

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЕКСУДАТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ

Гринь Л.В.,¹ Сібілевич В.М.,² Гребньова І.В.¹

¹Харківський національний технічний університет сільського господарства імені Петра Василенка

²Харківська державна академія фізичної культури

Україна

Анотація. Розглянуто особливості використання засобів фізичної реабілітації при ексудативному плевриті на стаціонарному етапі.

Ключеві слова: ексудативний плеврит, фізична реабілітація, спеціальні дихальні вправи, фізичні вправи.

Вступ. Плеврит – запалення плеври з утворенням щільного нальоту на її поверхні або появою рідини в її порожнині. Найчастіше плеврит розвивається на тлі захворювань легенів і є ускладненням багатьох хвороб, але в певний період може маскувати основне захворювання.

Плеврити можуть бути з накопиченням рідини (ексудативні) в порожнині плеври і без її накопичення (сухі).

При ексудативному плевриті часто виникає сухий болісний кашель рефлекторної природи. У міру накопичення рідини біль в боці зникає, з'являється відчуття тяжкості, наростає задишка, вибухає уражена сторона, згладжуються міжреберні проміжки. Якщо рідина накопичується в нижніх відділах, непокоїть біль в грудній клітці, підребер'ї, в області нижніх ребер, біль у животі, метеоризм, напруження черевних м'язів, біль при ковтанні.

При глибокому вдиху посилюється біль в нижній частині грудної клітини. Якщо рідини скупчується багато, відбувається зміщення сусідніх органів в здорову сторону. Зменшується глибина дихання, згодом виникають порушення серцево-судинної системи, розвивається тахікардія, знижується артеріальний тиск.

Для ексудативних плевритів, особливо інфекційної природи, характерна висока температура тіла з самого початку, виражені симптоми інтоксикації, зміни в крові.

Ексудативний серозно-фібринозний плеврит є загальним захворюванням організму. При ексудативному серозно-фібринозному плевриті в патологічний процес, крім дихального апарату, залучається ряд інших систем і органів.

Невеликі плевральні зрощення, що залишаються після хвороби, не викликають у хворих істотних розладів дихання. Поширені ж плевральні зрощення можуть викликати порушення функцій дихального апарату і кровообігу, що відбивається на функціональному стані всього організму і супроводжується зниженням працездатності.

Причини, які призводять до розвитку хвороби, різноманітні. Всі плеврити по етіології можна розділити на дві великі групи:

1) інфекційні, тобто викликані впливом на плевру того чи іншого збудника,

2) неінфекційні (асептичні), при яких запальний процес в плеврі виникає без прямої участі патогенних мікроорганізмів.

Причинами, що приводять до розвитку плевритів інфекційної етіології, є:

– бактеріальна інфекція (пневмокок, стафілокок і т.д.);

– вірусні та мікоплазмові збудники;

– грибові, паразитарні і інш. збудники;

– туберкульоз;

– сифіліс, черевний і висипний тиф.

Основні причини плевритів неінфекційної етіології:

1) пухлини;

2) системні захворювання сполучної тканини (ревматоїдний артрит, вузликосий періартеріт, склеродермія, ерматоміозит);

3) травма та операційні втручання;

4) тромбоемболія легеневої артерії, інфаркт легені;

5) інші причини: панкреатит; гострі лейкози; травми грудної клітки; переломи ребер і оперативні втручання (травматичний плеврит); інфаркт легені внаслідок тромбоемболії легеневої артерії.

Серед усіх перерахованих причин плевритів найбільш частими є пневмонії, туберкульоз, злоякісні пухлини, системні захворювання сполучної тканини.

Основні завдання лікувальної фізичної культури:

1. Відновлення у хворого функцій нервово-регуляторних механізмів, які керують дихальним апаратом.

2. Збільшення амплітуди рухів грудної клітки і діафрагми, нормалізація дихального акту і вентиляції легенів.

3. Поліпшення крово- і лімфообігу в легенях і плеврі.

4. Прискорення розсмоктування ексудату, протидія утворенню плевральних спайок.

5. Відновлення функцій дихальної та серцево-судинної систем.

6. Загальне зміцнення і підвищення опірності організму хворого, адаптація організму до поступового підвищення фізичних навантажень.

Клінічні показання до призначення лікувальної фізичної культури. У гострому періоді хвороби, коли запальний процес ще виражений, застосування ЛФК протипоказано, і хворому надають повний спокій: раннє застосування рухів може супроводжуватися загостренням хвороби.

Лікувальну гімнастику доцільно вводити в загальний комплекс відновного лікування хворого (режим, дієта, медикаментозна терапія) не тоді, коли у хворого вже утворилися спайки, а тоді, коли вони тільки починають розвиватися. Ранній початок застосування лікувальної гімнастики сприяє збереженню функції дихального апарату у хворих на плеврит.

Форми ЛФК, які застосовуються при плевриті на стаціонарному етапі: лікувальна гімнастика; ранкова гігієнічна гімнастика; пішохідні прогулянки; самостійні заняття; рухливі ігри; загартовування.

Лікувальну фізичну культуру призначають після зменшення гострих проявів захворювання: при температурі, близької до нормальної, ослабленні болю, зменшенні тахікардії та ексудату, поліпшенні загального стану хворого

В умовах стаціонару розділяють 2 періоди: початковий (1-5 днів) і тренувальний (основний), тривалість якого залежить від тяжкості захворювання.

У вступний період застосовують головним чином найпростіші вправи – гімнастичні вправи для рук і ніг, з постійним збільшенням амплітуди і темпу руху, в поєднанні з дихальними і спеціальними вправами для тулуба. Піднімаючи руку на стороні поразки, хворий повинен робити глибокий вдих, який буде сприяти натягу плеври, розкриттю «люків» і найбільш швидкому розсмоктуванню ексудату і расправленню легенів. У міру зменшення ексудату руку на хворому боці піднімати можна за допомогою гімнастичної палиці, і рекомендувати хворому здійснювати на глибокому вдиху невеликий нахил тулуба в здорову сторону до появи легкої хворобливості. Вправи слід виконувати (по 3-4 рази) через кожну годину до повного зникнення ексудату. Такий натяг плеври сприяє поліпшенню в ній крово- і лімфообігу, що зумовить ліквідацію залишкових явищ запалення і профілактику спайкового процесу.

Перші 3-5 днів з початку курсу лікування, тривалість процедур лікувальної гімнастики при середньому ступені тяжкості захворювання становить 8-10 хвилин, потім її збільшують до 12-18 хвилин. У тренувальний період процедури можна проводити в зимовий час в кабінеті ЛФК, а влітку на спеціально обладнаних майданчиках.

Гімнастичні, дихальні і спеціальні вправи, що виконуються без снарядів, зі снарядами (палиці, медичні болі масою 1-3 кг) і на снарядах (на гімнастичній лаві, стінці) у вихідному положенні сидячи і стоячи, які обов'язково включають до комплексу лікувальної гімнастики.

Під час цього періоду необхідно використовувати дихальні вправи з положенням рук на голові або з підніманням їх вгору в фазі вдиху. Нахил тулуба в здорову сторону з затримкою дихання сприяє кращому расправленню легенів та попередженню патологічних і фізіологічних ателектазів. Посилення дихання найбільш виражене в нижніх відділах легенів, на боці з піднятою або зафіксованою рукою при нахилі тулуба вправо або вліво.

Виконувати комплекси вправ слід не менше, ніж 3-4 разів на добу, окремі вправи, що сприяють розсмоктуванню ексудату, натягу плеври, расправленню ураженої легенів і посилення його вентиляції, збільшення рухливості діафрагми, особливо на хворій стороні – до 10 разів на добу.

Постільний руховий режим передбачає використання лікувальної гімнастики і самостійних занять, які повторюються через 1-1,5 години. Комплекси ЛГ складаються з простих вправ для кінцівок, тулуба, які виконуються з вихідних положень лежачи на спині, на хворому боці, сидячи або напівсидячи, а в подальших заняттях –

на здоровому боці, якщо випіт не досяг рівня III-IV ребра. Вправи повторюють 4-8 разів, темп повільний, тривалість заняття 8-10 хвилин, поступово збільшую до 12-15 хвилин.

На напівпостільному (палатному) руховому режимі, який призначається, приблизно, в кінці тижня, можна застосовувати вихідні положення стоячи і сидячи на стільці, виконуються вправи для всіх м'язових груп.

Спочатку обережно, а потім більш активно виконують нахили, повороти, кругові рухи тулубом з поглибленим диханням. Ці спеціальні вправи виконують без рухів руками, потім вони підключаються до рухів тулуба, що значно посилює екскурсію легень і діафрагми, вентиляцію легенів в нижніх відділах з боку піднятої руки.

Статичні дихальні вправи виконують у вихідному положенні сидячи і стоячи, руки на голові або підняті вгору, лежачи на спині і здоровому боці. Хворий повинен дихати ритмічно, поступово форсуючи як вдих, так і видих. Вправи повторюють 10-12 разів, темп повільний і середній, тривалість заняття лікувальною гімнастикою 20-25 хвилин. Крім лікувальної гімнастики і самостійних занять призначають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу.

Вільний руховий режим, який починається орієнтовно з 10-го дня, передбачає спеціальні вправи, з використанням гімнастичних палиць, медичних болів, обручів, вісів і упорів на гімнастичній стінці або лавці.

Динамічні дихальні вправи виконують з так званним «зустрічним диханням», при якому розширення і розтягнення грудної клітини не супроводжується характерним для такого руху вдихом. Такий спосіб сприяє розбіжності вісцеральних і парієтальних листків плеври, розтягуванню спайок.

Залежно від локалізації плевральних змін підбираються вихідні положення, які збільшують екскурсію легень і діафрагми на ураженій стороні. Так, для розтягування спайок в бічних відділах використовують вихідне положення лежачи на здоровому боці з валиком під грудною кліткою або стоячи, з якого роблять нахили тулуба в здорову сторону. Комплекси доповнюють ОРУ, на розслаблення і для корекції постави. Навантаження збільшують за рахунок тривалості занять до 30-35 хвилин. Акцентують увагу хворого необхідністю самостійних занять, які виконуються 8-10 разів в день.

Особливістю методики ЛФК при захворюваннях органів дихання є широке застосування спеціальних дихальних вправ. Використовують вольове керуване статичне, динамічне і локалізоване дихання. Перше залучає до роботи дихальні м'язи і сприяє нормалізації відносини вдих-видих; друге об'єднує дихання з рухами і підсилює вдих або видих; третє підсилює дихальні рухи в певній ділянці грудної клітки і одночасно обмежує її в іншій частині. Хворих вчать довільної зміни частоти, глибини і типу дихання, подовженого видиху, який може з додатком збільшуватися за рахунок вимови звуків і їх з'єднань.

У заняття часто включають статичні дихальні вправи з дозованим опором, які виконують за допомогою рук реабілітолога. Так, для опору при діафрагмальному диханні він тисне руками на ділянку края реберної дуги, ближче до середини грудної клітки; при верхнегрудному диханні – в підключичній області; верхнегрудному диханні – в верхній частині грудної клітки; при нижнегрудному диханні – в області нижніх ребер. З цією ж метою використовують надувні іграшки, м'ячі, накладання на ділянку підреб'я і живота мішечка з піском від 0, 5-1 кг.

Для виконання спеціальних дихальних вправ дуже важливим є вибір правильного вихідного положення хворого, яке дозволяє підсилити вентиляцію в обох або в одній легені, верхній, нижній або середній частині. Найбільш зручним є вихідне положення стоячи, так як

грудна клітка і хребет можуть переміщатися в усіх напрямках і ЖЕЛ може досягати максимальних величин. У вихідному положенні сидючи, при якому хребет утворює дугу, переважає нижнебокове дихання, а при прогнутій спині – верхньогрудне дихання. У вихідному положенні лежачи на спині або на животі переважають руху ребер нижньої частини грудної клітки, на боці – вона рухається вільно на стороні, що протилежна хворій. Для посилення рухів нижньої частини грудної клітки в будь-якому вихідному положенні необхідно підняти руки за голову або вище, верхньогрудного дихання – покласти руки на талію.

Висновки. Особливістю методики лікувальної фізичної культури при захворюваннях органів дихання є широке застосування спеціальних дихальних вправ. Для їх виконання дуже важливо правильно вибрати вихідне положення пацієнта, що в свою чергу сприятиме підсиленню вентиляції в легенях та скорішому одужанню.

Література:

1. Большая энциклопедия дыхательных гимнастик / Л. Орлова. – Минск: Харвест, 2007. – 224 с.
2. Воробьева И.И. Двигательный режим и лечебная физкультура в пульмонологии / И.И. Воробьева. – М.: Медицина, 2000. – 64 с

3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: [учебное пособие для Вузов] / В.А. Епифанов. – М: Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. – 560 с.

4. Лукомский И.В. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: [учебник] / И.В. Лукомский, И.С. Сикорская, В.С. Улащик / под ред. В.С. Улащика. – Минск: Высшая школа, 2008. - 384 с.

5. Физическая реабилитация / под ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 608 с.

6. Учебник инструктора по лечебной физкультуре / под ред. проф. В.К. Добровольского. – М.: ФиС, 1974. - 480 с.

7. Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Особенности методики лікувальної фізичної культури при ексудативних інфекційних плевритах на стаціонарному етапі реабілітації //Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2008. – №. 4. – С. 144-148.

Інформація про авторів:

Гринь Леонід Васильович, заслужений працівник фізичної культури, Заслужений тренер України, завідувач кафедри фізичної культури та спорту ХНТУСГ, ім. П.Василенка, професор

Харківський національний технічний університет сільського господарства імені Петра Василенка

Сібілевич Валерія Миколаївна, студентка 4 курсу, денне відділення (ХДАФК)

Кафедра фізичної реабілітації і рекреації
Харківська державна академія фізичної культури

Гребньова Ірина Вікторівна, старший викладач кафедри (ХНТУСГ ім. П. Василенка)

Кафедра фізичного виховання (ХНТУСГ ім.П. Василенка)
Харківський національний технічний університет сільського господарства імені Петра Василенка