

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

«ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від 26.08. 2025 р.

Завідувач кафедри



Ольга ЮШКОВСЬКА

Розробники:

завідувач кафедри, д.мед.н., проф. Юшковська О. Г.

професор, д.мед.н. Плакіда О. Л.

асистент Кіціс А. Г.

асистент Семененко О. В.

завуч кафедри, старший викладач Середовська В. Ю.

методист кафедри, старший викладач Коростильова Г. Ю.

ТЕМА 1

«Вступ до фізичної реабілітації»

Актуальність теми: Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) є однією з провідних галузей сучасної медицини, що формується в умовах зростаючої потреби у відновленні функціональних можливостей пацієнтів. В Україні актуальність цієї дисципліни особливо зросла у зв'язку з великою кількістю військових і цивільних осіб, які потребують комплексної реабілітації після поранень, захворювань та травм. Світові тенденції охорони здоров'я зміщуються від виключно лікувально-орієнтованого підходу до відновлення функціонування, підвищення якості життя та соціальної інтеграції пацієнтів. Реабілітація є ключовим компонентом стратегії WHO Rehabilitation 2030, а в Україні регламентується Законом «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020).

Мета: Ознайомити з основними завданнями, принципами та роллю фізичної та реабілітаційної медицини у сучасній системі охорони здоров'я. Сформувати уявлення про місце лікаря ФРМ у мультидисциплінарній реабілітаційній команді. Пояснити базові поняття: функціонування, інвалідність, відновлення, якість життя, біопсихосоціальна модель.

Основні поняття (перелік питань):

1. Визначення фізичної та реабілітаційної медицини.
2. Біопсихосоціальна модель здоров'я та відмінність від біомедичної.
3. Поняття «функціонування» та «обмеження життєдіяльності» за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ).
4. Завдання та принципи ФРМ.
5. Місце та роль мультидисциплінарної команди у реабілітації.
6. Етапність та рівні реабілітаційної допомоги (гострий, підгострий, довготривалий).
7. Сучасні виклики та перспективи розвитку ФРМ в Україні та світі.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Вступ

Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) є спеціальністю, яка займає центральне місце в сучасній системі охорони здоров'я. Вона спрямована на відновлення функціональних можливостей пацієнтів, попередження ускладнень, підвищення рівня самостійності та якості життя осіб із різними захворюваннями чи травмами. На відміну від вузьких клінічних спеціальностей, які переважно концентруються на лікуванні патологічного процесу, ФРМ розглядає пацієнта в цілісному біопсихосоціальному контексті.

У XXI столітті реабілітація визнана одним із пріоритетних напрямів розвитку медицини. За даними ВООЗ, кожна третя людина у світі протягом життя потребує реабілітаційних заходів. В Україні ця потреба значно зросла через демографічні чинники, зростання кількості хронічних захворювань, травматизму, а з 2014 року — через воєнні дії.

2. Визначення та сутність ФРМ

Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) — це клінічна медична спеціальність, що зосереджена на діагностиці, профілактиці та лікуванні порушень функціонування, інвалідності, а також на відновленні та підтриманні здоров'я і якості життя пацієнтів.

Головна мета ФРМ полягає не лише у боротьбі з хворобою чи травмою, а у максимальному відновленні функціональних можливостей людини та створенні умов для її повноцінної участі в житті суспільства.

Основні завдання ФРМ:

- **Діагностика** рівня функціональних обмежень за допомогою клінічного та інструментального обстеження, застосування шкал та класифікаторів (наприклад, МКФ).
- **Розробка та реалізація індивідуальної програми реабілітації (ІПР)** з урахуванням стану пацієнта, його цілей та можливостей.

- **Відновлення максимально можливого рівня функціонування** у повсякденній діяльності, самообслуговуванні, пересуванні, професійній та соціальній активності.
- **Попередження ускладнень** (контрактури, пролежні, вторинні деформації, хронічний біль тощо).
- **Соціальна інтеграція та ресоціалізація** пацієнтів, включно з адаптацією до навчання, праці та громадського життя.
- **Підтримка якості життя** за допомогою медичних, фізичних, психологічних та соціальних інтервенцій.

Таким чином, ФРМ є міждисциплінарною та людиноцентричною спеціальністю, що об'єднує медичні знання з принципами фізичної терапії, ерготерапії, психології та соціальної медицини.

3. Біопсихосоціальна модель здоров'я

Традиційна **біомедична модель здоров'я** фокусується переважно на патологічному процесі: діагностиці хвороби, усуненні причини та лікуванні симптомів. Такий підхід, хоч і залишається важливим, є недостатнім для розуміння та відновлення функціонування пацієнта.

Натомість у фізичній та реабілітаційній медицині використовується **біопсихосоціальна модель здоров'я**, яка була сформульована Дж. Енгелем у 1977 році та згодом стала основою для практики ФРМ і класифікацій ВООЗ.

Ця модель базується на інтеграції трьох взаємопов'язаних компонентів:

- **Біологічний компонент** — враховує стан органів і систем організму, наявність захворювань, травм чи патологічних змін.
- **Психологічний компонент** — охоплює емоції, поведінку, когнітивні функції, мотивацію пацієнта до відновлення.
- **Соціальний компонент** — визначає вплив сім'ї, соціального оточення, професійної діяльності, умов проживання, економічних і культурних факторів.

Таким чином, здоров'я та функціонування розглядаються не лише як відсутність хвороби, а як **здатність людини реалізовувати свій потенціал, брати участь у суспільному житті та зберігати якість життя** навіть у разі наявності медичних обмежень.

У практиці ФРМ цей підхід дозволяє:

- оцінювати стан пацієнта комплексно, а не лише за діагнозом;
- визначати індивідуальні цілі реабілітації з урахуванням потреб і цінностей пацієнта;
- формувати міждисциплінарні програми, що поєднують медичні, психологічні та соціальні інтервенції.

Біопсихосоціальна модель є основою для використання **Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)**, яка дозволяє об'єктивно описати стан людини й побудувати індивідуальний план реабілітації.

4. Міжнародна класифікація функціонування (МКФ)

МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health) була прийнята ВООЗ у 2001 році. Вона пропонує універсальну мову опису функціонування та обмежень життєдіяльності.

Основні категорії МКФ:

- Функції та структури організму (наприклад, м'язова сила, стан суглобів, когнітивні функції);
- Види діяльності та участь (самообслуговування, пересування, праця, навчання);
- Фактори довкілля (бар'єри та ресурси: архітектурна доступність, технічні засоби реабілітації, підтримка сім'ї).

МКФ є базою для розроблення Індивідуальної програми реабілітації (ІПР).

5. Принципи ФРМ

Фізична та реабілітаційна медицина ґрунтується на системі принципів, які визначають організацію, зміст і ефективність відновного процесу. Їх дотримання забезпечує цілісність та результативність реабілітаційної допомоги.

❖ Ранній початок

Реабілітація повинна починатися якомога раніше — відразу після стабілізації життєвих

функцій у гострому періоді. Це дозволяє попередити ускладнення (контрактури, пролежні, атрофії м'язів) і підвищує шанси на відновлення.

❖ **Безперервність і наступність**

Реабілітаційний процес не обмежується одним етапом. Він включає всі періоди — гострий, підгострий, довготривалий — і передбачає перехід від стаціонарної допомоги до амбулаторної та домашньої реабілітації з постійним моніторингом стану пацієнта.

❖ **Комплексність**

У процесі реабілітації поєднуються різні методи: медикаментозні, фізичні фактори, фізична терапія, ерготерапія, логопедична та психологічна допомога, соціальна підтримка. Це забезпечує вплив на всі сторони життя пацієнта.

❖ **Мультидисциплінарність**

Реабілітація реалізується командою, до складу якої входять лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра, соціальний працівник. Лікар ФРМ виконує функцію координатора.

❖ **Індивідуалізація та пацієнт-орієнтований підхід**

Кожен пацієнт має унікальні потреби, цілі та ресурси. Реабілітація повинна відповідати його функціональному стану, соціальній ситуації та очікуванням. У цьому допомагає використання інструментів МКФ та складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР).

❖ **Активна участь пацієнта**

Пацієнт є не пасивним отримувачем допомоги, а активним учасником процесу, який разом із командою формує свої реабілітаційні цілі та бере участь у їх досягненні.

❖ **Доказовість**

ФРМ базується на принципах доказової медицини. Використовуються методи, ефективність яких підтверджена клінічними дослідженнями та міжнародними настановами (WHO, NICE, UEMS PRM Section).

❖ **Орієнтація на якість життя та соціальну інтеграцію**

Мета реабілітації виходить за межі лише відновлення фізичних функцій. Вона полягає у поверненні людини до максимально можливої участі у суспільстві, професійній діяльності, сімейному житті та дозвіллі.

6. Етапи та рівні реабілітаційної допомоги

Реабілітаційний процес є динамічним і багатоступеневим. Він охоплює кілька послідовних етапів, кожен з яких має свої завдання, методи та очікувані результати. Важливою умовою є **наступність**: досягнення одного етапу створює основу для переходу до наступного.

6.1. Етапи реабілітації

1. Гострий етап (ранній початок)

- Розпочинається одразу після стабілізації стану пацієнта (наприклад, після операції чи гострої фази інсульту).
- Завдання:
 - профілактика ускладнень (тромбоемболій, пролежнів, контрактур, атрофії м'язів);
 - підтримка життєво важливих функцій;
 - початкові рухові та дихальні вправи;
 - формування мотивації пацієнта до подальшої активної участі в лікуванні.
- Місце проведення: відділення інтенсивної терапії, гострий стаціонар.

2. Підгострий етап

- Починається після стабілізації загального стану.
- Завдання:
 - активна фізична терапія з поступовим збільшенням навантаження;
 - навчання базових навичок самообслуговування (сидіння, стояння, ходьба з допоміжними засобами);
 - логопедична та психологічна підтримка;
 - підбір і початок використання технічних засобів реабілітації.
- Місце проведення: реабілітаційні відділення стаціонару, спеціалізовані центри.

3. Довготривалий етап (відновлювальний і підтримувальний)

- Триває від кількох місяців до років.

- Завдання:
 - удосконалення рухових і когнітивних навичок;
 - соціальна та професійна реінтеграція;
 - навчання користуванню протезами та ортезами;
 - профілактика рецидивів і підтримка досягнутих результатів;
 - організація телереабілітації та самостійних занять удома.
- Місце проведення: амбулаторна реабілітація, поліклініки, домашні програми, реабілітаційні майданчики.

6.2. Рівні надання реабілітаційної допомоги

1. Стаціонарна реабілітація

- Проводиться в умовах лікарні або спеціалізованого центру.
- Переваги: цілодобове спостереження, доступ до обладнання, мультидисциплінарна команда.
- Недоліки: обмежений час перебування.

2. Амбулаторна реабілітація

- Пацієнт відвідує реабілітаційні заняття у денному стаціонарі або поліклініці.
- Переваги: збереження соціальних зв'язків, менші витрати, гнучкість.

3. Домашня реабілітація

- Реалізується у звичних умовах проживання.
- Важливі аспекти: доступність, залучення сім'ї, використання телереабілітаційних технологій.
- Недоліки: обмежені ресурси, відсутність спеціалізованого обладнання.

6.3. Основний принцип організації

Ключовим підходом у сучасній фізичній та реабілітаційній медицині є принцип «**безперервного маршруту пацієнта**». Це означає, що процес реабілітації не обмежується одним етапом лікування, а забезпечує плавний перехід від гострого періоду до довготривалої підтримки.

Основні складові принципу:

1. Ранній старт і наступність

Реабілітація починається у гострому відділенні, одразу після стабілізації стану. Всі наступні етапи — підгострий і довготривалий — логічно продовжують попередній, не допускаючи перерв, які можуть призвести до втрати досягнутих результатів.

2. Індивідуальний маршрут пацієнта

Формується на основі оцінки функціонування за МКФ і відображається в індивідуальній програмі реабілітації (ІПР). У маршруті визначаються:

- мета на кожному етапі,
- методи і втручання,
- фахівці, які залучаються,
- критерії переходу до наступного рівня допомоги.

3. Мультидисциплінарна взаємодія

Кожен етап організовується командою спеціалістів (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра, соціальний працівник), які координують свої дії для досягнення спільної мети.

4. Послідовність і завершеність

Маршрут передбачає чітку логіку:

- **гострий етап** – стабілізація та профілактика ускладнень,
- **підгострий етап** – відновлення основних функцій і самообслуговування,
- **довготривалий етап** – соціальна інтеграція, професійна реабілітація, підтримуючі заходи.

5. Гнучкість і адаптивність

Індивідуальний маршрут може коригуватися залежно від стану пацієнта, його мотивації та змін у соціальному середовищі. Це дозволяє врахувати динаміку відновлення та забезпечити реалістичність цілей.

Таким чином, **основний принцип організації реабілітаційної допомоги — це створення безперервного, послідовного та індивідуалізованого маршруту пацієнта, який забезпечує ефективність і сталість результатів відновлення.**

7. Мультидисциплінарна команда

Успішність реабілітації визначається ефективною співпрацею фахівців:

- Лікар ФРМ — координатор процесу;
- Фізичний терапевт — відновлення рухових функцій;
- Ерготерапевт — відновлення навичок самообслуговування;
- Логопед — корекція мовних і комунікативних розладів;
- Психолог — підтримка емоційного стану;
- Соціальний працівник — допомога в соціальній інтеграції.

8. ФРМ у світі та в Україні

8.1. ФРМ у світі

Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) є визнаною клінічною спеціальністю у більшості країн світу та активно розвивається як невід’ємна частина сучасної системи охорони здоров’я.

- **Європейський досвід:** Європейська секція UEMS PRM Section визначає стандарти підготовки лікарів та принципи роботи мультидисциплінарних команд. У країнах ЄС ФРМ інтегрована на всіх рівнях надання медичної допомоги — від гострих стаціонарів до амбулаторної та домашньої реабілітації.
- **США та Канада:** спеціальність відома під назвою *Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R)* або *Physiatry*. Вона орієнтована на відновлення функціонування, професійну та соціальну інтеграцію пацієнтів.
- **Глобальний рівень:** ВООЗ у 2017 році започаткувала ініціативу **Rehabilitation 2030**, яка наголошує, що кожна людина повинна мати доступ до якісних реабілітаційних послуг незалежно від місця проживання.

Ключові риси міжнародної практики:

- широке використання **МКФ** для опису стану пацієнта;
- акцент на **людиноцентричному підході** та формуванні індивідуальних програм реабілітації (ІПР);
- активне впровадження **інноваційних технологій** (роботизовані комплекси, віртуальна та доповнена реальність, телереабілітація);
- розвинена система підготовки кадрів — спеціалізовані резидентури, сертифікація, міжнародні асоціації.

8.2. ФРМ в Україні

В Україні розвиток фізичної та реабілітаційної медицини має стратегічне значення, особливо в умовах війни та різкого зростання потреби в реабілітаційних послугах.

- **Законодавче підґрунтя:**
 - Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» (2020);
 - Постанова КМУ №1077 від 27.12.2017 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров’я»;
 - Наказ МОЗ №634 від 08.04.2022 «Про затвердження Порядку розроблення, впровадження та виконання індивідуальної програми реабілітації».
- **Визнання спеціальності:**

У 2022 році наказом МОЗ введено спеціальність «**Лікар фізичної та реабілітаційної медицини**». Це дозволило інтегрувати українську систему підготовки кадрів у європейський освітній простір.
- **Роль НСЗУ:**

Національна служба здоров’я України поступово розширює пакети реабілітаційних послуг у Програмі медичних гарантій (ПМГ). Частка фінансування зростає (з 1,2 % у 2020 році до запланованих 4 % у 2025 році).
- **Актуальні виклики:**
 - недостатня кількість лікарів ФРМ, фізичних терапевтів та ерготерапевтів;
 - нерівномірний розподіл реабілітаційної інфраструктури по регіонах;
 - обмежене використання інноваційних технологій та телереабілітації;
 - потреба в інтеграції медичної, соціальної та освітньої реабілітації.

- **Позитивні тенденції:**

- створення сучасних центрів реабілітації (державних та приватних);
- активна міжнародна співпраця (WHO, ISPRM, UEMS PRM Section, партнерські програми з ЄС та США);
- впровадження мультидисциплінарної моделі надання допомоги.

8.3. Порівняння та перспективи

Як у світі, так і в Україні, ФРМ стає стратегічно важливою галуззю медицини. Якщо у розвинених країнах вона вже інтегрована на всіх рівнях охорони здоров'я, то в Україні цей процес ще триває. Перспективи включають:

- повну інтеграцію МКФ у клінічну практику;
- розвиток мережі реабілітаційних центрів у регіонах;
- підвищення фінансування й ефективне управління ресурсами;
- впровадження інноваційних технологій;
- підготовку висококваліфікованих кадрів.

Таким чином, ФРМ у світі та в Україні має спільну мету — забезпечення максимально можливого рівня функціонування та якості життя пацієнтів, проте в Україні цей процес супроводжується необхідністю подолання системних викликів.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Дайте визначення фізичної та реабілітаційної медицини.
2. У чому полягає відмінність біомедичної та біопсихосоціальної моделей здоров'я?
3. Назвіть основні етапи та принципи реабілітаційної допомоги.
4. Які фахівці входять до мультидисциплінарної реабілітаційної команди?
5. Яку роль відіграє МКФ у плануванні індивідуальної програми реабілітації?

Список джерел до теми:

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; підручник / [Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372.
2. WorldHealthOrganization. Rehabilitation 2030: a callforaction: Meetingreport [Internet]. WHO; 2017. Availablefrom: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
3. <http://www.moz.gov.ua> – Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України.
4. <http://www.president.gov.ua/documents/6782015-19605> - Указ Президента України «Про активізацію роботи що до забезпечення прав людей з інвалідністю»
5. <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ta-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ditej-i-pidlitkiv> - Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1008-р «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків»
6. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12-> Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
7. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> - Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»
8. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3808-12-> Закон України «Про фізичну культуру і спорт».
9. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1060-12> - Закон України «Про освіту».
10. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського.
11. <http://library.gov.ua/> – Національна наукова медична бібліотека України.
12. <http://osvita.ua/vnz/> – Вища освіта в Україні.
13. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України <https://moz.gov.ua/>
14. Он - лайн платформа Британського медичного журналу <https://bestpractice.bmj.com>

ТЕМА 2

«Нормативно-правова база та організаційні засади реабілітації в Україні та світі»

Актуальність теми: Реабілітація є одним із пріоритетних напрямів сучасної медицини та суспільної політики у сфері охорони здоров'я. В умовах зростання кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями, травмами, бойовими ураженнями та інвалідністю, ефективна нормативно-правова база та чіткі організаційні засади стають необхідною умовою для доступності й якості реабілітаційних послуг. В Україні після 2014 року, а особливо після 2022 року, виникла гостра потреба у створенні сучасної системи реабілітації, що відповідає міжнародним стандартам та ініціативам ВООЗ, ЄС та інших організацій.

Мета: Ознайомити здобувачів освіти з основними нормативними актами, що регулюють реабілітацію в Україні та світі. Розкрити принципи організації системи реабілітаційної допомоги. Сформувати розуміння інтеграції українського законодавства у світовий правовий і професійний простір.

Основні поняття (перелік питань):

1. Законодавче регулювання реабілітації в Україні.
2. Нормативно-правові документи МОЗ України та НСЗУ.
3. Міжнародні стандарти та ініціативи (WHO Rehabilitation 2030, UEMS PRM Section, ISPRM).
4. Організаційні рівні надання реабілітаційної допомоги.
5. Мультидисциплінарна команда та її роль у системі.
6. Інтеграція медичної, соціальної та освітньої реабілітації.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Нормативно-правова база України

Система реабілітаційної допомоги в Україні базується на низці законодавчих та підзаконних актів, що визначають організаційні, правові та фінансові засади її функціонування. У період трансформації охорони здоров'я та зростання потреби у реабілітаційних послугах ця база має особливе значення.

Основні нормативні документи:

1. **Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 №1053-IX**
 - о закріплює правові засади надання реабілітаційної допомоги;
 - о визначає поняття «реабілітація», «реабілітаційна допомога», «індивідуальна програма реабілітації»;
 - о встановлює вимоги до організації системи реабілітації та ролі мультидисциплінарних команд.
2. **Постанова Кабінету Міністрів України №1077 від 27.12.2017**
«Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я»
 - о регламентує механізм надання реабілітаційних послуг;
 - о визначає порядок взаємодії закладів охорони здоров'я;
 - о передбачає етапність і наступність реабілітації.
3. **Наказ МОЗ України №634 від 08.04.2022**
«Про затвердження Порядку розроблення, впровадження та виконання індивідуальної програми реабілітації (ІПР)»
 - о закріплює єдиний алгоритм створення та реалізації ІПР;
 - о визначає ролі лікаря ФРМ, мультидисциплінарної команди та пацієнта;
 - о робить акцент на застосуванні МКФ як основи для оцінки функціонування.
4. **Наказ МОЗ України №610 від 06.04.2022**
«Про затвердження номенклатури спеціальностей у сфері охорони здоров'я»

- офіційно вводить спеціальність «лікар фізичної та реабілітаційної медицини»;
- визначає місце цієї професії у системі охорони здоров'я України.
- 5. **Клінічні протоколи та стандарти МОЗ України**
- зокрема протоколи лікування та реабілітації після інсульту, травм опорно-рухового апарату, захворювань серцево-судинної та дихальної системи;
- забезпечують єдині вимоги до медичних втручань і контроль їх ефективності.
- 6. **Програма медичних гарантій (ПМГ) НСЗУ**
- визначає пакети реабілітаційних послуг;
- регламентує фінансування з державного бюджету та порядок контрагування медичних закладів;
- з кожним роком збільшує частку реабілітації в загальному бюджеті охорони здоров'я.

2. Організаційні засади в Україні

Організація системи реабілітації в Україні визначається законодавчими актами та базується на принципах етапності, наступності, мультидисциплінарності та людиноцентричності. Вона враховує міжнародні підходи та водночас адаптується до національних умов і потреб, зокрема до зростаючої кількості пацієнтів після бойових уражень та хронічних захворювань.

2.1. Рівні надання реабілітаційної допомоги

1. **Стаціонарна реабілітація**
 - надається у спеціалізованих лікарнях, відділеннях багатопрофільних стаціонарів та реабілітаційних центрах;
 - забезпечує інтенсивну мультидисциплінарну допомогу у гострий та підгострий періоди;
 - переваги: наявність обладнання, цілодобовий нагляд, командний підхід.
2. **Амбулаторна реабілітація**
 - організовується у поліклініках, денних стаціонарах, амбулаторних відділеннях;
 - орієнтована на пацієнтів, які не потребують постійного нагляду;
 - поєднує заняття з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, логопедом та психологом;
 - дозволяє зберігати соціальні зв'язки та поєднувати лікування з роботою чи навчанням.
3. **Домашня реабілітація**
 - здійснюється у звичних умовах пацієнта;
 - важливими є залучення родини та використання телереабілітаційних технологій;
 - обмеження: відсутність спеціалізованого обладнання, потреба у високій мотивації пацієнта.

2.2. Роль Національної служби здоров'я України (НСЗУ)

- Програма медичних гарантій (ПМГ) включає пакети реабілітаційних послуг для різних категорій пацієнтів.
- НСЗУ визначає порядок фінансування закладів, контрагування надавачів та критерії якості послуг.
- Зростання фінансування: частка реабілітації у ПМГ збільшується щороку (з 1,2 % у 2020 році до планових 4 % у 2025 році).

2.3. Мультидисциплінарна команда

Реабілітаційна допомога на всіх рівнях організовується мультидисциплінарною командою, до складу якої входять:

- лікар фізичної та реабілітаційної медицини (координатор процесу);
- фізичний терапевт;
- ерготерапевт;
- логопед;
- психолог;
- медична сестра;
- соціальний працівник.

Ключовим є принцип координації та спільного планування цілей, що забезпечує ефективність індивідуальної програми реабілітації (ІПР).

2.4. Інтеграція медичної, соціальної та освітньої реабілітації

- Реабілітація в Україні розглядається як міжсекторальний процес, який охоплює не лише

медичний аспект, а й соціальну адаптацію, професійну реінтеграцію та освітні програми.

- Важливою є співпраця системи охорони здоров'я з Міністерством соціальної політики, Міністерством освіти і науки та громадськими організаціями.

3. Міжнародні стандарти та ініціативи

Розвиток фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) у світі відбувається в межах глобальних ініціатив та нормативно-методичних документів, які формують єдині підходи до організації допомоги та підготовки кадрів.

3.1. Ініціатива ВООЗ «Rehabilitation 2030»

- Започаткована у 2017 році.
- Визначає реабілітацію як ключовий компонент універсального доступу до охорони здоров'я (УНС).
- Основні пріоритети:
 - інтеграція реабілітації на всіх рівнях медичної допомоги;
 - зміцнення кадрового потенціалу;
 - створення ефективної політики та фінансування;
 - розвиток даних та систем моніторингу.
- ВООЗ наголошує: кожна людина має право на якісну реабілітацію незалежно від місця проживання чи економічного статусу.

3.2. Європейський підхід: UEMS PRM Section

- European Union of Medical Specialists – PRM Section and Board координує розвиток спеціальності у країнах ЄС.
- Основні функції:
 - визначення стандартів навчання лікарів ФРМ;
 - розробка професійних компетентностей та етичних принципів;
 - гармонізація підготовки кадрів у Європі;
 - просування мультидисциплінарної моделі.
- UEMS PRM Section формує єдиний освітній простір, до якого поступово інтегрується й Україна.

3.3. ISPRM – Міжнародне товариство ФРМ

- International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) — головна міжнародна професійна організація.
- Завдання:
 - розвиток наукових досліджень у сфері ФРМ;
 - проведення міжнародних конгресів і симпозіумів;
 - співпраця з ВООЗ у формуванні глобальної політики.

3.4. Клінічні рекомендації та настанови

- NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Велика Британія) — публікує клінічні гайдлайни з реабілітації після інсульту, травм, хронічних захворювань.
- AAPMR (American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, США) — формує протоколи ведення пацієнтів, стандарти підготовки лікарів-реабілітологів.
- Канада, Австралія, Німеччина — розвинена система клінічних рекомендацій, що регламентують застосування доказових методів реабілітації.

3.5. Загальні тенденції міжнародних ініціатив

- перехід від біомедичної моделі до біопсихосоціальної моделі функціонування;
- широке застосування МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health) у практиці;
- розширення доступності послуг для всіх груп населення;
- використання інноваційних технологій: робототехніка, VR/AR, телереабілітація;
- орієнтація на якість життя та соціальну інтеграцію пацієнтів.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Назвіть основні закони України, що регламентують реабілітаційну допомогу.
2. Які ключові міжнародні ініціативи формують політику у сфері ФРМ?

3. У чому полягають організаційні засади надання реабілітаційної допомоги в Україні?
4. Які є спільні та відмінні риси розвитку ФРМ в Україні та світі?

Список джерел до теми:

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; підручник / [Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372.
2. WorldHealthOrganization. Rehabilitation 2030: a callforaction: Meetingreport [Internet]. WHO; 2017. Availablefrom: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
3. <http://www.moz.gov.ua> – Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України.
4. <http://www.president.gov.ua/documents/6782015-19605> - Указ Президента України «Про активізацію роботи що до забезпечення прав людей з інвалідністю»
5. <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ta-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ditej-i-pidlitkiv> - Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1008-р «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків»
6. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
7. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> - Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»
8. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3808-12>- Закон України «Про фізичну культуру і спорт».
9. <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1060-12> - Закон України «Про освіту».
10. <http://www.nbuv.gov.ua/> – Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського.
11. <http://library.gov.ua/> – Національна наукова медична бібліотека України.
12. <http://osvita.ua/vnz/> – Вища освіта в Україні.

ТЕМА 3

«Методи клінічного та функціонального обстеження у фізичній реабілітації»

Актуальність теми: Якісна реабілітація неможлива без всебічної оцінки стану пацієнта. Обстеження є основою для постановки функціонального діагнозу, визначення індивідуальних цілей та складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР). У сучасній практиці важливо поєднувати клінічні, інструментальні та функціональні методи оцінки з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Це дозволяє побудувати повноцінний маршрут пацієнта і забезпечити доказову ефективність реабілітаційних втручань.

Мета: Ознайомити із сучасними методами клінічного та функціонального обстеження у фізичній реабілітації. Пояснити роль МКФ у стандартизації оцінки функціонування. Сформулювати практичні навички використання клінічних шкал, тестів і методик у реабілітаційній практиці.

Основні поняття (перелік питань):

1. Роль клінічного та функціонального обстеження у ФРМ.
2. Етапи проведення обстеження пацієнта.
3. Методи клінічного обстеження: огляд, пальпація, перкусія, аускультация.
4. Функціональні методи оцінки у фізичній реабілітації.
5. Використання шкал та індексів (Barthel Index, FIM, Berg Balance Scale, VAS, HADS тощо).

6. Інструментальні методи дослідження в реабілітаційній практиці.
7. Значення МКФ для опису функціонального стану.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Загальні принципи обстеження

Обстеження пацієнта у фізичній та реабілітаційній медицині має свої особливості. Його завданням є не лише виявлення захворювання чи травми, а насамперед — визначення рівня функціонування пацієнта, наявних обмежень життєдіяльності та ресурсів для відновлення.

Основні принципи:

1. **Комплексність**
Обстеження повинно охоплювати всі аспекти здоров'я:
 - медичний (структури та функції організму),
 - функціональний (рухливість, самообслуговування, активність),
 - психологічний (емоційний стан, мотивація),
 - соціальний (сім'я, робота, побут, участь у суспільстві).
2. **Системність і поетапність**
Обстеження проводиться у кілька етапів:
 - збір анамнезу життя та хвороби;
 - оцінка скарг і суб'єктивного стану;
 - клінічний огляд і базові об'єктивні методи (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
 - функціональні тести та клінічні шкали;
 - інструментальні дослідження (за показаннями).
3. **Використання біопсихосоціальної моделі**
Лікар ФРМ не зосереджується лише на діагнозі. Він враховує контекст пацієнта — психологічні особливості, рівень підтримки сім'ї, соціальне середовище, доступність технічних засобів реабілітації.
4. **Індивідуалізація**
Кожен пацієнт має унікальні цілі, очікування та можливості. Завдання обстеження — не лише визначити обмеження, а й виявити ресурси для реабілітації.
5. **Використання стандартизованих інструментів**
Результати обстеження повинні бути вимірюваними й відтворюваними. Для цього застосовують шкали та індекси (Barthel Index, FIM, Berg Balance Scale, VAS, HADS тощо), які дозволяють кількісно оцінити зміни стану пацієнта в динаміці.
6. **Безперервність і динамічність**
Обстеження не є одноразовою процедурою. Воно повторюється на всіх етапах реабілітації з метою моніторингу ефективності лікування та корекції індивідуальної програми реабілітації (ІПР).
7. **Застосування Міжнародної класифікації функціонування (МКФ)**
МКФ є універсальним інструментом для опису стану пацієнта. Вона дозволяє структурувати інформацію за такими категоріями:
 - функції та структури організму;
 - активність та участь;
 - фактори довкілля;
 - особистісні фактори.

Таким чином, загальні принципи обстеження у ФРМ базуються на комплексному, системному та людиноцентричному підході, що поєднує клінічні методи з функціональними тестами, використанням МКФ і динамічним моніторингом стану пацієнта.

2. Методи клінічного обстеження

Клінічне обстеження у фізичній та реабілітаційній медицині є важливим етапом оцінки стану пацієнта. Його завдання — виявити структурні та функціональні порушення, визначити їхній вплив на рухові, сенсорні, когнітивні та психоемоційні можливості, а також окреслити вихідні дані для складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР).

Основні методи клінічного обстеження:

1. Огляд
 - Оцінюється постава, симетрія тіла, положення кінцівок, хода.
 - Виявляються деформації (сколіоз, контрактури, ампутації, набряки).
 - Аналізується стан шкіри (рубці, пролежні, наявність травм).
 - У ФРМ особливу увагу приділяють виявленню функціонально значущих відхилень (обмеження рухливості, патологічні пози).
2. Пальпація
 - Використовується для оцінки м'язового тону (гіпертонія, гіпотонія, спастичність).
 - Визначається болючість при натисканні, наявність тригерних точок.
 - Оцінюється стан суглобів (набряк, крепітація, зміни капсули та зв'язок).
 - Дозволяє виявити локальні ознаки запалення чи перевантаження.
3. Перкусія
 - Застосовується для оцінки стану грудної клітки та органів дихання.
 - Допомогає визначити зміни в легенях (ексудат, ателектаз, емфізема), що важливо для призначення дихальної гімнастики.
4. Аускультация
 - Використовується для оцінки дихальної та серцево-судинної систем.
 - Дає можливість виявити хрипи, шуми серця, порушення ритму.
 - Важлива при визначенні толерантності до фізичного навантаження.
5. Неврологічне обстеження
 - Оцінюються рефлекси, сила м'язів, чутливість, координація рухів, тонус.
 - Використовуються спеціальні шкали (наприклад, шкала Ашворта для оцінки спастичності).
 - Визначається рівень ураження нервової системи (ЦНС чи периферичної).
6. Ортопедичне обстеження
 - Перевіряється обсяг рухів у суглобах (за допомогою гоніометра).
 - Оцінюється стабільність суглобів, наявність контрактур, деформацій, больового синдрому.
 - Проводяться спеціальні ортопедичні тести (наприклад, тест Лахмана для колінного суглоба).

Таким чином, клінічне обстеження у ФРМ є комплексним, міждисциплінарним та функціонально орієнтованим процесом, який поєднує класичні методи (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) із специфічними для реабілітації підходами (неврологічні та ортопедичні тести).

3. Функціональні методи обстеження

Функціональні методи є ключовими у фізичній та реабілітаційній медицині, оскільки дозволяють оцінити не тільки наявність структурних порушень, а й рівень активності та участі пацієнта у повсякденному житті. Їхня мета — визначити ступінь втрати функцій, рівень незалежності, потребу у сторонній допомозі та ефективність реабілітаційних втручань.

3.1. Загальні принципи функціональної оцінки

- Орієнтація не лише на діагноз, а на функціонування людини.
- Використання стандартизованих шкал і тестів, що дозволяють кількісно оцінити динаміку.
- Повторюваність у різні етапи реабілітації для моніторингу результатів.
- Інтеграція оцінки у модель МКФ (функції, активність, участь).

3.2. Основні напрямки функціональних методів

1. Оцінка рухової активності та мобільності
 - 6-хвилинний тест ходьби (6MWT) – визначає витривалість і толерантність до навантаження.
 - Timed Up and Go Test (TUG) – оцінка швидкості вставання, ходьби та поворотів.
 - 10-Meter Walk Test (10MWT) – вимірює швидкість ходьби.
2. Оцінка рівноваги та постурального контролю
 - Berg Balance Scale (BBS) – комплексна шкала з 14 завдань для оцінки статичної та динамічної рівноваги.
 - Functional Reach Test (FRT) – тест досягнення, що оцінює стійкість та ризик падіння.
3. Оцінка самообслуговування та незалежності
 - Barthel Index – оцінка базових функцій самообслуговування (харчування, гігієна,

пересування).

- FIM (Functional Independence Measure) – визначає рівень незалежності у моторних і когнітивних функціях.
- Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) – оцінка повсякденних навичок.
- 4. Оцінка болю та сенсорних функцій
 - Візуально-аналогова шкала (VAS) – оцінка інтенсивності болю.
 - Numerical Rating Scale (NRS) – цифрова шкала для швидкої оцінки болю.
 - McGill Pain Questionnaire – багатовимірна оцінка болю (сенсорний, афективний, когнітивний компонент).
- 5. Оцінка когнітивних та психоемоційних функцій
 - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – оцінка тривожності та депресії.
 - MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – скринінг когнітивних функцій.
 - MMSE (Mini-Mental State Examination) – оцінка когнітивного статусу.
- 6. Оцінка якості життя
 - SF-36 (Short Form Health Survey) – оцінка фізичного, психічного та соціального благополуччя.
 - EQ-5D – визначення рівня мобільності, самообслуговування, болю та тривоги/депресії.

3.3. Значення функціональних методів у ФРМ

- Визначають базовий рівень функціонування пацієнта на початку реабілітації.
- Дозволяють планувати індивідуальну програму реабілітації.
- Є об'єктивним інструментом для оцінки ефективності втручань у динаміці.
- Сприяють стандартизації результатів та міжнародній співпраці через використання МКФ.

Функціональні методи обстеження дозволяють лікарю ФРМ і команді оцінити не лише медичні параметри, а й здатність пацієнта жити максимально незалежно та брати участь у соціальному житті.

4. Інструментальні методи

Інструментальні методи обстеження займають важливе місце у фізичній та реабілітаційній медицині, оскільки дозволяють отримати об'єктивні, кількісні дані про стан організму, функціональні можливості та динаміку відновлення. Вони доповнюють клінічні й функціональні методи та забезпечують комплексну оцінку пацієнта.

4.1. Візуалізаційні методи

- Рентгенографія – визначає наявність переломів, деформацій, дегенеративних змін у кістково-суглобовій системі.
- Комп'ютерна томографія (КТ) – оцінка складних травм, структурні зміни кісток і суглобів.
- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – детальне вивчення стану м'язових тканин, міжхребцевих дисків, нервових структур, головного та спинного мозку.
- Ультразвукова діагностика (УЗД) – безпечний метод для оцінки м'язів, сухожиль, суглобів, кровообігу.

4.2. Нейрофізіологічні методи

- Електроміографія (ЕМГ) – визначення функції м'язів і нервово-м'язової передачі, діагностика нейропатій та міопатій.
- Електронейрографія (ЕНГ) – вимірювання швидкості проведення імпульсів по периферичних нервах.
- Електроенцефалографія (ЕЕГ) – оцінка функціональної активності мозку (важливо при епілепсії, ЧМТ, постінсультних станах).

4.3. Кардіо-респіраторні методи

- Спірометрія – вимірювання життєвої ємності легень, об'єму вдиху та видиху, що важливо для програм дихальної терапії.
- Кардіопробі з навантаженням (велоергометрія, тредміл-тест) – визначення толерантності до фізичних навантажень.
- Електрокардіографія (ЕКГ) – базова оцінка функції серця.
- Ехокардіографія (ЕхоКГ) – оцінка структур та функції серця у пацієнтів із серцево-

судинними патологіями.

4.4. Біомеханічні та кінезіологічні методи

- Аналіз ходи (Gait analysis) – інструментальна оцінка параметрів ходьби за допомогою відеоаналізу та платформ тиску.
- Силові платформи – визначення центру тиску, стійкості та рівноваги.
- Ізокінетична динамометрія – вимірювання сили та витривалості м'язів у різних режимах роботи.
- Моціональні сенсори (wearables) – відстеження активності, кількості кроків, навантаження.

4.5. Лабораторні методи

- Використовуються для оцінки загального стану організму (рівень гемоглобіну, маркери запалення, електролітний баланс).
- Допомагають виявити метаболічні порушення, що впливають на перебіг реабілітації (наприклад, цукровий діабет, дефіцит вітаміну D).

Значення інструментальних методів:

- забезпечують об'єктивізацію даних (числові показники, графіки, зображення);
- дозволяють виявити приховані патології, які не завжди можна визначити клінічно;
- допомагають у моніторингу динаміки реабілітації та корекції ІПР;
- є важливими для доказової медицини, оскільки підтверджують ефективність втручань.

5. Роль МКФ у стандартизації оцінки функціонування

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) є базовим інструментом для уніфікації опису стану пацієнта в різних країнах і системах охорони здоров'я. Вона забезпечує перехід від традиційної моделі, що ґрунтується лише на діагнозі (МКХ), до функціонально-орієнтованого підходу, що враховує біопсихосоціальну модель здоров'я.

1. Уніфікація мови та термінів

- МКФ створює єдину міжнародну мову, яка дозволяє лікарям, реабілітологам, психологам, соціальним працівникам та дослідникам однаково трактувати стан пацієнта.
- Використання кодів МКФ виключає суб'єктивні формулювання на кшталт «пацієнт відновився добре», замінюючи їх на чіткі стандартизовані критерії (наприклад, *d450.2 – ходьба з помірним обмеженням*).

2. Стандартизація процесу обстеження

- МКФ дозволяє структурувати дані обстеження за категоріями: функції організму, структури організму, активність/участь, фактори довкілля.
- Це забезпечує системний підхід і знижує ризик пропустити важливі аспекти (наприклад, соціальні бар'єри).

3. Об'єктивізація результатів

- Рівні оцінки (0 – немає проблеми, 1 – легка, 2 – помірна, 3 – значна, 4 – повна) дозволяють кількісно фіксувати зміни.
- Завдяки цьому можна проводити моніторинг динаміки та порівнювати ефективність різних втручань.

4. Основа для індивідуальної програми реабілітації (ІПР)

- На основі кодів МКФ формуються конкретні цілі (SMART-цілі) у реабілітації.
- Наприклад: *d450 (ходьба): пацієнт має пройти 50 метрів з мінімальною допомогою протягом 2 тижнів*.

5. Міжнародна порівнянність та дослідження

- Використання МКФ дозволяє збирати порівняльні дані в різних країнах і проводити мультицентрові дослідження.
- Це важливо для розробки міжнародних стандартів і впровадження принципів доказової медицини у ФРМ.

6. Інтеграція з МКХ

- Якщо МКХ відповідає на запитання «Який діагноз?», то МКФ уточнює «Який рівень функціонування?».
- Разом вони забезпечують повний клінічний та функціональний портрет пацієнта.

Отже, роль МКФ у стандартизації оцінки функціонування полягає в створенні єдиної системи вимірювання та опису стану пацієнта, що робить процес реабілітації більш прозорим, керованим і результативним як для лікаря, так і для пацієнта.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Які етапи включає обстеження пацієнта у ФРМ?
2. Назвіть основні клінічні методи обстеження.
3. Які функціональні шкали застосовуються для оцінки самообслуговування?
4. У чому полягає роль інструментальних методів у реабілітації?
5. Як МКФ допомагає у стандартизації результатів обстеження?

Список джерел до теми:

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; підручник / [Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін. 27-е вид.. Мостовий Ю.М.. Центр ДЗК м.Київ 2020. 800с.
3. Gutenbrunner C., Tederko P., Grabljevec K., Nugraha B., Responding to the World Health Organization Global Disability Action Plan in Ukraine: developing a National Disability, Health and Rehabilitation Plan J Rehabil Med. – 2018 (50). – P.338–341
4. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action: Meeting report [Internet]. WHO; 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
5. WHO WHO global disability action plan 2014-2021 [Internet]. WHO. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
6. R.L. Braddom. Physical Medicine and Rehabilitation / R.L. Braddom. – England: Elsevier Science, 2011. – 1536 с.
7. WHO World Report on Disability [Internet]. WHO. [cited 2014 Nov 8]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
8. European Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Physical & Rehabilitation Medicine: A position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. / Ward A., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. // J Rehabil Med. – 2010 (42): P.417–424.
9. DeLisa's. Physical Medicine and Rehabilitation / DeLisa's. – Lippincott Williams & Wilkins; Fifth, North Am, 2010. – 2432 с.

ТЕМА 4

«Фізичні фактори у відновному лікуванні»

Актуальність теми: Фізичні фактори є невід'ємною складовою комплексної реабілітації, оскільки вони дозволяють впливати на організм немедикаментозними методами, стимулювати природні механізми відновлення, зменшувати біль і запалення, покращувати мікроциркуляцію, активізувати регенерацію тканин. В умовах зростання кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями, травмами, бойовими ураженнями, використання фізичних факторів набуває особливої актуальності як безпечний, доступний та доказовий інструмент у відновному лікуванні.

Мета: Ознайомити із видами фізичних факторів, що застосовуються у відновному лікуванні. Розкрити механізми їх дії на організм. Навчити принципам раціонального використання фізіотерапевтичних методів у клінічній практиці.

Основні поняття (перелік питань):

1. Поняття «фізичні фактори» у медицині.
2. Класифікація фізичних факторів.
3. Механізми дії фізичних факторів.
4. Основні методи фізіотерапії у відновному лікуванні.
5. Показання та протипоказання до застосування.
6. Принципи раціонального використання фізіотерапії.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Поняття «фізичні фактори» у медицині

Фізичні фактори — це природні або штучно створені форми енергії та середовища, які застосовуються з лікувальною, профілактичною та реабілітаційною метою для впливу на організм людини. Вони активують власні регуляторні механізми організму та сприяють відновленню порушених функцій без або з мінімальним використанням медикаментів.

Основні характеристики фізичних факторів:

- Природність або штучність походження: до фізичних факторів належать як елементи довкілля (сонячне випромінювання, мінеральні води, клімат), так і створені сучасними технологіями (електричні струми, лазер, ультразвук).
- Поліфакторність дії: одночасний вплив на нервову, ендокринну, імунну та судинну системи.
- Фізіологічність: діють у напрямку стимуляції або нормалізації природних процесів регуляції.
- Можливість дозування: інтенсивність, тривалість і частота застосування чітко контролюються.

Значення фізичних факторів у медицині:

- Терапевтичне — знеболювальна, протизапальна, трофостимулююча дія.
- Профілактичне — зміцнення імунітету, підвищення адаптаційних можливостей.
- Реабілітаційне — прискорення відновлення після травм, операцій, хронічних захворювань.
- Психоемоційне — сприяють релаксації, зниженню рівня стресу й тривожності.

Отже, фізичні фактори — це універсальний інструмент медицини та реабілітації, що базується на використанні природних і техногенних ресурсів для досягнення лікувального та відновного ефекту.

2. Класифікація фізичних факторів

Фізичні фактори у медицині та реабілітації класифікуються за походженням, фізичною природою та механізмом впливу. Така класифікація допомагає впорядкувати їхнє застосування та вибрати оптимальні методи для конкретного пацієнта.

2.1. За походженням

1. Природні фізичні фактори
 - кліматотерапія (повітря, сонце, гірський і морський клімат);
 - бальнеотерапія (мінеральні води, грязелікування);
 - природні температурні фактори (холод, тепло);
 - лікувальна фізична культура (рух як природний фактор).
2. Штучно створені фізичні фактори
 - електротерапія (гальванізація, електрофорез, діадинамотерапія, ТЕНС);
 - магнітотерапія (постійні та змінні магнітні поля);
 - ультразвукова терапія;
 - лазеротерапія та інші види світлотерапії;
 - механотерапія та вібраційні методи;
 - гідротерапія (штучні ванни, душі, підводний масаж).

2.2. За фізичною природою

- Механічні фактори – масаж, мануальні техніки, вібрація, ультразвук.
- Теплові фактори – парафін, озокерит, сауна, локальна гіпертермія.
- Холодові фактори – локальна чи загальна кріотерапія.

- Світлові фактори – інфрачервоне, ультрафіолетове, лазерне випромінювання.
- Електричні та магнітні фактори – електростимуляція, магнітотерапія.
- Водні фактори – гідромасаж, душ Шарко, контрастні ванни.

2.3. За характером впливу на організм

- Стимулюючі (електростимуляція, кріотерапія, ЛФК).
- Знеболювальні (ТЕНС, лазер, тепло, ультразвук).
- Протизапальні (ультразвук, магнітотерапія, грязелікування).
- Регенеративні (лазеротерапія, УФО, теплові процедури).
- Релаксуючі (гідротерапія, теплотерапія, масаж).

Отже, фізичні фактори поділяються на природні та штучно створені, а також за фізичною природою та характером впливу на організм. Такий підхід дозволяє системно застосовувати їх у комплексі відновного лікування та реабілітації.

3. Механізми дії фізичних факторів

Фізичні фактори впливають на організм людини через складні нейрогуморальні та клітинні механізми, які забезпечують терапевтичний і відновний ефект. Вони не замінюють природні фізіологічні процеси, а стимулюють та регулюють їх, сприяючи активації власних ресурсів організму.

Основні механізми дії:

1. **Нейрорефлекторний механізм**
 - Подразнення рецепторів шкіри, м'язів, судин → активація нервових шляхів → формування відповідної реакції центральної нервової системи.
 - Приклад: електростимуляція, масаж, кріотерапія.
 - Ефекти: знеболення, нормалізація м'язового тону, покращення мікроциркуляції.
2. **Гуморальний механізм**
 - Під дією фізичних факторів змінюється секреція гормонів, медіаторів, імунних факторів.
 - Приклад: УФ-випромінювання стимулює синтез вітаміну D; лазеротерапія активує обмінні процеси.
 - Ефекти: протизапальний, імуномодулюючий, регенеративний.
3. **Прямий клітинний (біофізичний) механізм**
 - Фізичний фактор діє безпосередньо на клітини й тканини.
 - Приклад: ультразвук спричиняє мікромасаж тканин; лазер стимулює мітохондріальні процеси; тепло посилює метаболізм.
 - Ефекти: активація регенерації, зменшення набряку, прискорення загоєння.
4. **Судинний механізм**
 - Розширення або звуження судин залежно від застосованого фактору (тепло → вазодилатація, холод → вазоконстрикція).
 - Ефекти: покращення мікроциркуляції, зниження набряку, оптимізація постачання кисню та поживних речовин.
5. **Психоемоційний механізм**
 - Фізичні процедури знижують рівень стресу, нормалізують сон, сприяють релаксації.
 - Приклад: гідротерапія, теплові процедури, світлолікування.
 - Ефекти: зменшення тривожності, підвищення адаптаційних можливостей.

Комплексність впливу

У більшості випадків фізичні фактори діють одночасно через кілька механізмів. Наприклад, кріотерапія зменшує біль (нейрорефлекторно), знижує запалення (гуморально) та зменшує набряк (судинно).

Отже, механізми дії фізичних факторів базуються на поєднанні нейрорефлекторного, гуморального, клітинного, судинного та психоемоційного впливів, що робить їх універсальним інструментом у відновному лікуванні та реабілітації.

4. Основні методи фізіотерапії у відновному лікуванні

Фізіотерапія охоплює широкий спектр методів, що використовують природні або штучно створені фізичні фактори для лікування, профілактики та реабілітації пацієнтів. Вибір методу залежить від діагнозу, функціонального стану, супутніх патологій і реабілітаційних цілей.

4.1. Електротерапія

- Гальванізація – застосування постійного струму низької напруги.
- Ефекти: знеболювальний, протизапальний, поліпшення мікроциркуляції.
- Електрофорез – введення лікарських речовин через шкіру за допомогою струму.
- Ефекти: локальна протизапальна та анальгезуюча дія.
- Діадинамотерапія, інтерференцтерапія – імпульсні струми різної частоти.
- Ефекти: знеболення, зниження спазму, стимуляція м'язів.
- ТЕНС (транскутанна електронейростимуляція).
- Ефекти: контроль болю за принципом «gate control».

4.2. Магнітотерапія

- Використання постійного або змінного магнітного поля.
- Ефекти: протизапальний, трофостимулюючий, анальгезуючий, седативний.
- Застосовується при артритах, остеохондрозі, полінейропатіях, травмах.

4.3. Лазеротерапія та світлолікування

- Лазеротерапія низької інтенсивності – стимуляція регенерації, знеболення.
- Ультрафіолетове випромінювання (УФО) – протизапальний, бактерицидний ефект, стимуляція синтезу вітаміну D.
- Інфрачервоне випромінювання – локальний тепловий вплив, покращення кровообігу.

4.4. Ультразвукова терапія

- Використання механічних коливань високої частоти.
- Ефекти: мікомасаж тканин, стимуляція крово- та лімфообігу, протизапальна дія.
- Використовується при артрозах, міофасціальних больових синдромах, контрактурах.

4.5. Теплотерапія

- Парафінотерапія, озокеритотерапія – застосування тепла для глибокого прогрівання тканин.
- Ефекти: зниження болю, спазму, покращення кровопостачання.
- Показання: хронічні артрити, остеоартроз, посттравматичні стани.

4.6. Кріотерапія

- Використання холоду (локального чи загального).
- Ефекти: протизапальний, анальгезуючий, протинабряковий.
- Показання: гострі травми, набрякові синдроми, спастичність.

4.7. Гідротерапія

- Мінеральні та контрастні ванни, душі (душ Шарко), підводний масаж.
- Ефекти: стимуляція кровообігу, нормалізація тонусу нервової системи, релаксація.
- Використовується у відновленні після травм, у кардіологічних і неврологічних пацієнтів.

4.8. Механотерапія та вібраційні методи

- Вправи на спеціальних апаратах, вібраційний масаж, апаратна механостимуляція.
- Ефекти: підвищення сили м'язів, стимуляція кровообігу, профілактика контрактур.

Основні методи фізіотерапії у відновному лікуванні забезпечують багатокomпонентний вплив: знеболювальний, протизапальний, регенеративний, трофостимулюючий та психоемоційний. Їхнє правильне комбінування підвищує ефективність комплексної реабілітації.

5. Показання та протипоказання до застосування фізичних факторів

Фізичні фактори застосовуються у відновному лікуванні з метою зменшення симптомів, стимуляції відновних процесів та покращення функціонального стану пацієнта. Вибір методу залежить від нозології, етапу хвороби, супутньої патології та індивідуальних особливостей пацієнта.

5.1. Показання до застосування

1. Захворювання та травми опорно-рухового апарату

- остеохондроз, спондиліоз;
 - артрити та артрози;
 - наслідки переломів, вивихів, розтягнень;
 - міофасціальні больові синдроми;
 - контрактури, рубці.
2. Неврологічні стани
 - наслідки інсульту;
 - периферичні нейропатії (радикулопатії, полінейропатії);
 - розсіяний склероз;
 - ДЦП;
 - синдроми спастичності.
 3. Серцево-судинні захворювання (у фазі стабілізації)
 - гіпертонічна хвороба I–II стадії;
 - ІХС без загострень;
 - відновлення після інфаркту міокарда (під контролем лікаря).
 4. Респіраторні хвороби (у періоді ремісії)
 - бронхіальна астма;
 - хронічний бронхіт;
 - стан після пневмонії.
 5. Хронічний больовий синдром
 - невралгії, радикуліти;
 - головний біль напруження;
 - фіброміалгія.
 6. Психоемоційні розлади та астенічні стани
 - хронічна втома;
 - стресові та тривожні розлади;
 - безсоння.

5.2. Протипоказання до застосування

Абсолютні протипоказання:

- гострі інфекційні та гарячкові стани;
 - злоякісні новоутворення (за винятком паліативної терапії під контролем спеціаліста);
 - активний туберкульоз;
 - тяжка серцево-судинна недостатність (III стадія, декомпенсація);
 - декомпенсована дихальна недостатність;
 - схильність до кровотеч і виражені порушення згортання крові;
 - гострі психічні розлади.
- Відносні протипоказання:
- вагітність (залежно від методу та терміну);
 - епілепсія (для методів, що стимулюють ЦНС);
 - індивідуальна непереносимість певних процедур (алергія на лікарські речовини при електрофорезі, фоточутливість тощо);
 - імплантовані кардіостимулятори та металеві конструкції (для електро- та магнітотерапії).

Фізичні фактори є потужним і ефективним інструментом реабілітації, проте вони потребують ретельного відбору пацієнтів. Лікар ФРМ повинен зважати на показання, протипоказання та індивідуальну чутливість, щоб забезпечити максимальний ефект і безпеку лікування.

6. Принципи раціонального використання фізіотерапії

Фізіотерапевтичні методи у відновному лікуванні повинні застосовуватися науково обґрунтовано, з урахуванням показань, протипоказань, вікових та індивідуальних особливостей пацієнта. Правильне використання фізичних факторів забезпечує максимальну ефективність та безпеку у реабілітації.

Основні принципи:

1. Індивідуальний підхід
 - Кожен пацієнт має власний клінічний стан, рівень функціонування та чутливість до процедур.
 - Дозування, інтенсивність і тривалість фізіотерапевтичних процедур визначаються лікарем з урахуванням діагнозу, супутніх хвороб і реакції на лікування.
2. Комплексність
 - Фізіотерапія є частиною комплексної програми реабілітації, яка включає медикаментозне лікування, фізичну терапію, ерготерапію, психологічну та соціальну підтримку.
 - Поєднання кількох фізичних факторів (наприклад, теплотерапія + електростимуляція) може підсилювати ефект.
3. Поетапність і поступовість
 - Початок із щадних методів → поступове збільшення інтенсивності.
 - Перехід від локальних впливів (наприклад, на окремий суглоб) до більш загальних процедур.
4. Безперервність і наступність

- Фізіотерапія має проводитися регулярно та з урахуванням етапу реабілітації (гострий, підгострий, довготривалий).
- Переривання курсу знижує ефективність.
- 5. Адекватність дозування
 - Надмірне застосування може призвести до побічних ефектів (опіки, погіршення стану, посилення болю).
 - Недостатнє дозування не дає терапевтичного ефекту.
- 6. Доказовість методів
 - Використовуються методики, ефективність яких підтверджена клінічними дослідженнями (evidence-based medicine).
 - Пріоритет мають сучасні технології, інтегровані у міжнародні гайдлайни (NICE, AAPMR, WHO).
- 7. Безпека і контроль
 - Постійний моніторинг стану пацієнта під час і після процедур.
 - Оцінка переносимості, своєчасна корекція режиму лікування.
- 8. Пацієнт-орієнтованість
 - Врахування мотивації, очікувань та суб'єктивних відчуттів пацієнта.
 - Активне залучення пацієнта у процес прийняття рішень.

Раціональне використання фізіотерапії полягає у поєднанні індивідуального підходу, комплексності, доказовості та безпеки. Це дозволяє досягти стійкого реабілітаційного ефекту та підвищити якість життя пацієнтів.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Дайте визначення фізичних факторів у відновному лікуванні.
2. Наведіть класифікацію фізичних факторів.
3. Які механізми дії фізичних факторів на організм?
4. Які основні показання та протипоказання до їх застосування?
5. Назвіть принципи раціонального використання фізіотерапії.

Список джерел до теми:

1. Наказ МОЗ України № 1104 від 03.12.2020 – «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги».
2. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 №1053-IX.
3. Бобрик, І. І., Гур'єв, С. О. *Фізіотерапія та курортологія: підручник*. – Київ: Медицина, 2019.
4. Міхеєва, О. В., та ін. *Фізичні методи лікування в медицині: навчальний посібник*. – Київ: ВСВ «Медицина», 2020.
5. Фізична та реабілітаційна медицина: національний підручник / За ред. В. М. Вороненка, І. І. Бобрика. – Київ: Медицина, 2021.
6. ВООЗ (WHO Rehabilitation 2030): <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030>
7. Національний інститут охорони здоров'я і вдосконалення клінічної практики (NICE, Великобританія): клінічні рекомендації з фізіотерапії та реабілітації <https://www.nice.org.uk>
8. AAPMR (США): <https://www.aapmr.org>

ТЕМА 5

«Фізична терапія та ерготерапія»

Актуальність теми: Фізична терапія та ерготерапія є ключовими складовими сучасної системи фізичної та реабілітаційної медицини. Вони базуються на принципах

біопсихосоціальної моделі та орієнтовані на відновлення функціональних можливостей пацієнтів, підвищення рівня їхньої незалежності та якості життя. В умовах воєнних дій, зростання кількості травм та хронічних захворювань, роль цих спеціальностей набуває особливої актуальності в Україні та світі.

Мета: Ознайомити із сутністю, завданнями та методами фізичної терапії та ерготерапії. Показати відмінності та взаємодоповнюваність цих спеціальностей у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Сформулювати розуміння практичного застосування методів для відновлення функціонування пацієнтів.

Основні поняття (перелік питань):

1. Визначення та завдання фізичної терапії.
2. Визначення та завдання ерготерапії.
3. Методи фізичної терапії.
4. Методи ерготерапії.
5. Роль фізичного терапевта й ерготерапевта у мультидисциплінарній команді.
6. Приклади застосування в різних нозологіях.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Визначення та завдання фізичної терапії

Фізична терапія (ФТ, англ. Physical Therapy / Physiotherapy) – це медична спеціальність у сфері фізичної та реабілітаційної медицини, що спрямована на відновлення, підтримку та розвиток рухових і функціональних можливостей людини шляхом використання фізичних вправ, спеціальних методик і технологій.

Фізична терапія базується на біопсихосоціальній моделі здоров'я та орієнтована на підвищення функціональної незалежності пацієнта, покращення якості життя та соціальної інтеграції.

Завдання фізичної терапії

1. Відновлення та оптимізація рухової функції
 - відновлення амплітуди рухів у суглобах, м'язової сили та витривалості;
 - розвиток координації, рівноваги, моторного контролю;
 - покращення функцій ходи, бігу, пересування по сходах.
2. Зменшення больового синдрому та дискомфорту
 - використання методів кінезіотерапії, постізометричної релаксації, мануальних технік;
 - поєднання з фізичними агентами (тепло, холод, електростимуляція).
3. Реабілітація після травм та операцій
 - прискорення загоєння після ортопедичних, нейрохірургічних, кардіохірургічних втручань;
 - навчання безпечним рухам у післяопераційний період;
 - профілактика тромбоемболічних та гіпостатичних ускладнень.
4. Реабілітація при хронічних захворюваннях
 - підтримка функціональної активності у пацієнтів із серцево-судинними, легеневиими, неврологічними хворобами;
 - розробка програм довготривалої фізичної активності.
5. Профілактика ускладнень і вторинних порушень
 - запобігання розвитку м'язової атрофії, остеопорозу, пролежнів;
 - профілактика контрактур та деформацій;
 - зниження ризику падінь у літніх пацієнтів.
6. Адаптація та компенсація функцій
 - навчання користуванню технічними засобами реабілітації (тростини, ходунки, ортези, протези);
 - формування компенсаторних рухових стратегій;
 - допомога в адаптації до нового рівня функціонування.
7. Розвиток здорового способу життя та активного старіння

- залучення пацієнтів до регулярної фізичної активності;
- освітня робота щодо ергономіки, профілактики травм, збереження опорно-рухового апарату;
- підтримка активності у людей похилого віку.

Приклади застосування фізичної терапії

- Після інсульту – відновлення ходи, тренування рівноваги, робота над тонусом м'язів.
- При остеоартрозі – вправи для зниження болю, підвищення м'язової сили й витривалості.
- Після ендопротезування суглобів – рання мобілізація, навчання пересуванню з допоміжними засобами.
- У пацієнтів із хронічною обструктивною хворобою легень (ХОЗЛ) – дихальна гімнастика, тренування толерантності до навантажень.
- У педіатрії – раннє втручання при ДЦП, розвиток моторики, профілактика контрактур.

Отже, фізична терапія — це не лише вправи чи рухи, а комплексна система відновлення, яка допомагає пацієнтові максимально реалізувати свій функціональний потенціал, незважаючи на наявні обмеження.

2. Визначення та завдання ерготерапії

Ерготерапія (Occupational Therapy) – це медична та реабілітаційна спеціальність, що спрямована на відновлення, підтримку та розвиток здатності людини виконувати повсякденні види діяльності (ADL – activities of daily living), необхідні для самостійного життя, роботи, навчання та соціальної інтеграції.

Ерготерапія базується на принципі, що заняття та діяльність (occupation) є ключовими для здоров'я людини, а участь у них формує якість життя.

Основні завдання ерготерапії

1. Відновлення навичок самообслуговування (ADL – базові щоденні функції)
 - годування, одягання, гігієна, пересування;
 - навчання альтернативним способам виконання дій при обмежених функціях.
2. Розвиток та тренування інструментальних навичок (IADL – instrumental ADL)
 - приготування їжі, користування транспортом, ведення домашнього господарства, управління фінансами.
3. Адаптація середовища
 - модифікація житлового простору для безпеки та зручності;
 - створення ергономічного робочого місця;
 - використання технологій «universal design».
4. Використання асистивних технологій та технічних засобів
 - підбір і навчання користуванню ортезами, протезами, допоміжними засобами для пересування;
 - застосування пристроїв для комунікації, сенсорних і когнітивних тренажерів.
5. Розвиток сенсомоторних і когнітивних функцій
 - вправи для розвитку дрібної моторики, зорово-моторної координації;
 - тренування уваги, пам'яті, виконавчих функцій;
 - сенсорна інтеграція у дітей.
6. Соціальна та професійна реінтеграція
 - підготовка до повернення на роботу чи навчання;
 - відновлення соціальних ролей (батька, матері, працівника, студента);
 - сприяння активному включенню у громаду.

Приклади застосування ерготерапії

- Після інсульту – навчання користуванню адаптованим посудом для самостійного харчування.
- При ДЦП у дітей – розвиток дрібної моторики, тренування ігрової та навчальної діяльності.
- Після ампутації кінцівки – підбір протеза, навчання його використанню у побуті.
- При деменції – створення безпечного середовища, когнітивні тренінги.

- У ветеранів з пораненнями – реінтеграція в робоче середовище, навчання новим професіям.

Таким чином, ерготерапія зосереджена на практичному застосуванні відновлених функцій у повсякденному житті. Якщо фізична терапія допомагає «рухатися», то ерготерапія допомагає «жити і діяти» максимально незалежно.

3. Методи фізичної терапії

Методи фізичної терапії спрямовані на відновлення, підтримку та розвиток рухових функцій, профілактику ускладнень і формування компенсаторних можливостей організму. Вони застосовуються з урахуванням діагнозу, функціонального стану пацієнта, етапу реабілітації та цілей, визначених в індивідуальній програмі реабілітації (ІПР).

3.1. Лікувальна фізична культура (ЛФК)

- Рухові вправи для розвитку сили, витривалості, координації та амплітуди рухів.
- Розтягування та гнучкість – профілактика контрактур і збереження еластичності тканин.
- Дихальна гімнастика – покращення функцій дихальної системи, профілактика гіпостатичних ускладнень.
- Функціональні вправи – тренування ходи, вставання, пересування, побутових рухів.

3.2. Мануальні методи

- Мобілізація суглобів – покращення рухливості, зниження скованості.
- М'якотканинні техніки – масаж, міофасціальний реліз, тригерна терапія.
- Постізометрична релаксація – зниження м'язового спазму.

3.3. Тренування рівноваги та координації

- вправи на стабільність та контроль рухів;
- використання баланс-платформ, нестабільних поверхонь;
- тренування ходи з опорними засобами та без них.

3.4. Функціональне тренування

- вправи, що імітують або відновлюють повсякденні дії (піднімання предметів, пересування по сходах, перенесення вантажів);
- відновлення професійних або спортивних навичок.

3.5. Використання технічних засобів та технологій

- Тренажери та біомеханічні системи для ізолизованого тренування;
- роботизовані системи для відновлення ходи та рухів верхніх кінцівок;
- віртуальна реальність та ігрові технології для мотивації та тренування когнітивно-рухових функцій.

3.6. Тейпування та ортезування

- Кінезіотейпування – підтримка м'язів і суглобів, зниження болю.
- Ортези – стабілізація суглобів, профілактика деформацій, допомога у функціональних рухах.

3.7. Пацієнт-орієнтоване навчання

- навчання пацієнта правильним рухам і ергономічним навичкам;
- формування культури самостійних занять;
- залучення родини для підтримки реабілітаційного процесу.

Отже, методи фізичної терапії охоплюють як традиційні вправи та мануальні техніки, так і сучасні високотехнологічні рішення (роботизовані системи, VR, асистивні технології). Їхнє поєднання дозволяє створювати персоналізовані програми реабілітації, орієнтовані на максимально можливу функціональну незалежність пацієнта.

4. Методи ерготерапії

Методи ерготерапії спрямовані на відновлення та компенсацію втрачених функцій через включення пацієнта у повсякденну діяльність (occupations). Вони враховують індивідуальні потреби, соціальний контекст та життєві цілі пацієнта, орієнтуючись на практичне застосування функціональних можливостей у реальному житті.

4.1. Тренування навичок самообслуговування (ADL – Activities of Daily Living)

- навчання годуванню, одяганню, гігієнічним процедурам;
- відпрацювання безпечних переміщень у побуті (ліжко, стілець, туалет, ванна);
- використання допоміжних пристроїв для підвищення незалежності.

4.2. Тренування інструментальних навичок (IADL – Instrumental Activities of Daily Living)

- приготування їжі, ведення домашнього господарства;
- користування телефоном, комп'ютером, транспортом;
- управління фінансами та організація повсякденного життя.

4.3. Адаптація середовища та ергономіка

- модифікація житлового простору (поручні, пандуси, безпечна ванна кімната);
- створення ергономічних умов праці;
- впровадження принципів «universal design» для безбар'єрного середовища.

4.4. Використання асистивних технологій

- підбір та навчання користуванню протезами, ортезами, допоміжними засобами;
- використання пристроїв для дрібної моторики та когнітивних тренажерів;
- електронні асистивні технології (комунікатори, адаптовані гаджети).

4.5. Відновлення дрібної моторики та сенсомоторних функцій

- вправи для кисті та пальців;
- робота з дрібними предметами, конструкторами, інструментами;
- розвиток зорово-моторної координації та сенсорної інтеграції.

4.6. Когнітивно-орієнтовані методики

- тренування пам'яті, уваги, виконавчих функцій;
- когнітивно-поведінкові завдання, що поєднують мислення та дію;
- ігрові та віртуальні методики для стимуляції когнітивної активності.

4.7. Соціальна та професійна реінтеграція

- відновлення соціальних ролей (батька/матері, студента, працівника);
- професійна орієнтація та навчання новим навичкам;
- підготовка до повернення на роботу чи навчання.

Методи ерготерапії спрямовані не лише на відновлення фізичних функцій, а й на інтеграцію пацієнта у життя суспільства, підвищення його незалежності та здатності брати участь у значущій діяльності.

5. Роль фізичного терапевта й ерготерапевта у мультидисциплінарній команді

Мультидисциплінарна команда є ключовою структурою сучасної системи реабілітації. У її складі працюють лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог, логопед, медична сестра, соціальний працівник та інші спеціалісти. Фізичний терапевт і ерготерапевт займають центральне місце у відновленні функціонування пацієнта, адже їхня робота спрямована на рухову активність і повсякденну діяльність.

5.1. Роль фізичного терапевта

- Оцінка фізичного стану: сила м'язів, обсяг рухів, рівновага, координація, функції ходи.
- Відновлення рухової активності: застосування вправ, мануальних технік, тренажерів,

роботизованих систем.

- Знеболення та профілактика ускладнень: зниження болю, запобігання контрактурам, пролежням, атрофії м'язів.
- Формування рухових стратегій: навчання пацієнта новим або компенсаторним рухам.
- Навчання пацієнта та родини: безпечним рухам, техніці пересування, профілактиці падінь.

5.2. Роль ерготерапевта

- Оцінка здатності до самообслуговування та участі у повсякденному житті.
- Відновлення навичок ADL та IADL: одягання, харчування, гігієна, приготування їжі, користування транспортом.
- Адаптація середовища: облаштування житла, робочого місця, використання принципів universal design.
- Підбір асистивних технологій: протези, ортези, допоміжні пристрої, комунікаційні технології.
- Соціальна та професійна реінтеграція: підготовка до повернення на роботу чи навчання.

5.3. Взаємодоповнюваність ролей

- Фізичний терапевт допомагає пацієнту відновити рухову активність і фізичні можливості.
- Ерготерапевт інтегрує ці можливості у повсякденне життя та соціальну діяльність.
- Разом вони забезпечують перехід від «*можу рухатися*» → до «*можу жити самостійно*».

5.4. Приклад з практики

Пацієнт після інсульту:

- фізичний терапевт працює над відновленням сили м'язів, рівноваги та ходи;
- ерготерапевт навчає пацієнта користуватись адаптованими столовими приборами, самостійно вдягатися, адаптує ванну кімнату;
- у результаті пацієнт не тільки відновлює рухи, а й повертає незалежність у житті.

Таким чином, фізичний терапевт і ерготерапевт є взаємодоповнюючими фахівцями мультидисциплінарної команди, які разом забезпечують повний цикл реабілітації — від рухової активності до відновлення повноцінної участі у житті суспільства.

6. Приклади застосування в різних нозологіях

Фізична терапія (ФТ) та ерготерапія (ЕТ) застосовуються у пацієнтів із різними захворюваннями й травмами. Їхня роль полягає не лише у відновленні втрачених функцій, а й у формуванні компенсаторних механізмів, адаптації середовища та забезпеченні максимально можливої незалежності пацієнта.

6.1. Неврологічні захворювання

Інсульт

- ФТ: відновлення ходи, тренування рівноваги, зменшення спастичності, робота над моторикою кінцівок.
- ЕТ: навчання самообслуговуванню (харчування, одягання), адаптація кухні та ванної, використання асистивних пристроїв.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ)

- ФТ: вправи на відновлення рухів, тренування координації, профілактика контрактур.
- ЕТ: когнітивні тренінги, соціальна реінтеграція, навчання новим стратегіям самообслуговування.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП)

- ФТ: розвиток рухових функцій, профілактика контрактур, кінезіотейпування.
- ЕТ: розвиток дрібної моторики, сенсорна інтеграція, навчання використанню адаптованих предметів у школі.

6.2. Ортопедичні та травматологічні стани

Переломи, ендопротезування суглобів

- ФТ: рання мобілізація, відновлення ходи, вправи для відновлення сили та амплітуди рухів.
- ЕТ: навчання користуванню допоміжними засобами (тростини, ходунки), адаптація побутових умов для безпечного пересування.

Артроз та артрити

- ФТ: вправи для зменшення болю та зміцнення м'язів навколо суглоба.
- ЕТ: навчання енергозбереженню, використання ортезів та спеціальних пристроїв для побуту.

6.3. Кардіо-респіраторні захворювання

Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ)

- ФТ: дихальна гімнастика, тренування толерантності до фізичного навантаження.
 - ЕТ: навчання організації побуту з урахуванням обмежень, енергозберігаючі техніки.
- Після інфаркту міокарда
- ФТ: поступове збільшення фізичної активності, вправи для підвищення витривалості.
 - ЕТ: повернення до роботи, адаптація робочого місця, навчання пацієнта розподілу фізичного навантаження.

6.4. Геріатричні пацієнти

- ФТ: профілактика падінь, вправи для рівноваги, тренування сили й витривалості.
- ЕТ: адаптація житла для безпеки, навчання користуванню допоміжними пристроями, підтримка соціальної активності.

ФТ і ЕТ мають різні акценти, але разом забезпечують цілісний підхід:

- фізична терапія відновлює рухові та фізіологічні функції,
- ерготерапія інтегрує ці можливості у повсякденну діяльність і суспільне життя.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Дайте визначення фізичної терапії та її основних завдань.
2. Дайте визначення ерготерапії та її основних завдань.
3. Назвіть методи фізичної терапії та поясніть їх значення.
4. Назвіть методи ерготерапії та їх приклади.
5. Поясніть роль фізичного терапевта та ерготерапевта в мультидисциплінарній команді.

Список джерел до теми:

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; підручник / [Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін. 27-е вид.. Мостовий Ю.М.. Центр ДЗК м.Київ 2020. 800с.
3. Мостовий Ю.М. Сучасні класифікації і стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. Вінниця, 2019. – С. 11 – 62.
4. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Eur J Phys Rehabil Med 2018. - Vol.54(2). – P.125-321.
5. Михалюк Є.Л., Резніченко Ю. Г. Особливості фізичної реабілітації в педіатрії: Підручник – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 164 с.

ТЕМА 6

«Логопедична терапія та психологічна підтримка у структурі фізичної реабілітації»

Актуальність теми: Мова та психоемоційний стан є ключовими компонентами функціонування людини. Порушення мовлення, когнітивних процесів і психіки суттєво обмежують здатність пацієнта до самообслуговування, соціальної інтеграції та відновлення якості життя. У структурі сучасної фізичної та реабілітаційної медицини логопедична терапія й психологічна підтримка посідають важливе місце, оскільки вони дозволяють відновити комунікативні функції, знизити рівень тривожності та депресії, підвищити мотивацію до відновлення.

Мета: Ознайомити із роллю логопедичної терапії у комплексній реабілітації. Розкрити значення психологічної підтримки у процесі відновного лікування. Показати інтеграцію логопеда та психолога у мультидисциплінарну реабілітаційну команду.

Основні поняття (перелік питань):

1. Логопедична терапія: визначення, завдання, методи.
2. Психологічна підтримка: визначення, завдання, методи.
3. Порушення мовлення та когнітивних функцій при різних нозологіях.
4. Методи логопедичної терапії у фізичній реабілітації.
5. Методи психологічної підтримки.
6. Взаємодія логопеда, психолога та інших членів мультидисциплінарної команди.
7. Приклади клінічних ситуацій.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Логопедична терапія: визначення, завдання, методи

Логопедична терапія – це спеціалізований напрям реабілітації, спрямований на діагностику, корекцію та відновлення порушень мовлення, голосу, ковтання та комунікації у пацієнтів різного віку. Вона є невід’ємною складовою фізичної та реабілітаційної медицини, оскільки мовлення та комунікація забезпечують участь у повсякденному житті, соціальну інтеграцію та якість життя.

Завдання логопедичної терапії

1. Діагностика порушень мовлення і ковтання (афазія, дизартрія, апраксія, дисфагія).
2. Відновлення або розвиток комунікативних навичок – вербальних і невербальних.
3. Корекція фонетико-фонематичної сторони мовлення – вимова, артикуляція, інтонація.
4. Розвиток лексико-граматичної сторони мовлення – словниковий запас, граматики, побудова фраз.
5. Робота з мовленнєвим диханням і голосом – відновлення сили, тембру, плавності мовлення.
6. Відновлення навичок ковтання у пацієнтів із дисфагією.
7. Формування альтернативної та додаткової комунікації (ААС) у випадках стійких або тяжких порушень мовлення.
8. Психоемоційна підтримка – зменшення тривожності, пов’язаної з порушенням мовлення, мотивація до занять.

Методи логопедичної терапії

1. Мовленнєві вправи
 - артикуляційна гімнастика (робота з губами, язиком, щелепою);
 - вправи для розвитку дикції та плавності мовлення;
 - тренування інтонаційної виразності.
2. Дихальні та фонопедичні вправи
 - розвиток мовленнєвого дихання;
 - тренування голосоутворення, тембру та гучності голосу.

3. Сенсомоторні методики
 - логопедичний масаж;
 - стимуляція оральної моторики;
 - вправи для ковтання при дисфагії.
4. Когнітивно-мовленнєва терапія
 - вправи для розвитку пам'яті, уваги, мислення, пов'язаних із мовленням;
 - робота з текстами, перекази, діалоги.
5. Альтернативна та додаткова комунікація (ААС)
 - використання карток, жестів, піктограм;
 - електронні комунікатори, спеціальні додатки.
6. Інноваційні технології
 - комп'ютерні логопедичні програми;
 - віртуальна та доповнена реальність для мовленнєвої практики;
 - телереабілітація для дистанційної роботи з пацієнтами.

Отже, логопедична терапія забезпечує відновлення мовленнєвих і комунікативних функцій, що є критично важливим для соціальної інтеграції, психологічного благополуччя та підвищення якості життя пацієнта.

2. Психологічна підтримка: визначення, завдання, методи

Психологічна підтримка у фізичній та реабілітаційній медицині – це комплекс заходів, спрямованих на збереження та відновлення психічного здоров'я, зниження рівня стресу й тривожності, формування мотивації до реабілітації та адаптацію пацієнта до нових умов життя. Вона є ключовим компонентом біопсихосоціальної моделі, оскільки без відновлення психологічного стану неможливо досягти повної функціональної реабілітації.

Завдання психологічної підтримки

1. Діагностика психоемоційного стану
 - виявлення тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
 - оцінка когнітивних функцій і мотивації.
2. Зниження рівня стресу і тривожності
 - створення безпечної атмосфери;
 - розвиток навичок релаксації.
3. Мотивація до реабілітації
 - допомога пацієнтові у постановці реалістичних цілей;
 - формування активної позиції у відновному процесі.
4. Психосвіта пацієнта та його сім'ї
 - інформування про особливості хвороби, відновлення та можливості реабілітації;
 - підтримка родини у подоланні психологічних труднощів.
5. Формування копінг-стратегій
 - розвиток навичок подолання хвороби, травми або втрати функцій;
 - стимулювання позитивного мислення та самоконтролю.
6. Соціальна інтеграція
 - допомога у відновленні соціальних ролей;
 - підготовка до повернення до роботи, навчання чи активної участі у житті громади.

Методи психологічної підтримки

1. Психотерапевтичні методи
 - когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – корекція деструктивних думок і поведінки;
 - арт-терапія – вираження емоцій через творчість;
 - тілесно-орієнтована терапія – зниження напруження через роботу з тілом.
2. Групові методи
 - групова терапія для пацієнтів із подібними проблемами;
 - тренінги взаємопідтримки.
3. Релаксаційні та медитативні техніки

- дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація;
 - майндфулнес, візуалізація, медитація.
4. Психосвіта та консультування
- індивідуальні консультації з психологом;
 - освітні заняття для пацієнтів і родини.
5. Мотиваційні інтерв'ю
- техніка, спрямована на підвищення залученості пацієнта до реабілітації;
 - допомога у формуванні позитивного бачення майбутнього.
6. Інноваційні технології
- використання мобільних додатків для контролю настрою та тривожності;
 - телепсихологія для дистанційної підтримки;
 - VR-терапія для лікування ПТСР та тривожних розладів.

Психологічна підтримка є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу, яка забезпечує емоційний баланс, мотивацію та активну участь пацієнта у відновленні, підвищуючи ефективність усіх інших втручань.

3. порушення мовлення та когнітивних функцій при різних нозологіях

Порушення мовлення й когнітивних функцій є частими наслідками неврологічних, нейродегенеративних, травматичних і дитячих патологій. Вони значно впливають на якість життя, соціальну інтеграцію, можливість навчання та працевлаштування пацієнта. У структурі фізичної та реабілітаційної медицини їхня діагностика та корекція мають надзвичайне значення.

3.1. Інсульт

- Мовленнєві порушення: афазія (моторна, сенсорна, тотальна), дизартрія, апраксія мовлення.
- Когнітивні порушення: зниження уваги, пам'яті, порушення виконавчих функцій, просторової орієнтації.
- Психоемоційні прояви: депресія, емоційна лабільність, тривожність.

3.2. Черепно-мозкова травма (ЧМТ)

- Мовленнєві порушення: дизартрія, анартрія, порушення голосу, втрата комунікативної компетентності.
- Когнітивні порушення: дефіцит уваги, порушення пам'яті, мислення, зниження швидкості обробки інформації.
- Додаткові проблеми: імпульсивність, дезорієнтація, агресивність.

3.3. Нейродегенеративні захворювання

- Хвороба Паркінсона: гіпофонія (тихий голос), дизартрія, брадилалія; когнітивні порушення – сповільнення мислення, проблеми з увагою.
- Хвороба Альцгеймера та інші деменції: афазія (порушення розуміння та побудови мовлення), агнозія, апраксія; когнітивний дефіцит прогресивний.
- Бічний аміотрофічний склероз (БАС): дизартрія, дисфагія, втрата голосу; когнітивні розлади – у частини пацієнтів (ФТД-варіант).

3.4. Дитячі нозології

- ДЦП: дизартрія, порушення артикуляції, затримка мовленнєвого розвитку, труднощі у формуванні комунікації.
- Розлади аутистичного спектра (РАС): ехолоалія, відсутність функціонального мовлення, порушення соціальної комунікації, когнітивна вибірковість.
- Затримка психомовленнєвого розвитку: обмежений словниковий запас, спрощені граматичні конструкції, проблеми з розумінням інструкцій.

3.5. Інші нозології

- Множинні склерози (МС): дизартрія, скандоване мовлення, когнітивне уповільнення.
- Онкологічні захворювання голови й шиї (після операцій і променевої терапії): дисфагія, афонія, артикуляційні труднощі.
- Психічні розлади (шизофренія, депресія): порушення когнітивної гнучкості, мовленнєвої продуктивності, вербальної пам'яті.

Порушення мовлення та когнітивних функцій є мультифакторними і вимагають комплексної корекції: логопед працює над відновленням комунікації, а психолог – над когнітивними та емоційними аспектами, у тісній співпраці з лікарем ФРМ, фізичним і ерготерапевтом.

4. Методи логопедичної терапії у фізичній реабілітації

Логопедична терапія у структурі фізичної та реабілітаційної медицини спрямована на відновлення комунікативних можливостей пацієнта, формування мовленнєвих і немовленнєвих навичок, а також підтримку когнітивної активності. Методи підбираються індивідуально залежно від нозології, ступеня порушення і загальної реабілітаційної програми.

4.1. Традиційні методи

1. Артикуляційна гімнастика
 - вправи для розвитку рухливості органів артикуляції (язик, губи, м'яке піднебіння, щелепа);
 - використовується при дизартрії, афазії, апраксії мовлення.
2. Фонопедичні вправи
 - відновлення голосоутворення, тембру, сили та інтонаційної виразності голосу;
 - застосовуються при дисфоніях, після ларингологічних операцій.
3. Робота з мовленнєвим диханням
 - тренування правильного вдиху та видиху для забезпечення плавності мовлення;
 - застосовується при дизартрії, заїканні, дисфагії.
4. Розвиток лексико-граматичних навичок
 - робота зі словником, побудовою фраз і зв'язних висловлювань;
 - вправи на розуміння інструкцій, розвиток граматичних структур.

4.2. Сенсомоторні методи

- Логопедичний масаж – стимуляція м'язів артикуляційного апарату для покращення рухливості та тону.
- Методи сенсорної стимуляції – використання смакових, тактильних і температурних подразників.
- Вправи для ковтання – при дисфагії (Мендлсон-маневр, вправи Масако).

4.3. Когнітивно-мовленнєві методики

- тренування пам'яті, уваги, мислення через роботу з текстами, картками, діалогами;
- вправи на розуміння та відтворення усної та письмової інформації;
- інтеграція мовленнєвих завдань у когнітивні ігри.

4.4. Альтернативна та додаткова комунікація (AAC)

- використання жестів, піктограм, карток PECS (Picture Exchange Communication System);
- електронні комунікатори та мобільні додатки;
- особливо актуально для пацієнтів із тяжкими порушеннями мовлення (БАС, афазія після інсульту).

4.5. Інноваційні методи

- Комп'ютерні логопедичні програми – тренування артикуляції, словникового запасу та граматики.
- Віртуальна та доповнена реальність (VR/AR) – симуляція комунікативних ситуацій.
- Телереабілітація – дистанційні заняття з логопедом, доступні для пацієнтів у віддалених

регіонах.

4.6. Інтеграція з фізичною терапією

- поєднання логопедичних і фізіотерапевтичних вправ (наприклад, тренування дихання з фізичними вправами);
- використання методів позиціонування для покращення ковтання й мовлення;
- робота в мультидисциплінарній команді (ФТ, ЕТ, логопед, психолог).

Отже, методи логопедичної терапії у фізичній реабілітації поєднують традиційні вправи, сенсомоторні методики, когнітивно-мовленнєву корекцію, використання ААС та сучасних технологій, що дозволяє ефективно відновлювати комунікативні навички та інтегрувати пацієнта у соціальне життя.

5. Методи психологічної підтримки

Психологічна підтримка у структурі фізичної та реабілітаційної медицини має на меті збереження психічного здоров'я, подолання емоційних криз, формування мотивації та сприяння соціальній інтеграції пацієнта. Методи підбираються індивідуально, враховуючи нозологію, етап реабілітації та психоемоційний стан пацієнта.

5.1. Індивідуальна психотерапія

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): корекція негативних переконань, навчання ефективним копінг-стратегіям.
- Психодинамічна терапія: робота з внутрішніми конфліктами, прийняття нових життєвих умов.
- Тілесно-орієнтована терапія: зниження м'язової напруги, робота з психосоматичними проявами.
- Арт-терапія: використання малювання, музики, ліплення як способу вираження емоцій.

5.2. Групова та сімейна терапія

- Групова підтримка: обмін досвідом, взаємна мотивація, зменшення відчуття ізоляції.
- Сімейна терапія: допомога родині у прийнятті діагнозу, навчання способам підтримки пацієнта, зниження рівня вигорання у доглядальників.

5.3. Релаксаційні та медитативні техніки

- Дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація (Джекобсон).
- Майндфулнес (усвідомленість): концентрація на теперішньому моменті для зниження тривоги.
- Візуалізація та аутогенне тренування: створення образів, що зменшують стрес.

5.4. Психоосвіта та консультування

- Інформування пацієнта та родини про перебіг захворювання, можливості реабілітації, очікувані результати.
- Роз'яснення ролі активної участі у процесі відновлення.
- Навчання навичкам самоконтролю та профілактики емоційних зривів.

5.5. Мотиваційні методи

- Мотиваційне інтерв'ю: допомога пацієнтові в усвідомленні власних ресурсів та відповідальності.
- Постановка цілей за SMART: формування конкретних, досяжних і реалістичних завдань у процесі реабілітації.

5.6. Інноваційні методи

- Телепсихологія та онлайн-консультації: забезпечення підтримки у віддалених регіонах.
- Мобільні додатки: щоденники настрою, вправи для релаксації, когнітивні тренажери.

- VR-терапія: застосовується для лікування ПТСР, тривожних розладів, фобій.

Таким чином, методи психологічної підтримки охоплюють психотерапевтичні, освітні, мотиваційні та технологічні підходи, що дозволяє індивідуалізувати допомогу та підвищувати ефективність реабілітаційного процесу.

6. Взаємодія логопеда, психолога та інших членів мультидисциплінарної команди

Мультидисциплінарна команда (МДРК) є основним принципом організації сучасної реабілітаційної допомоги. У її складі працюють лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра, соціальний працівник та інші спеціалісти. Взаємодія фахівців забезпечує комплексність і цілісність відновлення пацієнта, де кожен виконує свою функцію, але всі діють узгоджено.

6.1. Роль логопеда в команді

- проводить оцінку стану мовлення, голосу та ковтання;
- відновлює комунікативні навички, працює з дисфагією;
- впроваджує методи альтернативної та додаткової комунікації (AAC);
- навчає родину пацієнта технікам спілкування.

6.2. Роль психолога в команді

- оцінює психоемоційний стан, рівень тривожності, депресії, мотивації;
- надає психотерапевтичну та психоосвітню допомогу;
- формує у пацієнта копінг-стратегії для подолання стресу;
- підтримує родину, запобігає емоційному вигоранню доглядальників.

6.3. Інші фахівці та взаємодія

- Лікар ФРМ: координує процес реабілітації, формує індивідуальну програму (ІПР).
- Фізичний терапевт: працює над відновленням рухових функцій, сили та витривалості.
- Ерготерапевт: інтегрує відновлені функції у повсякденну діяльність, адаптує середовище.
- Соціальний працівник: допомагає із соціальною реінтеграцією, юридичними та побутовими питаннями.
- Медична сестра: забезпечує догляд, моніторинг стану, контроль за дотриманням режиму.

6.4. Приклади командної взаємодії

- Пацієнт після інсульту:
 - фізичний терапевт – відновлює ходьбу та баланс;
 - ерготерапевт – навчає користуванню адаптованими приладами для самообслуговування;
 - логопед – відновлює мовлення при афазії, навчає ковтання;
 - психолог – працює з депресією, підвищує мотивацію до занять;
 - лікар ФРМ координує процес і визначає етапність.
- Ветеран із ЧМТ:
 - логопед – тренує когнітивно-комунікативні навички;
 - психолог – допомагає подолати ПТСР;
 - ерготерапевт – адаптує побут і робоче місце;
 - фізичний терапевт – відновлює силу та координацію рухів.

6.5. Принципи ефективної командної роботи

- Регулярні командні зустрічі для узгодження цілей і планів.
- Спільне визначення функціональних цілей на основі МКФ.
- Відкрита комунікація між фахівцями та з пацієнтом.
- Орієнтація на пацієнта та його сім'ю як центральну ланку процесу.

7. Приклади клінічних ситуацій

7.1. Пацієнт після ішемічного інсульту

- Стан: правобічний геміпарез, афазія Брока, депресивні прояви.
- Втручання:
 - фізичний терапевт – тренування ходи з опорними засобами, вправи на баланс;
 - ерготерапевт – навчання самообслуговуванню (харчування, одягання), адаптація ванної кімнати;
 - логопед – відновлення артикуляції, робота з мовленнєвим диханням, альтернативна комунікація;
 - психолог – психотерапія для зниження депресії, формування мотивації.
- Результат: пацієнт частково відновлює мовлення, самостійно пересувається на короткі дистанції, виконує базові ADL, стає більш упевненим.

7.2. Ветеран після черепно-мозкової травми (ЧМТ)

- Стан: порушення пам'яті та уваги, дизартрія, емоційна нестабільність, проблеми з соціальною адаптацією.
- Втручання:
 - фізичний терапевт – вправи для координації, рівноваги, моторики;
 - ерготерапевт – тренування побутових і професійних навичок, підбір асистивних пристроїв;
 - логопед – когнітивно-комунікативні вправи, корекція дизартрії;
 - психолог – когнітивно-поведінкова терапія, робота з ПТСР, групова терапія.
- Результат: покращення пам'яті, відновлення комунікації, зменшення тривожності, часткове повернення до професійної діяльності.

7.3. Пацієнт із хворобою Паркінсона

- Стан: дизартрія, гіпофонія, сповільнені рухи, тривожність.
- Втручання:
 - фізичний терапевт – вправи на збільшення амплітуди рухів (LSVT BIG), тренування ходи;
 - ерготерапевт – навчання енергозбереженню, адаптація робочого місця;
 - логопед – методика LSVT LOUD для відновлення гучності голосу;
 - психолог – майндфулнес-терапія, підтримка родини.
- Результат: покращення чіткості мовлення, зменшення тривоги, збереження соціальної активності.

7.4. Дитина з ДЦП (спастична диплегія)

- Стан: порушення дрібної моторики, дизартрія, труднощі в навчанні, низька самооцінка.
- Втручання:
 - фізичний терапевт – вправи для розтягування і зміцнення м'язів, тренування ходи;
 - ерготерапевт – розвиток дрібної моторики, сенсорна інтеграція, адаптація навчального середовища;
 - логопед – артикуляційна гімнастика, робота над вимовою звуків;
 - психолог – ігрова терапія, розвиток самооцінки, робота з родиною.
- Результат: дитина краще комунікує, стає більш активною у навчанні, зростає рівень участі у групових заняттях.

7.5. Пацієнт із БАС (бічний аміотрофічний склероз)

- Стан: прогресуюча дизартрія, дисфагія, депресивні симптоми, втрата працездатності.
- Втручання:
 - фізичний терапевт – вправи для підтримки м'язової сили, профілактика контрактур;
 - ерготерапевт – підбір асистивних пристроїв, адаптація середовища;
 - логопед – впровадження ААС (електронні комунікатори), тренування ковтання;
 - психолог – підтримка пацієнта і сім'ї, терапія горя, супровід у паліативному етапі.
- Результат: пацієнт зберігає можливість комунікації, знижується рівень тривоги та відчуття ізоляції, покращується якість життя.

Таким чином, клінічні приклади демонструють, що ефективність реабілітації забезпечується

саме синергією роботи ТММ, психолога, фізичного терапевта, ерготерапевта та лікаря ФРМ, орієнтованою на цілісне відновлення пацієнта.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Дайте визначення логопедичної терапії та її завдань.
2. Які основні психоемоційні проблеми виникають у пацієнтів після інсульту?
3. Назвіть методи логопедичної терапії у фізичній реабілітації.
4. Які методи психологічної підтримки застосовуються у реабілітації?
5. Опишіть приклад взаємодії логопеда та психолога у мультидисциплінарній команді.

Список джерел до теми:

1. Мостовий Ю.М. Сучасні класифікації і стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. Вінниця, 2019. – С. 11 – 62.
2. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Eur J Phys Rehabil Med 2018. - Vol.54(2). – P.125-321.
3. Михалюк Є.Л., Резніченко Ю. Г. Особливості фізичної реабілітації в педіатрії: Підручник – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 164 с
4. DeLisa's. Physical Medicine and Rehabilitation / DeLisa's. – Lippincott Williams & Wilkins; Fifth, North Am, 2010. – 2432 с.
5. Фізична реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця. Юшковська О.Г. Монографія /Одес. держ. мед. ун-т – Одеса: – 2010. – 224 с.

ТЕМА 7

«Фізична реабілітація при неврологічних та ортопедичних ураженнях»

Актуальність теми: Неврологічні та ортопедичні ураження є одними з основних причин інвалідизації та обмеження функціонування. Інсульт, черепно-мозкові та спинномозкові травми, дитячий церебральний параліч, а також переломи, ендопротезування суглобів чи дегенеративні захворювання опорно-рухового апарату значно знижують якість життя пацієнтів. Своєчасна та комплексна фізична реабілітація дозволяє відновити рухові й функціональні можливості, попередити ускладнення та забезпечити соціальну інтеграцію.

Мета: Ознайомити із принципами фізичної реабілітації при неврологічних і ортопедичних ураженнях. Розглянути методи відновлення рухових функцій, когнітивних і побутових навичок. Сформулювати уявлення про етапність і мультидисциплінарний підхід у реабілітації.

Основні поняття (перелік питань):

1. Особливості фізичної реабілітації при неврологічних ураженнях.
2. Основні методи відновлення після інсульту, ЧМТ, спинномозкових травм, ДЦП.
3. Особливості фізичної реабілітації при ортопедичних ураженнях.
4. Методи відновлення після переломів, ендопротезування, дегенеративних захворювань.
5. Принципи етапності реабілітації.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Особливості фізичної реабілітації при неврологічних ураженнях

Неврологічні ураження (інсульт, черепно-мозкові травми, спинномозкові травми, нейродегенеративні захворювання, дитячий церебральний параліч) супроводжуються

стійкими порушеннями рухових, сенсорних, когнітивних і мовленнєвих функцій. Їхня реабілітація має свої особливості, які відрізняють її від ортопедичної.

1.1. Комплексність і мультидисциплінарність

- Реабілітація поєднує фізичну терапію, ерготерапію, логопедичну та когнітивну терапію, психологічну підтримку.
- Необхідна участь мультидисциплінарної команди (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, соціальний працівник).

1.2. Орієнтація на відновлення функцій ЦНС

- В основі реабілітації лежать принципи нейропластичності: стимуляція мозку до формування нових нейронних зв'язків і функціональних шляхів.
- Використовуються методики, що базуються на моторному навчанні (task-oriented training, constraint-induced therapy).

1.3. Етапність реабілітаційного процесу

- Гострий період: профілактика ускладнень (пролежні, контрактури, пневмонія, тромбози), щадні рухи, позиціонування.
- Підгострий період: активація пацієнта, відновлення базових рухових функцій, тренування ходи, розвиток сили та витривалості.
- Хронічний період: інтенсивна терапія з акцентом на повсякденну активність, соціальну та професійну інтеграцію.

1.4. Фокус на відновленні базових життєвих функцій

- відновлення ходи, рівноваги, самообслуговування;
- тренування навичок ковтання, мовлення, комунікації;
- контроль за сечовипусканням і дефекацією (при ураженнях спинного мозку).

1.5. Тривалість і безперервність процесу

- Реабілітація при неврологічних ураженнях є тривалою, часто пожиттєвою.
- Потрібне поєднання стаціонарної, амбулаторної та домашньої реабілітації, з можливим використанням телереабілітації.

1.6. Використання спеціалізованих методик

- Метод Бобат (NDT): нормалізація м'язового тонусу, розвиток правильних рухових схем.
- PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation): стимуляція нервово-м'язової активності через спеціальні патерни рухів.
- CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy): обмеження здорової кінцівки для стимуляції ураженої.
- Роботизована терапія ходи та верхніх кінцівок: використання екзоскелетів, тренажерів Lokomat.
- VR-технології: імітація повсякденних завдань у віртуальному середовищі.

1.7. Психологічний і соціальний аспект

- У більшості пацієнтів наявні тривожність, депресія або ПТСР, що потребує психологічної підтримки.
- Соціальна інтеграція (повернення до роботи, навчання, родинних ролей) є кінцевою метою.

Таким чином, фізична реабілітація при неврологічних ураженнях базується на принципах нейропластичності, мультидисциплінарності та безперервності, з акцентом на відновлення не лише рухів, а й повної участі пацієнта в житті.

2. Основні методи відновлення після інсульту, ЧМТ, спинномозкових травм, ДЦП

Фізична реабілітація при неврологічних ураженнях ґрунтується на відновленні рухових і

когнітивних функцій, профілактиці ускладнень і формуванні компенсаторних можливостей. Нижче подано ключові методи для різних нозологій.

2.1. Відновлення після інсульту

- Позиціонування і профілактика ускладнень: правильне положення кінцівок, профілактика пролежнів, контрактур, тромбозів.
- Методи моторного навчання: багаторазове повторення функціонально значущих рухів (ходьба, вставання, самообслуговування).
- PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation): використання діагональних патернів для відновлення координації та сили.
- Bobath Concept (NDT): нормалізація м'язового тону, розвиток правильних рухових схем.
- CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy): стимуляція ураженої кінцівки за рахунок обмеження здорової.
- Роботизована та VR-терапія: відновлення ходи та рухів верхніх кінцівок, стимуляція нейропластичності.
- Логопедична та когнітивна терапія: відновлення мовлення, уваги, пам'яті.

2.2. Відновлення після черепно-мозкової травми (ЧМТ)

- Раннє відновлення свідомості та орієнтації: когнітивні тренінги, робота з пам'яттю та увагою.
- Тренування рівноваги та координації: вправи на нестабільних поверхнях, використання біофідбеку.
- Сенсомоторна стимуляція: вправи для покращення відчуття положення тіла (пропріоцепція).
- Відновлення моторики кінцівок: класичні вправи, PNF, роботизовані системи.
- Психологічна підтримка: подолання емоційної лабільності, агресії, тривожності.
- Соціально-побутова реабілітація: ерготерапія, адаптація середовища, відновлення навичок самообслуговування.

2.3. Відновлення після спинномозкових травм

- Профілактика ускладнень: пролежні, інфекції сечовивідних шляхів, тромбози.
- Позиціонування і пасивні рухи: для підтримки амплітуди та запобігання контрактурам.
- Тренування залишкових функцій: зміцнення інтактних м'язів, розвиток компенсаторних стратегій.
- Використання ортезів і роботизованих систем: екзоскелети, вертикалізатори, тренажери для ходи.
- Функціональна електростимуляція (FES): стимуляція паралізованих м'язів.
- Навчання користуванню візком: ергономіка пересування, адаптація житлового простору.

2.4. Відновлення при дитячому церебральному паралічі (ДЦП)

- Нейророзвиткові методики (NDT, Bobath): формування правильних рухових схем, зниження спастичності.
- PNF-терапія: розвиток координації та функціональної активності.
- Сенсорна інтеграція: робота з тактильними, вестибулярними та пропріоцептивними стимулами.
- Ортопедична підтримка: застосування ортезів, гіпсування, ботулінотерапія для зменшення спастичності.
- Функціональні вправи: розвиток навичок самообслуговування, дрібної моторики, ходи.
- Ігрова терапія та VR-технології: мотивація дітей через гру та інтерактивне навчання.
- Сімейно-орієнтована терапія: навчання батьків методам догляду, позиціонування, вправам вдома.

Фізична реабілітація при інсульті, ЧМТ, спинномозкових травмах та ДЦП ґрунтується на принципах раннього втручання, нейропластичності, функціональної спрямованості та мультидисциплінарності, що забезпечує відновлення максимальної незалежності та участі

пацієнта в житті.

3. Особливості фізичної реабілітації при ортопедичних ураженнях

Ортопедичні ураження охоплюють широкий спектр патологій: травми кісток і суглобів (переломи, вивихи), дегенеративно-дистрофічні захворювання (артроз, остеохондроз), запальні процеси (артрити), наслідки хірургічних втручань (ендопротезування, остеосинтез, артроскопія). Вони характеризуються болем, обмеженням рухів, зниженням м'язової сили та стійкістю до навантажень.

3.1. Основні цілі реабілітації

- відновлення анатомо-функціональної цілісності опорно-рухового апарату;
- зменшення больового синдрому;
- збільшення амплітуди рухів у суглобах;
- відновлення сили та витривалості м'язів;
- профілактика контрактур, атрофії м'язів та ускладнень (тромбозів, остеопорозу);
- повернення до побутової, професійної та спортивної активності.

3.2. Принципи реабілітації при ортопедичних ураженнях

- Раннє втручання: початок реабілітації одразу після стабілізації стану та хірургічного втручання (за показаннями).
- Поступовість і етапність: від пасивних рухів → до активних вправ → функціонального тренування.
- Безперервність: стаціонарний етап → амбулаторна реабілітація → домашні програми.
- Комплексність: поєднання фізичних вправ, фізіотерапії, ерготерапії, навчання пацієнта.
- Індивідуалізація: програма визначається типом ушкодження, обсягом хірургічного втручання, віком і рівнем фізичної підготовки пацієнта.

3.3. Методи фізичної реабілітації

1. Лікувальна фізична культура (ЛФК):
 - пасивні, пасивно-активні та активні вправи;
 - вправи для відновлення сили, гнучкості, координації;
 - тренування ходи та рівноваги.
2. Мануальні методики:
 - мобілізація суглобів;
 - м'якотканинні техніки для зниження болю й напруження.
3. Фізіотерапевтичні засоби:
 - електростимуляція для профілактики атрофії м'язів;
 - кріо- та термотерапія;
 - ультразвук, магнітотерапія, лазеротерапія.
4. Ортезування та технічні засоби:
 - фіксація та стабілізація суглобів;
 - використання допоміжних засобів пересування (милиці, тростини, ходунки).
5. Функціональне тренування:
 - вправи для повернення до повсякденних і професійних навичок;
 - спортивна реабілітація (відновлення після травм у спортсменів).

3.4. Приклади

- Після перелому довгих кісток: рання мобілізація, відновлення амплітуди, силові вправи.
- Після ендопротезування кульшового чи колінного суглоба: навчання пересуванню з опорними засобами, відновлення м'язового корсета, профілактика вивихів і тромбозів.
- При артрозі колінного суглоба: вправи для квадрицепса, тренування ходи, використання ортезів, ерготерапевтичні стратегії енергозбереження.
- При сколіозі: лікувальна гімнастика, дихальні вправи, вправи на стабілізацію хребта,

корсетотерапія.

Отже, фізична реабілітація при ортопедичних ураженнях ґрунтується на ранньому початку, етапності, комплексності й функціональній спрямованості, а кінцевою метою є повне відновлення або компенсація функцій опорно-рухового апарату.

4. Методи відновлення після переломів, ендопротезування, дегенеративних захворювань

Реабілітація при ортопедичних патологіях спрямована на відновлення рухової активності, профілактику ускладнень та повернення пацієнта до максимальної незалежності. Методи підбираються залежно від типу ураження, термінів після травми або операції, віку та функціонального стану.

4.1. Переломи

Основні проблеми: біль, набряк, контрактури, атрофія м'язів, ризик остеопорозу.

Методи відновлення:

- Період іммобілізації:
 - ізометричні вправи для збереження тону м'язів;
 - дихальна гімнастика, вправи для вільних кінцівок;
 - профілактика тромбозів і пролежнів.
- Період після зняття іммобілізації:
 - пасивні та активні рухи у суглобах;
 - масаж і фізіотерапія для зменшення набряку;
 - вправи з поступовим навантаженням для відновлення сили;
 - тренування ходи з милицями чи тростиною.
- Період функціонального відновлення:
 - комплекс вправ на гнучкість і силу;
 - функціональне тренування для повернення до побутової активності;
 - спортивна або професійна реабілітація.

4.2. Ендопротезування (кульшового або колінного суглоба)

Основні проблеми: біль, обмеження рухів, м'язова слабкість, ризик вивиху або розхитування протеза.

Методи відновлення:

- Ранній післяопераційний період (1–7 днів):
 - вправи для профілактики тромбозів (рухи стопами, ізометричні скорочення м'язів стегна та сідниць);
 - навчання правильному положенню у ліжку;
 - вертикалізація та перші кроки з ходунками або милицями.
- Підгострий період (2–6 тижнів):
 - вправи на зміцнення квадрицепса, сідничних і м'язів кора;
 - відновлення амплітуди рухів у суглобі;
 - тренування ходи з поступовим переходом від ходунків до тростини.
- Період пізнього відновлення (2–6 місяців):
 - функціональні вправи (сходи, присідання, вставання зі стільця);
 - повернення до побутових і професійних навичок;
 - контроль постави та рівноваги.

4.3. Дегенеративні захворювання (артроз, остеохондроз, спондилоартропатії)

Основні проблеми: біль, скутість, обмеження рухів, м'язова слабкість, втрата функціональної активності.

Методи відновлення:

- Лікувальна гімнастика:
 - вправи на розтягування для зменшення скутості;

- зміцнення м'язів навколо ураженого суглоба (наприклад, квадрицепс при гонартрозі).
- Методи знеболення та зменшення запалення:
 - фізіотерапія (ультразвук, магнітотерапія, лазеротерапія);
 - холодкові аплікації при гострому болю, тепло – у підгострому періоді.
- Ортопедичні пристрої:
 - ортези, биндажі для стабілізації та розвантаження суглобів;
 - тростини чи інші допоміжні засоби пересування.
- Функціональне тренування:
 - вправи для ходи, рівноваги, координації;
 - ерготерапевтичні стратегії енергозбереження у побуті та роботі.
- Модифікація способу життя:
 - контроль маси тіла;
 - дозоване фізичне навантаження (плавання, скандинавська ходьба, йога).

Таким чином, фізична реабілітація після переломів, ендопротезування й дегенеративних уражень ОРА базується на ранньому початку, індивідуалізації програми та поступовому збільшенні навантаження, з кінцевою метою – повернення пацієнта до максимальної функціональної незалежності.

5. Принципи етапності реабілітації

Етапність – один із провідних принципів сучасної системи реабілітації, що передбачає послідовність і безперервність відновних заходів від моменту гострого захворювання чи травми до повернення пацієнта у суспільство.

5.1. Гострий етап

- Мета: стабілізація життєвих функцій, профілактика ускладнень.
- Завдання:
 - правильне позиціонування пацієнта;
 - пасивні та пасивно-активні рухи;
 - профілактика тромбозів, пролежнів, контрактур, респіраторних ускладнень;
 - рання мобілізація за можливості.
- Фахівці: лікар ФРМ, фізичний терапевт, медична сестра.

5.2. Підгострий етап

- Мета: активація пацієнта, відновлення базових функцій.
- Завдання:
 - розвиток сили, координації, рівноваги;
 - навчання ходи з опорними засобами;
 - розвиток навичок самообслуговування (ADL);
 - робота з мовленням і когнітивними функціями (логопед, психолог).
- Фахівці: мультидисциплінарна команда (ФРМ, ФТ, ЕТ, логопед, психолог).

5.3. Ранній відновний етап

- Мета: досягнення максимальної функціональної незалежності.
- Завдання:
 - інтенсивна фізична терапія;
 - відновлення складних рухових і побутових навичок;
 - адаптація середовища для безпеки;
 - професійна орієнтація та підготовка до повернення до роботи/навчання.
- Фахівці: мультидисциплінарна команда + соціальний працівник.

5.4. Довготривалий (хронічний) етап

- Мета: підтримання функціональних досягнень, соціальна інтеграція.
- Завдання:

- підтримуючі програми фізичної активності;
- контроль за прогресуванням хронічних захворювань;
- участь у соціальних і спортивних заходах;
- психологічна підтримка пацієнта та родини.
- Фахівці: сімейний лікар, лікар ФРМ, реабілітаційні фахівці, громада.

5.5. Загальні принципи етапності

- Безперервність: перехід від одного етапу до іншого без перерви.
- Послідовність: від простого до складного, від підтримки життєвих функцій → до соціальної інтеграції.
- Індивідуалізація: тривалість та інтенсивність етапів залежить від стану пацієнта.
- Мультидисциплінарність: на кожному етапі команда адаптує завдання та методи.

Отже, принцип етапності забезпечує логічну організацію реабілітаційного процесу: від стабілізації стану пацієнта – до його активної участі в житті суспільства.

Питання для самоконтролю до теми:

1. Назвіть особливості фізичної реабілітації при інсульті.
2. Які основні завдання фізичної терапії при переломах та ендопротезуванні?
3. Які етапи проходить пацієнт у процесі реабілітації?
4. Чому важлива командна робота у відновленні пацієнтів із неврологічними та ортопедичними ураженнями?
5. Наведіть приклади методів, які застосовуються у пацієнтів з ДЦП.

Список джерел до теми:

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; підручник / [Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук, Д.В. Вакуленко та ін.]; за заг.ред. Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчука. – Тернопіль: ТДМУ, 2018. – 372.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін. 27-е вид.. Мостовий Ю.М.. Центр ДЗК м.Київ 2020. 800с.
3. Мостовий Ю.М. Сучасні класифікації і стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. Вінниця, 2019. – С. 11 – 62.
4. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Eur J Phys Rehabil Med 2018. - Vol.54(2). – P.125-321.
5. Михалюк Є.Л., Резніченко Ю. Г. Особливості фізичної реабілітації в педіатрії: Підручник – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 164 с.
6. European Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Physical & Rehabilitation Medicine: A position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. / Ward A., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. // J Rehabil Med. – 2010 (42): P.417–424.
7. DeLisa's. Physical Medicine and Rehabilitation / DeLisa's. – Lippincott Williams & Wilkins; Fifth, North Am, 2010. – 2432 с.
8. Фізична реабілітація хворих на ішемічну хворобу серця. Юшковська О.Г. Монографія / Одес. держ. мед. ун-т – Одеса: – 2010. – 224 с.
9. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Б. Неханевич [та ін.]: за ред. професора В.В. Абрамова та доцента О.Л. Смирнової. – Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. – 456 с.: іл. 79.

ТЕМА 8

Спеціальні напрями та доказова база у фізичній реабілітації»

Актуальність теми: Сучасна фізична та реабілітаційна медицина активно розвивається завдяки впровадженню спеціалізованих напрямів (нейрореабілітація, спортивна, педіатрична, геріатрична тощо) та ґрунтується на принципах доказової медицини. Ефективність втручань повинна підтверджуватися результатами клінічних досліджень, метааналізів та міжнародних рекомендацій. Це забезпечує пацієнтам доступ до науково обґрунтованої, безпечної та результативної допомоги.

Мета: Ознайомити із сучасними спеціальними напрямками у фізичній реабілітації. Розкрити значення доказової бази у виборі методів і технологій. Сформулювати уявлення про інтеграцію міжнародних рекомендацій (WHO, NICE, APTA, Cochrane) у клінічну практику.

Основні поняття (перелік питань):

1. Спеціальні напрями фізичної реабілітації.
2. Нейрореабілітація: принципи та методи.
3. Реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів (кардіо-респіраторна).
4. Педіатрична та геріатрична реабілітація.
5. Спортивна та професійна реабілітація.
6. Використання міжнародних клінічних настанов та протоколів.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Спеціальні напрями фізичної реабілітації

Фізична реабілітація охоплює різні категорії пацієнтів залежно від характеру захворювання, віку, функціонального статусу та соціальних потреб. Це зумовило виділення спеціалізованих напрямів, кожен з яких має власні завдання, методи та принципи.

1.1. Нейрореабілітація

- Спрямована на пацієнтів з ураженнями центральної та периферичної нервової системи (інсульт, ЧМТ, спинномозкові травми, ДЦП, нейродегенеративні хвороби).
- Основні методи: Bobath concept, PNF, constraint-induced therapy, роботизована терапія ходи, віртуальна реальність (VR), функціональна електростимуляція.
- Цілі: відновлення рухових, когнітивних і комунікативних функцій, максимальна незалежність у повсякденному житті.

1.2. Кардіо-респіраторна реабілітація

- Показана при захворюваннях серцево-судинної та дихальної систем (інфаркт міокарда, серцева недостатність, ХОЗЛ, пост-COVID-19).
- Методи: дозовані фізичні навантаження (тренування витривалості, ходьба, велоергометрія), дихальна гімнастика, навчання самоконтролю (пульс, сатурація).
- Цілі: підвищення толерантності до навантажень, профілактика рецидивів, покращення якості життя.

1.3. Педіатрична реабілітація

- Орієнтована на дітей із вродженими чи набутими порушеннями (ДЦП, спадкові нейром'язові захворювання, ортопедичні деформації).
- Використовуються методи сенсорної інтеграції, ігрової терапії, раннього втручання, ортопедичне корегування.
- Важливий принцип – сімейно-центрований підхід: активне залучення батьків у процес.

1.4. Геріатрична реабілітація

- Для людей похилого віку з віковими змінами, поліморбідністю, ризиком падінь, деменцією.
- Основні завдання: профілактика падінь, підтримання мобільності, розвиток когнітивних функцій, збереження максимальної автономії.
- Методи: вправи на рівновагу (тренування ходи, стабілоплатформи), силові навантаження низької інтенсивності, когнітивна стимуляція.

1.5. Спортивна реабілітація

- Для спортсменів після травм, операцій, а також для профілактики перевантажень.
- Використовуються: кінезіотейпування, ексцентричні вправи, методики відновлення після навантажень (кріотерапія, масаж, міофасціальний реліз).
- Цілі: швидке і безпечне повернення до спорту, запобігання повторним травмам.

1.6. Професійна (трудова) реабілітація

- Орієнтована на повернення людини до роботи після хвороби чи травми.
- Включає: ергономічну оцінку робочого місця, адаптацію середовища, тренування професійних навичок, використання технічних засобів.
- Цілі: ресоціалізація, працевлаштування, підвищення якості життя та економічної незалежності.

2. Нейрореабілітація: принципи та методи

Нейрореабілітація — це спеціалізований напрям фізичної та реабілітаційної медицини, спрямований на відновлення функцій у пацієнтів із пошкодженням центральної чи периферичної нервової системи (інсульт, черепно-мозкова травма, спинномозкова травма, дитячий церебральний параліч, нейродегенеративні захворювання).

2.1. Основні принципи нейрореабілітації

1. Нейропластичність
 - Основа відновлення функцій після уражень нервової системи.
 - Використання багаторазових функціональних вправ стимулює формування нових нейронних зв'язків.
2. Ранній початок
 - Початок втручання в гострому періоді (коли це безпечно) сприяє кращим результатам.
3. Етапність і безперервність
 - Перехід від гострої допомоги до підгострого та хронічного відновлення.
 - Безперервність на всіх рівнях (стаціонар – амбулаторія – домашня реабілітація).
4. Функціональна спрямованість
 - Тренування не абстрактних рухів, а тих, які потрібні в житті: вставання, ходьба, самообслуговування.
5. Мультидисциплінарність
 - Лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медсестра, соціальний працівник.
6. Індивідуалізація
 - Врахування нозології, тяжкості ураження, віку, супутніх хвороб, особистих цілей пацієнта.

2.2. Методи нейрореабілітації

- Концепція Бобат (NDT): нормалізація патологічних рухових схем, зниження спастичності, формування правильних патернів рухів.
- PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation): використання діагональних і спіралеподібних рухів для відновлення координації, сили, пропріоцепції.
- Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT): стимуляція ураженої кінцівки через обмеження здорової; доведена ефективність при відновленні функцій руки після інсульту.

- Функціональне електростимулювання (FES):
відновлення активності паралізованих м'язів за допомогою електростимуляції.
- Роботизована терапія:
екзоскелети, системи для тренування ходи (Lokomat), маніпулятори для верхніх кінцівок.
- Віртуальна реальність (VR):
імітація функціональних завдань у віртуальному середовищі; підвищує мотивацію та ефективність.
- Терапія дзеркала:
візуальна ілюзія руху здоровою кінцівкою стимулює відновлення ураженої.
- Когнітивно-рухове тренування:
поєднання фізичних і когнітивних вправ для відновлення уваги, пам'яті, планування.
- Музикотерапія та ритмічна стимуляція:
використання ритму для відновлення ходи та координації.

2.3. Очікувані результати

- покращення рухових функцій (хода, мануальні навички);
- відновлення когнітивних і мовленнєвих функцій;
- підвищення рівня незалежності у повсякденній активності (ADL, IADL);
- зниження інвалідизації та підвищення якості життя.

3. Реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів (кардіо-респіраторна)

Кардіо-респіраторна реабілітація є спеціальним напрямом фізичної та реабілітаційної медицини, що спрямований на відновлення фізичної працездатності, толерантності до навантажень і якості життя пацієнтів із хворобами серцево-судинної та дихальної систем. Вона базується на доказовій медицині та входить до міжнародних клінічних рекомендацій (ESC, AHA, ATS/ERS).

3.1. Показання

- Серцево-судинні захворювання: інфаркт міокарда, стабільна стенокардія, серцева недостатність, післяопераційні стани (АКШ, стентування).
- Захворювання органів дихання: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма, фіброз, пост-COVID-19 синдром.
- Профілактика ускладнень у пацієнтів із високим серцево-легеневим ризиком.

3.2. Основні принципи

1. Ранній початок і етапність: починається ще у стаціонарі, продовжується в амбулаторних та домашніх умовах.
2. Індивідуалізація: врахування функціонального класу, супутніх захворювань, рівня толерантності до навантажень.
3. Комплексність: поєднання фізичних вправ, освітніх програм, психологічної підтримки та контролю факторів ризику.
4. Безпека: постійний моніторинг пульсу, тиску, сатурації під час тренувань.

3.3. Методи кардіо-респіраторної реабілітації

- Фізичні вправи:
 - аеробні тренування (ходьба, велоергометр, плавання, скандинавська ходьба);
 - силові вправи низької та середньої інтенсивності;
 - вправи на гнучкість і координацію.
- Дихальна гімнастика:
 - методи за Стрельниковою, Бутейком, інспіраторні тренажери;
 - вправи на збільшення життєвої ємності легень і покращення оксигенації.
- Освітні програми:
 - контроль факторів ризику (гіпертонія, гіперліпідемія, куріння);
 - правильне харчування, контроль ваги;

- самоконтроль ЧСС, АТ, сатурації.
- Фізіотерапія:
 - інгаляції, оксигенотерапія;
 - в окремих випадках – неінвазивна вентиляція.
- Психологічна підтримка:
 - подолання тривожності та депресії;
 - підвищення прихильності до лікування.

3.4. Очікувані результати

- підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- зменшення частоти загострень і госпіталізацій;
- контроль факторів ризику;
- покращення якості життя та подовження тривалості життя;
- зниження витрат системи охорони здоров'я.

Кардіо-респіраторна реабілітація — це ключовий компонент вторинної профілактики серцево-судинних і легеневих захворювань, що доведено знижує смертність і підвищує якість життя пацієнтів.

4. Педіатрична та геріатрична реабілітація

4.1. Педіатрична реабілітація

Визначення: це напрям реабілітації, що охоплює дітей із вродженими або набутими порушеннями здоров'я, розвитку чи функціонування. Головною метою є досягнення максимально можливого рівня розвитку, незалежності та інтеграції дитини в суспільство.

Особливості:

- раннє втручання — початок програми від перших місяців життя;
- сімейно-центрований підхід — батьки є активними учасниками реабілітації;
- поєднання ігрових методик із функціональними вправами;
- мультидисциплінарна команда (лікар ФРМ, педіатр, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог).

Основні напрямки:

- ДЦП та інші рухові порушення: нейророзвиткові методики (Bobath, PNF), використання ортезів, ботулінотерапія.
 - Затримка психомоторного розвитку: вправи сенсорної інтеграції, логопедична допомога, корекційна педагогіка.
 - Ортопедичні деформації: корсетотерапія, вправи на зміцнення м'язів, хірургічна корекція за показаннями.
 - Хронічні хвороби (муковісцидоз, астма): дихальна гімнастика, навчання самоконтролю.
- Очікувані результати: розвиток моторики, мовлення, когнітивних функцій, інтеграція у навчання та соціальне середовище.

4.2. Геріатрична реабілітація

Визначення: це напрям, що спрямований на осіб похилого віку з віковими змінами, поліморбідністю, обмеженням рухливості та когнітивними порушеннями.

Особливості:

- високий ризик падінь та травм;
- поєднання соматичних і когнітивних проблем (деменція, депресія);
- зниження м'язової маси (саркопенія), остеопороз;
- необхідність тривалих підтримуючих програм.

Основні напрямки:

- Профілактика падінь: вправи на баланс, стабілоплатформи, тренування ходи з опорними засобами.
- Фізична активність: силові вправи низької інтенсивності, дихальна гімнастика, йога,

скандинавська ходьба.

- Когнітивна стимуляція: вправи для пам'яті, уваги, орієнтації в просторі.
- Соціальна інтеграція: участь у групових заняттях, дозвілля, підтримка самостійності в побуті.
- Паліативна реабілітація: зменшення болю, поліпшення якості життя у термінальних станах.
Очікувані результати: збереження автономності, підвищення якості життя, профілактика ускладнень (падінь, переломів), зниження потреби у стаціонарному догляді.

Отже, педіатрична реабілітація має акцент на розвиток і навчання дитини у співпраці з родиною, а геріатрична — на підтримку незалежності, профілактику падінь та збереження якості життя у похилому віці.

5. Спортивна та професійна реабілітація

5.1. Спортивна реабілітація

Визначення: спеціалізований напрям реабілітації, спрямований на відновлення здоров'я та працездатності спортсменів після травм, операцій і перевантажень, а також на профілактику повторних ушкоджень.

Особливості:

- високі функціональні вимоги та потреба у швидкому поверненні до тренувань і змагань;
- використання сучасних технологій відновлення та моніторингу навантажень;
- поєднання з принципами спортивної медицини та тренувального процесу.

Методи:

- Фізична терапія: вправи для відновлення сили, витривалості, швидкості реакцій; тренування координації та пропріоцепції.
- Кінезіотейпування: стабілізація, зменшення болю та профілактика перевантажень.
- Мануальні техніки та міофасціальний реліз: відновлення еластичності тканин.
- Фізичні фактори: кріотерапія, теплотерапія, електростимуляція, ударно-хвильова терапія.
- Функціональне тестування: визначення готовності до повернення у спорт (Return-to-Play критерії).
- Психологічна підтримка: мотивація, подолання страху повторної травми.

Приклади:

- відновлення після розриву хрестоподібної зв'язки коліна (ACL);
- реабілітація після травм плечового суглоба у плавців;
- профілактика перевантажень у легкоатлетів.

5.2. Професійна (трудова) реабілітація

Визначення: це напрям, що забезпечує повернення людини до професійної діяльності після хвороби, травми чи інвалідизації, з урахуванням її функціональних можливостей та вимог робочого середовища.

Особливості:

- оцінка професійних навичок та залишкової працездатності;
- адаптація робочого місця відповідно до потреб;
- тісна взаємодія з роботодавцями, службами зайнятості, соціальними структурами.

Методи:

- Ерготерапія: тренування професійно значущих дій (наприклад, робота з інструментами, комп'ютером).
- Оцінка та модифікація робочого середовища: ергономіка, використання адаптивних пристроїв.
- Фізична терапія: розвиток витривалості, сили, координації для виконання професійних завдань.
- Психологічна підтримка: профілактика вигорання, адаптація до змін у професійній діяльності.
- Соціальна інтеграція: навчання новим навичкам, перекваліфікація у разі неможливості

повернення до попередньої професії.

Приклади:

- реабілітація водія після травми спинного мозку з адаптацією автомобіля;
- відновлення друкарки чи ІТ-фахівця після інсульту за допомогою спеціальних клавіатур і програм;
- перекваліфікація шахтаря після травми на адміністративну або викладацьку діяльність.

5.3. Спільні риси спортивної та професійної реабілітації

- орієнтація на повернення до максимальної функціональної активності;
- індивідуалізація програм з урахуванням потреб та можливостей;
- використання мультидисциплінарного підходу (ФРМ, ФТ, ЕТ, психолог, соціальний працівник).

Таким чином, спортивна реабілітація акцентує увагу на швидкому та безпечному відновленні після травм, тоді як професійна спрямована на збереження або відновлення працездатності та соціальної ролі людини.

6. Використання міжнародних клінічних настанов та протоколів

Клінічні настанови та протоколи – це систематизовані документи, розроблені міжнародними та національними організаціями на основі принципів доказової медицини. Вони визначають оптимальні підходи до діагностики, лікування та реабілітації, забезпечуючи уніфікацію медичної допомоги.

6.1. Основні міжнародні організації та документи

- WHO (World Health Organization): ініціатива *Rehabilitation 2030*, рекомендації щодо інтеграції реабілітації в системи охорони здоров'я.
- ISPRM (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine): глобальні стандарти розвитку спеціальності PRM.
- UEMS PRM Section and Board (Європейський союз медичних спеціалістів): європейські освітні стандарти та клінічні підходи.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Велика Британія): клінічні гайдлайни (наприклад, NICE CG162 — інсульт, CG177 — остеоартроз).
- APTA (American Physical Therapy Association): практичні гайдлайни для фізичних терапевтів.
- Cochrane Library: систематичні огляди, що узагальнюють доказову ефективність втручань.
- ATS/ERS (American Thoracic Society/European Respiratory Society): протоколи кардіо-респіраторної реабілітації.
- European Stroke Organisation (ESO): гайдлайни для нейрореабілітації після інсульту.

6.2. Роль клінічних протоколів у реабілітації

- забезпечують уніфікацію практики між різними країнами та закладами;
- гарантують використання ефективних та безпечних методів, підтверджених доказами;
- допомагають у розробці національних протоколів, адаптованих до місцевих ресурсів;
- є основою для навчання та підготовки фахівців;
- сприяють моніторингу якості послуг і впровадженню клінічних аудиторських систем.

6.3. Приклади застосування

- Нейрореабілітація після інсульту: застосування *constraint-induced therapy*, роботизованої терапії ходи та інтенсивних програм відновлення – підтверджено рекомендаціями ESO та NICE.
- Артроз колінного суглоба: NICE (2022) визнає вправи та контроль ваги базовою терапією з високим рівнем доказовості.
- ХОЗЛ: ATS/ERS (2020) рекомендують кардіо-респіраторну реабілітацію як стандарт лікування.
- ДЦП: європейські протоколи (ESPRM) включають застосування ортезів, ботулінотерапії та

сенсомоторних методів.

6.4. Виклики та адаптація в Україні

- переклад та адаптація міжнародних протоколів під наявні ресурси (фінансові, кадрові, технічні);
- інтеграція протоколів у роботу НСЗУ та закладів охорони здоров'я;
- поступовий перехід від «традиційних» методів до доказових втручань;
- навчання лікарів та терапевтів за міжнародними стандартами.

6.5. Очікувані результати

- підвищення якості та ефективності реабілітаційної допомоги;
- зменшення варіативності у підходах між закладами та спеціалістами;
- покращення результатів відновлення функцій і зниження рівня інвалідизації;
- інтеграція України у світовий медичний простір.

Питання для самоконтролю до теми:

- Назвіть основні спеціальні напрями фізичної реабілітації.
- У чому полягає принцип доказової медицини у реабілітації?
- Які міжнародні організації формують рекомендації у сфері реабілітації?
- Наведіть приклади втручань із високим рівнем доказовості.
- Як в Україні інтегрують міжнародні протоколи у практику реабілітації?

Список джерел до теми:

1. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Eur J PhysRehabilMed 2018. - Vol.54(2). – P.125-321.
2. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action: Meeting report [Internet]. WHO; 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
3. WHO global disability action plan 2014-2021 [Internet]. WHO. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>
4. European Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Physical & Rehabilitation Medicine: A position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. / Ward A., Gutenbrunner C., Damjan H., Giustini A., Delarque A. // J RehabilMed. – 2010 (42): P.417–424.