з вертеброгеннозалежними змінами кровотоку в ВББ.

Хворі були розділені на основну та контрольну групи. В основну групу увійшло 27 пацієнтів, яким до базисного лікування було запропоновано удосконалену методику комплексного точкового самомасажу та фізичних вправ, який в своїй основі розроблений, впроваджений та мав позитивні клінічні результати на клінічній базі кафедри сімейної медицини та амбулаторно-клінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика (неврологічне відділення МКЛ № 15 м. Києва). Курс виконання комплексу становив 2 місяці (60 днів ± 5 днів) з кратністю 3-5 разів на добу (не менше 3). В контрольну групу увійшло 30 чоловік,

які отримували тільки базисні стандартні медикаментозні рекомендації.

Для об'єктивізації результатів дослідження використовували загальноклінічний та клініко-неврологічний огляд, візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ), модифіковану шкалу загального самопочуття (макс. 10 балів), показники сатурації тканин голови (датчик пульсоксиметра фіксували на мочці правої вушної раковини) в динаміці – до початку призначення реабілітаційно-профілактичного комплексу, в середині та наприкінці запропонованого курсу. Оцінка прихильності пацієнтів сімейного лікаря до участі в процесах самооздоровлення досліджувалась за допомогою анкетування згідно з розробленою анкетой.

На рисунках 1-9 схематично представлено комплекс точкового самомасажу та фізичних вправ, що був запропонований пацієнтам. Вправи демонструвались пацієнтам, виконуються сидячи, повільно, не допускається виникнення різкого болю та дискомфорту в голові та хребті, запаморочень, рекомендована кратність виконання: 3-5 разів на добу.

При клінічному обстеженні, яке включало в себе детальний збір скарг, даних анамнезу, неврологічного статусу, у всіх пацієнтів були ознаки хронічних вертеброгеннозалежних порушень церебрального кровотоку. В число основних скарг входили головний біль, головокружіння, біль у шії, шум у голові, похитування при ходьбі, затерптість рук під час сну, млявість, важкість в голові зранку після сну, метеозалежність, зниження працездатності, зниження пам'яті, порушення сну. Появу скарг часто пов'язували з гіперекстензіями, зазвичай навіть не тяжкими травмами, тривалим професійним перенапруженням шийного відділу тощо.

В результаті виконання розробленого комплексу відмічається суттєве кількісне послаблення вираженості суб'єктивної неврологічної симптоматики ДЕ, а також покращення розподілу всередині групи залежно від ступеня вираженості симптомів захворювання. Як правило, позитивні зміни у пацієнтів проявлялися вже на початку застосування комплексу, в подальшому ступінь вираженості скарг також зменшувався. Слід відмітити, що регулярне виконання комплексу вправ самооздоровлення у всіх пацієнтів сприяло зменшенню кількісного виразу всього переліку суб'єктивних і об'єктивних неврологічних проявів (загальна кількість позитивних результатів була достовірно вищою у основній групі). Висока динаміка зареєстрована щодо напруження довгих м'язів шії, болочості при пальпації паравертебральних точок в ШВХ, а також стосовно вестибуло-координаторних показників. Позитивний вплив виконання вправ цього комплексу знайшов відображення в тенденції до нормалізації вегетативної симптоматики (ступінь позитивних результатів був вищий у основній групі).

Аналіз показників сатурації тканин голови, показників ВАШ і модифікованої шкали загального самопочуття у досліджуваних хворих показав достовірну різницю ($p < 0,001$) між результатами до та після виконання вправ із самооздоровлення (табл.).

! Таким чином, застосування розробленого профілактично-реабілітаційного комплексу разом з базисним лікуванням у хворих на ДЕ дало достовірні позитивні зміни клініко-неврологічних показників порівняно з групою хворих зі стандартною терапією.

Оптимістичним чинником було позитивне ставлення у пацієнтів до виконання вправ за результатами анкетування. Вони були зацікавлені брати участь у процесі самооздоровлення, проте, на їхню думку, а також за даними об'єктивного спостереження, лікарі як первинної, так і вторинної ланок МД зазвичай переважно налаштовані

Продовження на стор.

О.Є. Коваленко¹, д.мед.н., професор, Л.Ф. Матюха¹, д.мед.н., професор, А.В. Мусієнко², Л.М. Дупляк², С.С. Совгира¹
¹НМАПО імені П.Л. Шупика, ²Міська клінічна лікарня № 15 м. Києва

Медична реабілітація в практиці лікарів первинної та вторинної ланок медичної допомоги: від теорії до практики

Продовження. Початок на стор.

на медикаментозні методи профілактики та реабілітації цереброваскулярної патології, що обґрунтовує необхідність розширення санітарно-просвітницької роботи й серед медичних працівників.

Надзвичайно важливим, як показали результати, було впровадження профілактично-реабілітаційних комплексів й розширення їх діапазону в медичну практику та залучення до самооздоровлення безпосередньо самих пацієнтів.

Перспективним є подальше вивчення й об'єктивізація ефективності реабілітаційного комплексу заходів іншими методами досліджень, а також розширення методики та показів до неї.

! Отже, на амбулаторному рівні та етапі побутової реабілітації величезна роль має належати сімейним лікарям, серед контингенту яких значною мірою представлені хворі з неврологічною патологією.

На жаль, на первинному рівні МД не передбачено штатних посад реабілітологів. Відсутні такі фахівці й на вторинному рівні. Враховуючи завдання для сімейного лікаря,

прописані в УКПМД, певними знаннями з реабілітації мають володіти медичні працівники первинної ланки МД, адже саме їм доводиться контролювати виконання хворим реабілітаційних заходів, призначених у стаціонарі, навіть дещо корегувати та у разі низької ефективності спрямовувати хворого на вищі рівні МД до невролога або в реабілітаційні центри.

? Чому саме така висока відповідальність і фаховість мають бути на первинному рівні?

Тому що лікарі загальної практики – сімейної медицини та медсестри найкраще володіють інформацією про хворих, зокрема тих, які перенесли інсульт, та про фактори ризику щодо повторного інсульту.

Цікавим є досвід колег з інших регіонів України. Так, в червні 2014 р. в КЗ «Малинський міський реабілітаційний центр первинної медико-санітарної допомоги» («ММРЦПМСД») було відкрито кабінет фізичної реабілітації, який почав свою роботу саме з надання допомоги інсультним хворим. Оскільки в штатному розкладі відсутня посада реабілітолога, то фахівець

був прийнятий на роботу за трудовою угодою. До речі, відомо, що кожного року зростає кількість непрацевлаштованих випускників-реабілітологів, незважаючи на велику потребу в них. Групою лікарів (О.М. Андрійцев, Н.В. Недашківська, О.Є. Коваленко, КЗ «Малинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги м. Малин, Житомирська обл.) розроблено Програму «Соціально-психологічна реабілітація хворих з перенесеним гострим порушенням мозкового кровообігу на 2015 рік», яка була затверджена 61-ю сесією шостого скликання Малинської міської ради від 20 березня 2015 року.

Формування реабілітаційного центру виходило з того, що чимало існуючих реабілітаційних приватних закладів та закладів санаторно-курортного типу можуть дозволити лікування не кожному хворому, що потребує допомоги, через їх високу вартість. Як показує досвід, інсультні хворі залишаються надалі з обмеженими можливостями, якщо своєчасно не надати їм реабілітаційну допомогу.

Заслуговує уваги те, що реабілітолог центру, отримавши інформацію від лікаря первинної ланки про випадок інсульту на дільниці й госпіталізації пацієнта, починає працювати з постраждалим вже

в лікарні разом зі спеціалістами стаціонару й продовжує на первинній ланці в межах утвореного центру. Позитивні результати, звісно, не примусили себе чекати.

Зазначена інформація є прикладом високої самоорганізації спеціалістів обох рівнів і заслуговує на подальшу увагу, вивчення та поширення.

Саме на сімейного лікаря покладається основне навантаження у веденні інсультного хворого на післягоспітальному етапі, що включає контроль за фізичним та психоемоційним станом пацієнта, контроль та корекція лікування і реабілітації, зокрема, й супутніх захворювань. Тільки у випадках відсутності ефективності залучених заходів або погіршення стану пацієнта лікар первинної ланки має звернутися до «вузького» спеціаліста – невролога та ін. Крім того, суттєву увагу слід приділити й стану здоров'я членів сім'ї пацієнта й залучити їх до заходів самооздоровлення!

Необхідно завжди пам'ятати, що недостатня фізична активність належить до факторів ризику ДЕ, а в обліку факторів ризику для визначення прогнозу гострого або хронічного перебігу ДЕ зазначається, що гіпокінезія сприяє хронічному перебігу захворювання, а також у хворих з несприятливим перебігом ДЕ достовірно частіше виявлялась гіпокінезія, ніж у хворих з доброякісним перебігом ДЕ [10].

Згідно з даними багатьох наукових досліджень оздоровчі вправи як прості, загальнодоступні, потужний засіб дієво впливають на такий фактор ризику, як гіподинамія. При цьому вони у всьому своєму різноманітті є універсальним засобом резистентності і активації механізмів



Рисунок 1. Вправа № 1 комплексу



Рисунок 2. Вправа № 2 комплексу



Рисунок 3. Вправа № 3 комплексу



Рисунок 4. Вправа № 4 комплексу



Рисунок 5. Вправа № 5 комплексу



Рисунок 6. Вправа № 6 комплексу



Рисунок 7. Вправа № 7 комплексу



Рисунок 8. Вправа № 8 комплексу

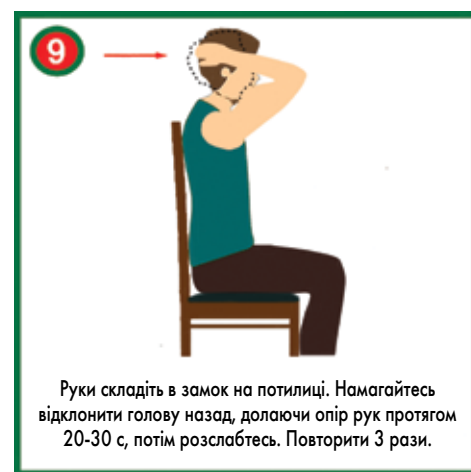


Рисунок 9. Вправа № 9 комплексу

Показник	Основна група (n=27)		Контрольна група (n=30)	
	До призначення	Після призначення	До призначення	Після призначення
Сатурація тканин голови киснем, %	92,44±0,34	95,85±0,49**	93,43±0,22	94,33±0,28*
Головний біль (за ВАШ)	6,14±0,19	2,07±0,38**	6,06±0,26	5,26±0,21*
Загальне самопочуття (за модифікованою шкалою, максимум – 10 балів)	7,70±0,17	3,07±0,32**	6,80±0,25	4,9±0,19**

* Достовірна різниця (p<0,05) між показниками обох груп
** Достовірна різниця (p<0,001) між показниками обох груп



Рис. 10. Фрагмент майстер-класу, який молоді лікарі проводять для пацієнтів

специфічної та загальної адаптації [12]. Академік О.О. Богомолець писав, що у боротьбі за нормальне довголіття фізкультурі належить безперечно дуже важливе місце. Вплив фізичних вправ на організм дуже різноманітний і складний. Вони викликають сильну реакцію-відповідь з боку всіх органів і систем. Великих змін зазнають м'язи, які працюють. Внаслідок вправ м'язи стають пружними, збільшуються. М'язові скорочення посилюють окисні процеси та обмін речовин у всьому організмі. Під впливом фізичних вправ збільшується функціональна здатність дихального апарату. Зростає і життєва місткість легень. Фізичні вправи викликають великі зміни і в роботі серцево-судинної системи. У стані спокою серце людини за хвилину перекачує близько 5 л крові, а при виконанні фізичних вправ – до 40 л, тобто працездатність серця зростає майже у 10 разів. Посилюється при цьому й швидкість течії крові. Якщо в стані спокою кругообіг крові в організмі відбувається за 21 с, то під впливом фізичних вправ цей час може скоротитися до 15-10 с. Великі зміни відбуваються під впливом фізичних вправ у нервовій системі. Вправи сприяють зниженню надмірної збудливості симпатичної нервової системи, поліпшують забезпечення кров'ю головного мозку, посилюють гальмівні процеси, позитивно впливають на психіку людини, підвищують трофічну функцію нервової системи. Фізичні вправи сприяють урівноваженню процесів гальмування і збудження, посилюють їх, нормалізуються вегетативні функції, підвищується розумова праця, покращується координаційна діяльність. При тривалому і систематичному тренуванні значні зміни настають у фізичному розвитку, зокрема в кістковій системі. Потовщуються кісткові трабекули і кірковий шар трубчастих кісток, збільшується їх поперечник.

Крім того, однією з потужних систем реабілітації хворих заслужено слід вважати рефлексотерапію (РТ), концептуальні засади якої перевірені тисячоліттями. Визначаючи роль і місце РТ в системі відновного лікування хворих після інсульту, ми можемо рекомендувати її різні методи для відновного лікування хворих, а для самостійного виконання хворими, зокрема, неінвазивні методи – точковий та зональний самомасаж, поверхневу голкоапликацію, цзю-терапію (прогрівання полинними сигарами), постізометричну релаксацію та ще дещо [8, 12, 13, 14].

? Яким же чином інформація щодо необхідності й правильності виконання реабілітаційно-профілактичних заходів має доноситися до населення?

В межах профілактичних заходів сімейний лікар (невролог, терапевт та лікарі інших спеціальностей) може застосовувати різні види донесення інформації до населення:

– Індивідуальні бесіди (як з пацієнтами груп ризику, так і з членами їхніх сімей).

– Виступи перед громадою (групові семінари, де можуть бути як великі, так і малі групи). Доцільним може бути залучення сімейним лікарем до участі й спеціаліста вторинної ланки – невролога – й співпраця в команді. Слід зазначити, що інформаційно-профілактичні заходи можуть відбуватися в актових залах лікарень, сільських клубах, на відкритих майданчиках в теплу пору року тощо. Складно уявити собі чиновника, який не погодиться надати площу лікарю для проведення такого заходу й прямо або опосередковано взяти в ньому участь. Лікарі з різних амбулаторій можуть об'єднувати свої зусилля, доцільно було б розглянути залучення волонтерів з тимчасово працевлаштованих людей та активних пенсіонерів для організаційних заходів. Активна робота й відчуття бути потрібним, приносити користь іншим також можуть бути своєрідним способом профілактики депресій, психосоматичних захворювань та зменшенням серцево-судинного ризику в цього контингенту людей.

– Виступи в засобах масової інформації та комунікації (друковані видання, радіо, телебачення, Інтернет).

– Друковані листівки та інформаційні листи (можуть використовуватися існуючі та/або на їх основі розроблені нові).

Інформація, яка доноситься до населення, має бути чіткою, аргументованою, підкріпленою статистичними показниками, зокрема порівняльними, тощо.

Слід нагадати, що члени сім'ї тяжкого хворого, зокрема, на інсульт, мають бути також під пильною увагою медпрацівників, адже фізичне та моральне виснаження, що пов'язане з доглядом за пацієнтом, матеріальними витратами тощо, суттєво погіршує здоров'я та якість життя, а без застосування запобіжних заходів переводять їх на прямий шлях до груп серцево-судинного ризику.

Сімейний лікар у взаємодії з медпрацівниками інших спеціальностей має проводити широку просвітницьку роботу – залучати пацієнта та осіб, які його доглядають, до участі в програмах немедикаментозної корекції факторів ризику розвитку інсульту (за їх наявності). Ними можуть бути не тільки різні «Школи здоров'я», програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо, але й семінари й лекції самих лікарів, про що зазначалося вище.

Співпраця лікарів первинної та вторинної ланок МД щодо профілактики, лікування та реабілітації хворих, зокрема, з мозковими інсультами, буде плідною й ефективною за умов дотримання положень УКП МД, де чітко прописані обов'язки кожного з них. На основі УКП МД складаються локальні протоколи, в яких враховується кадровий і матеріальний потенціал конкретного медичного закладу.

Враховуючи вищевикладене, шлях до профілактики та реабілітації хворих з повільно-прогресуючими цереброваскулярними розладами та наслідками інсультів, больовими вертеброгенними синдромами тощо ми вбачаємо тільки за умови активного залучення безпосередньо самого пацієнта в процес самооздоровлення. Крім технічного засвоєння необхідних навичок хворі мають опанувати філософію «допоможи собі сам» і усвідомити відповідальність за виконання/невиконання певних дій та умов, спрямованих на досягнення позитивного ефекту, від чого значною мірою залежить стан пацієнта. Лікарі та інші медичні працівники мають володіти інформацією, а оптимальніше – ще й певними навичками для втілення комплексного та широкого підходу щодо профілактики та простих способів медичної реабілітації та профілактики в спосіб життя населення.

Список літератури знаходиться в редакції.