

ЛІМІТОВАНІ ТА РИЗИКОВІ ФАКТОРИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Логінова В. О., Черняков В. В.

Національний університет «Чернігівська політехніка», Чернігів

Вступ. Характерним для розвитку сучасної фізичної терапії є, з одного боку, розширення її показань, а, з іншого боку – пошуки нових спеціалізованих методів. У наш час її застосовують при низці патологічних станів або фазах певних захворювань, при яких раніше вона вважалася протипоказаною або дискутабельною (наприклад, у ранньому періоді після інфаркту міокарда, у відновній хірургії – після шва на нерві й сухожиллі, у ранньому післяопераційному періоді після ендопротезування суглобів). На основі повного ознайомлення з етіопатогенезом та індивідуальними змінами у кожній стадії патологічного процесу фізична терапія виконує строго певні, а іноді навіть тонкі терапевтичні завдання. Усе це вимагає застосування точної методики й дозування з урахуванням чималої кількості ризикових моментів і обмежуючих умов, а саме «лімітованих та ризикових факторів» [1-4].

Мета роботи. Розкрити сутність лімітованих та ризикових факторів при застосуванні засобів фізичної терапії та обґрунтувати доцільність їх урахування.

Методи дослідження. Аналіз сучасної наукової та навчально-методичної літератури та узагальнення досвіду застосування засобів фізичної терапії.

Результати дослідження та їх обговорення. Сутність лімітованих факторів полягають у застосуванні деяких обмежень у методах і дозуванні фізичної терапії. Роль таких факторів можуть відіграти особливості фізичного й психічного розвитку або фізіологічного стану пацієнта, певні зміни, характерні для даного патологічного стану або ж деякі, у різному ступені виражені, індивідуальні прояви захворювання в окремих пацієнтів. Дуже часто в якості лімітованих факторів є супутні хвороби [1,2,5].

Лімітовані фактори можуть бути тією чи іншою мірою абсолютними або відносними. Деякі з них, особливо відносні, можуть бути усунуті у процесі лікування, що розширює можливості фізичної терапії й підвищує її ефективність.

Патологічні стани серцево-судинної системи можуть вимагати обмеження різного ступеня фізичного навантаження при процедурах фізичної терапії. У таких випадках патологічні прояви, як, наприклад, стенокардія, порушення ритму, зміни ЕКГ (депресія ST, зміни T) тощо будуть лімітованими факторами при фізичній терапії хворих з ожирінням або при відновленні діяльності з великим фізичним навантаженням, як, наприклад, навчання ходьбі на протезах при двосторонній стегновій ампутації. Те саме стосується й дихальної недостатності, що часто супроводжує хворобами легенів, а також ниркової недостатності [1-3].

Дуже часто лімітованим фактором у фізичній терапії є біль. Переважно він має біологічно захисний характер, слугує показником припустимого навантаження, тобто є елементом дозування. У цьому сенсі біль може бути абсолютним лімітованим фактором. Наприклад, при підозрі на псевдоартроз – біль на місці фрактури при вправах.

При багатьох патологічних станах наявність болю призводить до спазму в м'язах, до порушень трофіки тканин, до рефлекторної затримки м'язових скорочень тощо. Це обмежує необхідний обсяг руху, порушується опорна функція нижніх кінцівок та ін. Такий лімітований фактор відіграє істотну роль при захворюваннях суглобів, де він може блокувати можливості застосування лікувальних вправ. У цьому випадку біль треба розглядати як відносний лімітований фактор. Доцільно в таких випадках знайти спосіб її зменшення й цим збільшити можливості фізичної терапії [4,5].

Деякі відносні лімітовані фактори, що звужують вибір найбільш сприятливої методики й засобів фізичної терапії, зменшують її ефективність, обмежують терапевтичні можливості. Це стосується психічного розвитку, особливо в дітей, і деяких психоемоційних факторів (відсутність бажання хворого до співучасті тощо). Вік також може відігравати роль лімітованого фактору. Маленькі діти часто не можуть брати активну участь у лікувальних процедурах, особливо при вправах на координацію. Так, наприклад, при типовій внутрішньо-

ротаційній контрактурі плечового суглоба дуже часто встановлюються неушкоджені, хоча й зі зменшеною силою, зовнішні ротатори. Завдання активувати ротатори й коригувати контрактуру, як правило, дуже важко здійсненне, внаслідок фіксованої дискоординації рухів плечового суглоба. Її подолання в маленьких дітей винятково важко через недостатню можливість диференціювання рухів та повної свідомої співучасті дитини [2-5].

Сутність ризикових факторів криється у небезпеці ушкоджень, якщо при використанні методики й дозуванні процедур фізичної терапії вони не уточнені. Деякі ризикові фактори порівняно явні й легко звертають на себе увагу фізичного терапевта, водночас як інші можуть бути встановлені тільки при поглибленому ознайомленні із патологічними механізмами й індивідуальними змінами, що виникають у тканинах і органах.

Деякі стани криють у собі ризик перелому кісток при фізичній терапії з великим механічним навантаженням на деякі сегменти. При остеопорозі кісток ризиковим чинником є виникнення компресійних фрактур тіл хребців. Особливо яскравим прикладом є *osteogenesis imperfecta*, при якій звичайно настають фрактури костей кінцівок.

У післяопераційному періоді низки реконструктивних втручань на опорно-руховому апараті можна вказати істотні ризикові фактори. Наприклад, при пластиці сухожиль згиначів пальців руки більш енергійне розтягування відновленого сухожилля (при пасивній екстензії пальця, при активній флексії) є ризиковим чинником, що призводить до розходження (розриву) шва й провалу операції. Через це до 21-ї доби після операції рекомендуються тільки легкі активні скорочення м'яза, до 35-ї доби – скорочення помірної сили й тільки після цього терміну дозволяються максимальні скорочення. При тенденції до флексійних контрактур пасивну екстензію пальця (легку до помірної) можна почати лише після 30-35 доби. Після 45-ї доби обмеження для пасивних рухів скасовують [1,3].

При ендопротезах у суглобах деякі рухи, переважно пасивні, є ризиковими факторами вивиху ендопротеза. Так при двополосних ендопротезах тазостегнового суглоба рухи у флексії ($\geq 90^\circ$), аддукції через середню лінію й внутрішньої ротації є важливим ризиковим фактором виникнення вивихів, особливо протягом перших трьох місяців після операції. Ризикові фактори захворювання можуть бути одночасно лімітованими і навпаки, тобто між ними не можна провести чіткого розмежування. Проте встановлення як одних, так і інших має ту саму мету – уточнення методики й дозування процедур фізичної терапії [1,3].

Визначення лімітованих та ризикових факторів у тій чи іншій формі фізичними терапевтами при виборі методу й дозування процедур стає гарантією якісного виконання реабілітаційної програми пацієнтом.

Висновки. Встановлення та урахування лімітованих та ризикових факторів при застосуванні засобів фізичної терапії дозволяє:

- забезпечити встановлення нових і більш широких можливостей ефективного застосування фізичної терапії, зокрема, при ускладнених патологічних станах;
- стимулює подальший розвиток лікування за допомогою рухів;
- спрямовує до пошуків конкретних спеціалізованих методів і точних дозувань.

1. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія. Львів: ЛДУФК; 2018. 388 с.

2. Емельянова ЛА. Лечебная физкультура и физические тренировки в системе реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда: учебно-методическое пособие. Волгоград: ФГОУВПО «ВГАФК»; 2010. 82 с.

3. Мухін ВМ. Фізична реабілітація в травматології: монографія. Львів: ЛДУФК; 2015. 428 с.

4. Єжова О, Тимчук-Скоропад К, Ціж Л, Ситник О. Терапевтичні справи: навчальний посібник. Житомир: ПП "Євро-Волинь"; 2021. 152 с.

5. Вакуленко ЛО, Клапчук ВВ, редактори. Основи фізичної реабілітації, терапії, ерготерапії: підручник. Тернопіль: ТДМУ; 2019. 372 с.