

УДК 615.825

## АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ КЛИНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «УКРАИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ МЗО УКРАИНЫ» ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2012 – 2013 ГОДОВ

Е. В. Канюка

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

### Резюме

У статті проведено аналіз роботи кабінету лікувальної фізкультури та спортивної медицини клініки інституту за перше півріччя 2012 – 2013 років. Доведена стабільність показників застосування процедур лікувальної фізкультури як допоміжного засобу відновного лікування хворих та інвалідів за означений період часу.

**Ключові слова:** лікувальна фізкультура, відновне лікування, інвалідність.

### Summary

This article provides analysis of the study of physical therapy and sports medicine clinic of the Institute for the first half of 2012 - 2013 years. Proven stability indices applying the procedures of physical therapy adjuvant treatment and rehabilitation for disabled persons designated period of time.

**Keywords:** physiotherapy, restorative treatment, disability.

**Актуальность.** Проблема реабилитации с каждым годом все больше привлекает внимание работников здравоохранения, социального обеспечения и других специалистов. Это объясняется тем, что в силу различных причин ежегодно увеличивается количество больных, нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий с целью возвращения здоровья пострадавшим и восстановления их трудоспособности. Физическая активность – одно из необходимых условий жизни, имеющее не только биологическое, но и социальное значение. Она рассматривается как естественно-биологическая потребность живого организма на всех этапах онтогенеза. Физическая активность, регламентированная в соответствии с медицинскими показателями, является важнейшим фактором коррекции образа жизни человека. Лечебная физическая культура (ЛФК) – метод лечения, использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения осложнений и последствий патологического процесса. ЛФК как раздел клинической медицины изучает рациональное применение физической культуры и изменения, возникающие у больных под влиянием физических упражнений. Средства лечебной физической культуры – физические упражнения, массаж, трудовые процессы, организация всего двигательного режима пациентов – стали неотъемлемыми компонентами восстановительного лечения больных и инвалидов.

**Цель работы:** проанализировать работу кабинета лечебной физкультуры и спортивной медици-

ны клиники института за первое полугодие 2012 и 2013 годов.

**Материалы и методы.** В клинике ГУ «Укр. Гос. НИИ МСПИ МЗО Украины» в кабинете лечебной физкультуры и спортивной медицины (ЛФК и СМ) проходят восстановительное лечение пациенты всех клинических отделений института: терапевтического, кардиологического, реабилитационного, неврологического, офтальмологического, хирургического, травматологического. Пациенты получают процедуры лечебной физкультуры групповым и индивидуальным методами. Занятия лечебной гимнастикой с больными и инвалидами проводились в двух залах ЛФК. Режимы, применяемые в реабилитационном лечении пациентов, – постельный, палатный, свободный. Исследование занимало период 6 месяцев, с января по июнь 2013 года. Затем было проведено сравнение показателей за аналогичный период 2012 года.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты клинических отделений института направлялись в кабинет ЛФК и СМ лечащими врачами. Врачами по лечебной физкультуре и спортивной медицине определялись двигательные режимы и нагрузки на каждого пациента индивидуально согласно показаниям и противопоказаниям к назначению ЛФК.

Показания к назначению ЛФК (по данным В. А. Епифанова, 2006):

- отсутствие, ослабление или извращение функции, наступившее вследствие заболевания или его осложнения;
- положительная динамика в состоянии больного, определенная по совокупности клинико-функциональных данных – улучшению самочув-

ствия, уменьшению частоты и интенсивности болевых ощущений, улучшению данных функционального и клинико-лабораторного обследования.

Противопоказания к назначению ЛФК:

- отсутствие контакта с больным вследствие тяжелого его состояния или нарушения психики;
- острый период заболевания и его прогрессирующее течение (нарастание сердечно-сосудистой недостаточности; синусовая тахикардия свыше 100 уд/мин и брадикардии менее 50 уд/мин; частые приступы пароксизмальной и мерцательной аритмии; экстрасистолы с частотой более чем 1:10;

отрицательная динамика ЭКГ, свидетельствующая об ухудшении коронарного кровообращения; атриоventрикулярная блокада II – III степеней; гипертензия – АД свыше 220/120 мм рт. ст. );

- частые гипер- или гипотонические кризы, угроза кровотечения и тромбоэмболии;
- анемия со снижением числа эритроцитов до 2,5–3 млн., СОЭ более 20–25 мм/ч, выраженный лейкоцитоз.

Количество больных, получивших лечение в кабинете ЛФК и СМ за 6 месяцев 2012 и 2013 годов, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Показатели количества пациентов, получивших процедуры в кабинете ЛФК

Год \ Месяц	2012 год						2013 год					
	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	январь	февраль	март	апрель	май	июнь
Травматология	67	89	102	78	79	104	78	102	92	89	103	63
Неврология	58	86	77	70	79	45	54	61	67	64	54	62
Реабилитация	48	53	42	46	44	41	48	54	49	43	31	38
Хирургия	7	7	6	11	3	10	15	4	9	13	9	23
Терапия	86	103	84	71	60	69	86	78	72	60	53	67
Кардиология	41	42	44	42	46	24	46	60	44	50	42	42
Офтальмология	16	15	15	10	22	10	8	15	18	21	18	17
Всего:	2042						2022					

Из таблицы видно, что за первое полугодие 2012 года было пролечено в кабинете ЛФК и СМ 2042 человека, а за первое полугодие 2013 года – 2022 человека. Показатели за исследуемый период подвержены незначительным колебаниям.

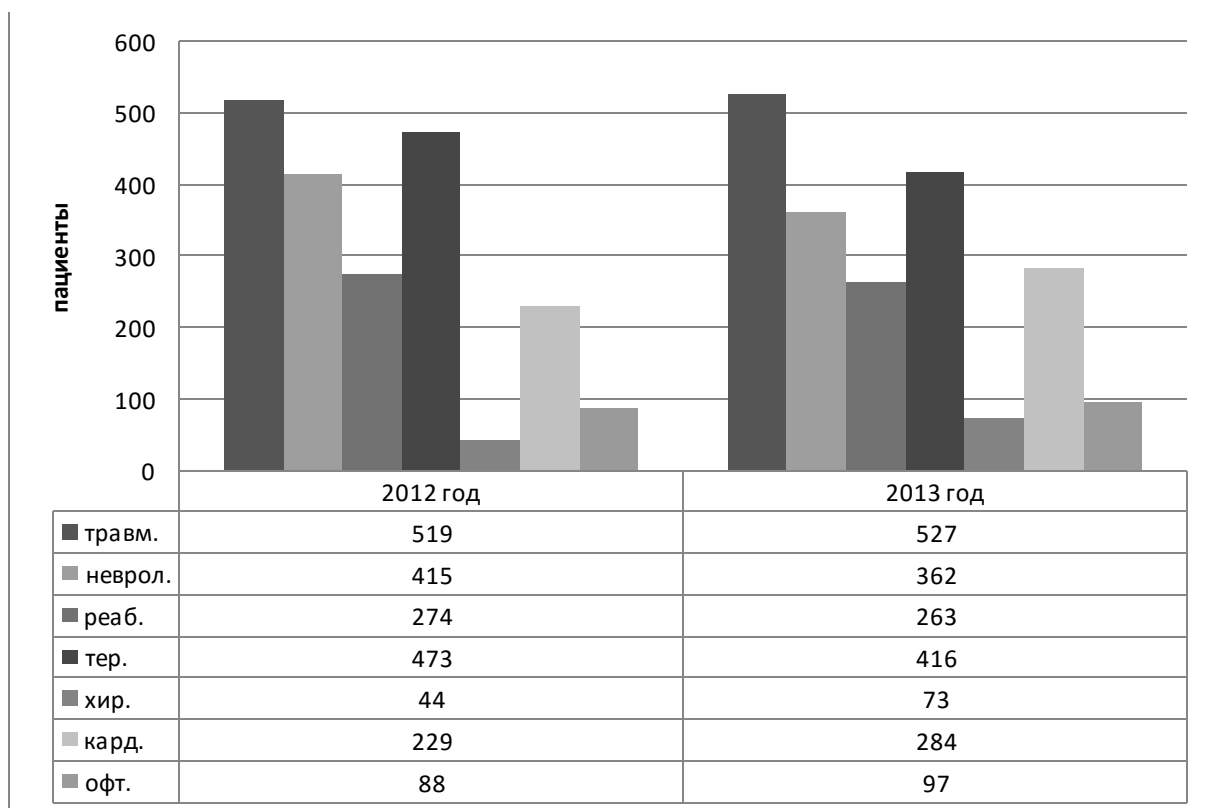


Рис. 1. Количество пациентов за первое полугодие 2012, 2013 гг.

На рис. 1 представлено абсолютное количество пациентов, которые были направлены в кабинет ЛФК и СМ из клинических отделений института за первые 6 месяцев 2012, 2013 гг. Можно отметить, что наибольшее количество пациентов поступало из травматологического, неврологического и терапевтического отделений как в первом полугодии 2012 года, так и за аналогичный период вре-

мени 2013 года. В целом абсолютные цифровые значения остаются практически на одинаковом уровне.

Распределение относительного числа пациентов по отделениям клиники института за первое полугодие 2012 и 2013 годов показано в таблице № 2.

Таблица 2

Процентное соотношение пациентов клинических отделений института, направленных в кабинет ЛФК

Месяц \ Год	2012, %	2013, %
Травматология	26	26
Неврология	20	18
Реабилитация	14	13
Хирургия	2	4
Терапия	23	20
Кардиология	11	14
Офтальмология	4	5
Всего:	100	100

В таблице № 2 показано процентное распределение пациентов клинических отделений института, направленных в кабинет ЛФК и СМ в первом полугодии 2012 и 2013 годов. Если количество всех пациентов, получавших процедуры ЛФК в этом периоде, принять за 100 %, то получается следующее распределение относительных показателей (табл. № 2). В 2013 году отмечается увеличение количества пролеченных больных, поступивших из хирургического (с 2 до 4 %), офтальмологического (с 4 до 5 %) и кардиологического (с 11 до 14 %) отделений. Снижение количества больных из терапевтического (с 23 до 20 %), реабилитационного (с 14 до 13 %), неврологического (с 20 до 18 %) отделений. Количество больных, поступивших

из отделения травматологи, остается стабильным – 26 %. Колебания относительных показателей соотношения пациентов клинических отделений, получавших процедуры в кабинете лечебной физкультуры, являются незначительными (не более 3 %). Это позволяет сделать вывод о стабильной посещаемости кабинета ЛФК пациентами клиники в первом полугодии 2012 и 2013 годов.

В таблице 3 показаны абсолютные числовые значения количества пациентов кабинета лечебной физкультуры и спортивной медицины по месяцам первого полугодия 2012 и 2013 годов. Как можно видеть из таблицы 2 разница между цифровыми показателями первых шести месяцев 2012 и 2013 годов подвергается незначительным колебаниям.

Таблица 3

Количество больных за первое полугодие 2012 и 2013 годов

Месяц \ Год	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь
2012	323	395	370	328	323	303
2013	335	374	351	340	310	312

На рис. 3 графически представлена динамика распределения больных, получавших лечение в кабинете ЛФК и СМ за первое полугодие 2012 и 2013 годов по месяцам.

Из рис. 3 видно, что в 2013 году больных было больше в январе, апреле, июне; меньше в феврале, марте, мае по сравнению с 2012 годом. В целом показатели количества пациентов, пролеченных в кабинете ЛФК и СМ остаются стабильными.

На рис. 4 графически показано распределение пациентов, получавших восстановительное лечение

в кабинете лечебной физкультуры и спортивной медицины в первые шесть месяцев 2012 – 2013 гг. За первое полугодие 2012 года получили лечение 2042 человека, за аналогичный период наблюдения 2013 года – 2022 человека.

Цифровые показатели посещаемости пациентами клиники института кабинета ЛФК и СМ остаются практически на одинаковом уровне (разница составляет менее 1 %).

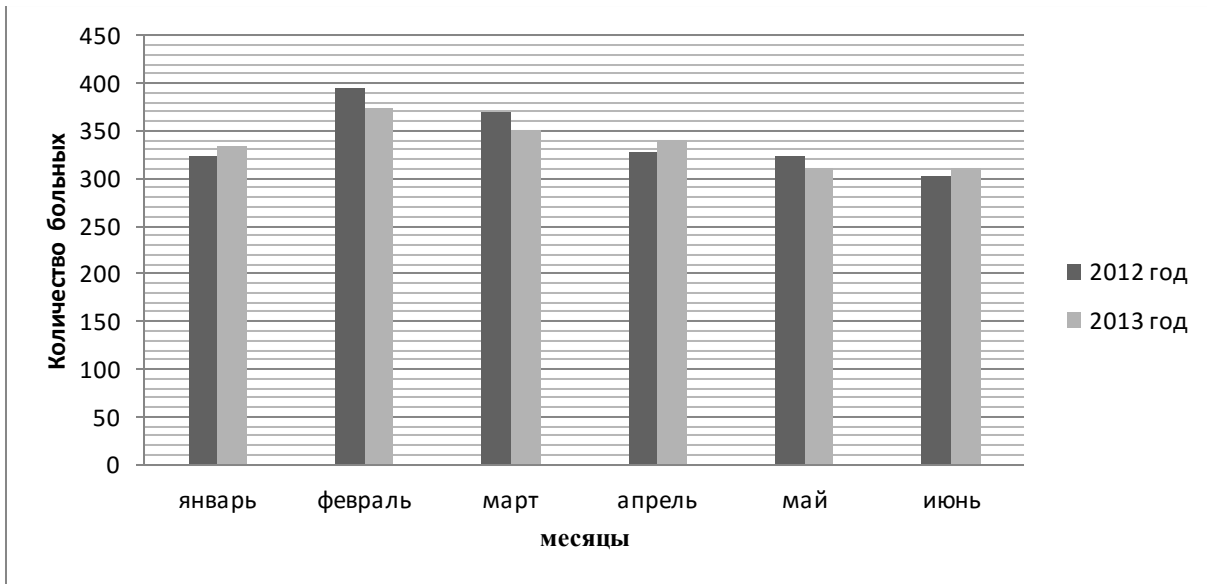


Рис. 3. Распределение больных за первые 6 месяцев 2012, 2013 гг.

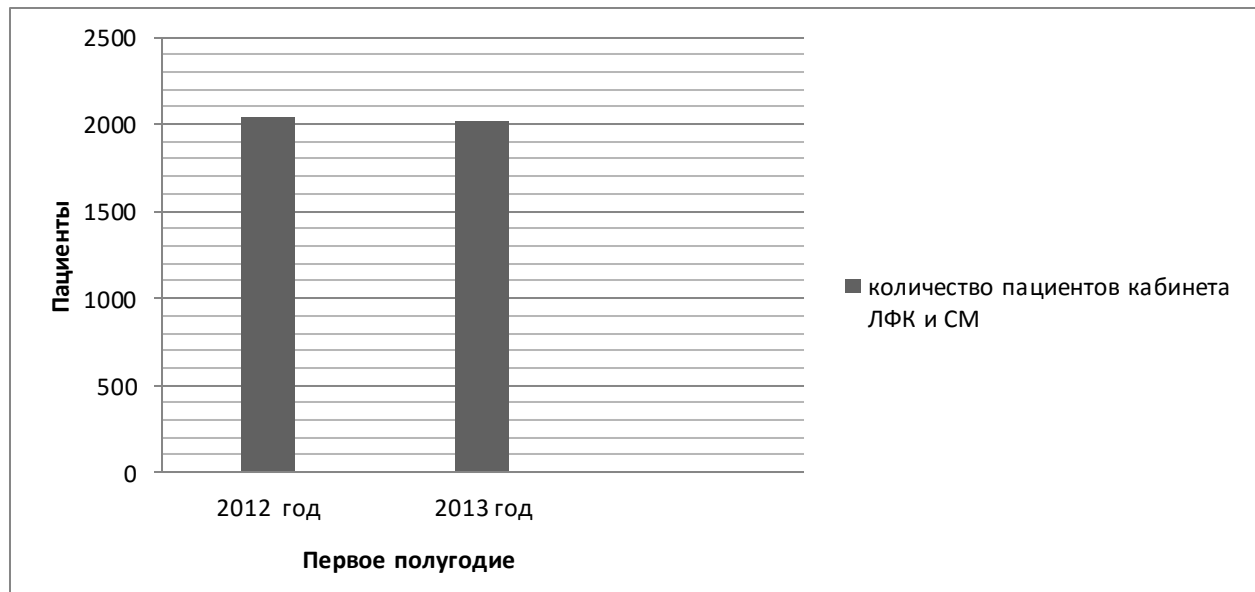


Рис. 4. Количество больных за первое полугодие 2012, 2013 гг.

Таким образом:

1. Пациенты всех клинических отделений института получают процедуры в кабинете лечебной физкультуры и спортивной медицины.

2. Лечебная физкультура – метод лечения, при помощи которого успешно используются физические упражнения для восстановления здоровья и трудоспособности пациентов.

3. Процедуры лечебной физкультуры являются вспомогательным методом восстановительного лечения больных и инвалидов.

4. Показатели работы кабинета лечебной физкультуры и спортивной медицины остаются стабильными на протяжении первого полугодия 2013 года по сравнению с 2012 годом.

**Литература**

1. Епифанов В. А. / Лечебная физическая

культура. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006 – 567 с.

2. Смычек В. Б. / Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000 – 131 с.

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 2012 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.; за ред. директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 150 с.

4. Медико-социальная экспертиза и реабилитация – Сборник научных статей, выпуск 9. Минск, 2007 – 336 с.

5. Професійна реабілітація інвалідів/ Іпатов А.В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005 – 228 с.

6. Науменко Л. Ю. Физическая реабилитация больных с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости / Л. Ю. Науменко, Д. С. Носивец // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – №3. – С. 40–43.

7. Збірник нормативних документів «Фізіотерапія, рефлексотерапія, лікувальна фізкультура, спортивна медицина». – Київ: МВЦ «Медінформ», 2011 – 409 с.



## ВИБІР МЕТОДУ АНЕСТЕЗІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ВАЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Л. В. Кузьміна, В. А. Білушенко, С. В. Коноплянко

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### Резюме

*На примере двух клинических случаев рассмотрены преимущества региональных методов обезболивания при оперативных вмешательствах у больных хирургического и ортопедического профиля, имеющие прогностические признаки трудной интубации трахеи и сопутствующую сердечно-сосудистую патологию.*

**Ключевые слова:** *обезболивание, трудная интубация, регионарная анестезия, преимущества.*

### Summary

*For example, 2-clinical cases considered the advantages of regional analgesia methods in operative interventions in patients with surgical and orthopedic profile having prognostic signs of difficult intubation of the trachea and accompanying cardiovascular pathology.*

**Keywords:** *anesthesia, difficult intubation, regional anesthesia, benefits.*

При проведенні оперативного втручання анестезія повинна забезпечувати оптимальні умови роботи хірурга, а саме: достатній рівень релаксації м'язів. Ця умова досить успішно може реалізовуватися при проведенні загальної багатокомпонентної анестезією з застосуванням міорелаксантів та штучної вентиляції легень. Однак перед анестезіологом виникає низка завдань, серед яких найважливішим є забезпечення прохідності дихальних шляхів та адекватного рівня оксегенації тканин через проведення механічної вентиляції. Одним, із чи не найнадійніших методів забезпечення прохідності дихальних шляхів є інтубація трахеї. Незважаючи на успіхи, що були досягнені в анестезіології за останні роки, у тому числі й методиках інтубації трахеї, появи нових методів підтримання прохідності дихальних шляхів, тяжка інтубація та її ускладнення залишаються однією з важливих проблем анестезіологічного забезпечення. Труднощі при інтубації трахеї можуть призводити до серйозних ускладнень, особливо при невдалій інтубації. Це одна з найскладніших ситуацій у анестезіологічній практиці. Причинами виникнення труднощів при інтубації можуть бути як вроджені, так і набуті стани. У більшості випадків труднощі інтубації можуть бути передбачені під час елементарного передопераційного обстеження пацієнта. Якщо у хворого передбачається важка інтубація, необхід-

но вибрати оптимальний метод проведення анестезії і мати заздалегідь підготовлений план дій. Це дозволить значною мірою знизити ризик анестезії. На сьогоднішній день регіонарна анестезія може максимально задовольнити інтереси анестезіолога та хірурга. Вона дозволяє провести оперативне втручання без пригнічення самостійного дихання, тобто звести до мінімуму необхідність в інтубації трахеї. Крім того, виконання операцій під регіонарною анестезією має ще велику кількість переваг порівняно з загальними методами знеболення. З точки зору сучасних поглядів на патофізіологію операційної травми, адекватність анестезії повинна оцінюватись з позиції захисту спинного мозку від ноціцептивних впливів. Основним фактором, зумовлюючим адекватність захисту, є блокада місцевими анестетиками ноціцептивних імпульсів усіх модальностей у зоні хірургічної травми. При компенсації передбачуваних змін гемодинаміки за рахунок блокади симпатичного тону судин в умовах адекватного кисневого постачання, регіонарна анестезія має перевагу перед загальною анестезією за такими показниками: пригнічення стрес-відповіді, профілактика дезадаптивної пластичності ЦНС, зменшення вираженості післяопераційного больового синдрому, позитивний вплив на згортаючу систему, раннє відновлення функцій шлунково-кишкового тракту. Тому у хворих з супутньою патологією, яка визна-