



Національний університет
водного господарства
та природокористування

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та
природокористування
Кафедра фізичної терапії, ерготерапії

08-02-63М

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до виконання лабораторних робіт з навчальної дисципліни
«Фізична терапія в хірургії» для здобувачів вищої освіти
першого (бакалаврського) рівня за освітньо-професійною
програмою «Фізична терапія, ерготерапія»
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
денної форми навчання

Рекомендовано науково-
методичною радою
з якості ННІОЗ
Протокол №3 від 20.11.2020 р.

Рівне – 2020



Методичні вказівки до виконання лабораторних робіт з навчальної дисципліни «Фізична терапія в хірургії» для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» денної форми навчання [Електронне видання] / Нагорна О. Б. – Рівне : НУВГП, 2020. – 52 с.

Укладач: Нагорна О. Б., к.фіз.вих., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Відповідальний за випуск: Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Керівник групи забезпечення спеціальності: Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії.



ЗМІСТ

Вступ	5
Теми лабораторних робіт	6
Методичні рекомендації до виконання лабораторних робіт	7
Лабораторна робота № 1: Фізична терапія хворих після операцій на легенях.	7
Лабораторна робота № 2: Фізична терапія хворих після операцій на серці.	10
Лабораторна робота № 3: Фізична терапія дітей з вродженими вадами серця, що потребують оперативного лікування.	12
Лабораторна робота № 4: Фізична терапія хворих після операцій на органах черевної порожнини: апендектомія, панкреатит.	17
Лабораторна робота № 5: Фізична терапія хворих після абдомінальних операцій: перфорація виразки шлунку, перитоніт.	20
Лабораторна робота № 6: Фізична терапія хворих після гінекологічних операцій: органозберігаючі операції, кесарський розтин.	23
Лабораторна робота № 7: Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: мастектомія.	27
Лабораторна робота № 8: Фізична терапія хворих з постмастектомічним синдромом.	29
Лабораторна робота № 9: Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: після екстирпації прямої кишки.	33
Лабораторна робота № 10: Фізична терапія хворих після гастректомії та резекції шлунку	36
Лабораторна робота № 11: Фізична терапія хворих після ампутацій.	38
Лабораторна робота № 12: Фізична терапія хворих після ампутацій в період протезування.	41



Національний університет
водного господарства
та природокористування

Лабораторна робота № 13: Фізична терапія хворих після операцій в урології.	43
Лабораторна робота № 14: Фізична терапія хірургічних хворих у санаторно-курортний період.	47
Розподіл балів, які отримують студенти	51
Рекомендована література	52



Національний університет
водного господарства
та природокористування



ВСТУП

Програма обов'язкової (нормативної) навчальної дисципліни «Фізична терапія в хірургії» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки бакалавра спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія». Предметом вивчення навчальної дисципліни є засвоєння головних принципів використання засобів і методів фізичної реабілітації у відновленні здоров'я пацієнтів після оперативного втручання різної складності та х різних причин.

Мета викладання дисципліни – дати студентам ґрунтовні знання щодо захворювань та невідкладних станів, які передбачають хірургічне лікування, їх наслідків та сформувати вміння застосувати засоби фізичної реабілітації хворих після операцій.

Завдання вивчення дисципліни передбачає ознайомлення з загальним клініко-фізіологічним обґрунтуванням застосування засобів фізичної реабілітації у лікарняний та післялікарняний періоди хірургічних хворих, які потребують поступової адаптації до фізичних і психічних навантажень професійного і побутового характеру, вироблення навичок самообслуговування або постійної компенсації при незворотних змінах.



2. ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ РОБІТ

№ з/п	Назва теми	Кільк. год.
1	Тема 1. Фізична терапія хворих після операцій на органах грудної клітки.	2
2	Тема 2. Фізична терапія хворих після операцій на серці.	4
3	Тема 3. Фізична терапія дітей з вродженими вадами серця, що потребують оперативного лікування.	4
4	Тема 4. Фізична терапія хворих після операцій на органах черевної порожнини: апендектомія, панкреатит.	2
5	Тема 5. Фізична терапія хворих після абдомінальних операцій: перфорація виразки шлунку, перитоніт.	2
6	Тема 6. Фізична терапія хворих після гінекологічних операцій: органозберігаючі операції, кесарський розтин.	2
7	Тема 7. Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: мастектомія.	2
8	Тема 8. Фізична терапія хворих з постмастектомічним синдромом.	2
9	Тема 9. Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: після екстирпації прямої кишки.	2
10	Тема 10. Фізична терапія хворих після гастректомії та резекції шлунку.	2
11	Тема 11. Фізична терапія хворих після ампутацій.	2
12	Тема 12. Фізична терапія хворих після ампутацій в період протезування.	2
13	Тема 13. Фізична терапія хворих після операцій в урології.	2
14	Тема 14. Фізична терапія хірургічних хворих у санаторно-курортний період.	2
	Разом	32



МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ЛАБОРАТОРНИХ РОБІТ

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 1

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після операцій на органах грудної клітки.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації у різні періоди відновного лікування у торакальній хірургії.

Завдання:

1. Вивчити клініку захворювань легень, післяопераційні ускладнення при патології легень.
2. Розглянути загальні правила та принципи застосування засобів фізичної реабілітації при торакальних операціях.
3. Розглянути методи фізичної реабілітації при проведенні операцій на легенях у I, II, III періодах фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

ЛФК застосовується при оперативних втручаннях на легенях, пов'язаних з травмами, захворюваннями органів грудної порожнини та їх ускладнення.

Застосування ЛФК в передопераційному періоді. Основними завданнями ЛГ в передопераційний період є: зниження гнійної інтоксикації, поліпшення функції зовнішнього дихання та функціонального стану ССС; поліпшення резервних можливостей здорового легені; оволодіння вправами, необхідними хворому в ранньому післяопераційному періоді.



Противопоказання ЛГ: легенева кровотеча; серцево-судинна недостатність III стадії; підвищення температури до 38-39^o, не обумовлене скупченням мокротиння.

При наявності мокротиння ЛГ починають з вправ, що сприяють виведенню мокротиння: застосовують постуральний дренаж; дренажні вправи і їх поєднання. При виділенні великої кількості мокротиння хворим рекомендують виконувати дренажні вправи до 8 - 10 разів на день: вранці до сніданку протягом 20-25 хв, через 2 години після сніданку, обіду, кожну годину до вечері і за годину перед сном.

Застосовуються дихальні вправи статичного і динамічного характеру, вправи в локалізованому диханні, вправи для всіх м'язових груп, ігрові, ходьба по рівній місцевості та сходах.

Використовують наступні вправи:

1. У вихідному положенні сидячи на стільці або лежачи на кушетці розвести руки в сторони (глибокий вдих), по черзі підтягуючи до грудної клітки ноги, зігнуті в коліні (видих). У кінці видиху - кашель та відхаркування мокротиння. З цього ж положення після глибокого вдиху зробити повільний видих, руками натискаючи на нижні і середні відділи грудної клітини.

2. Сидячи на стільці після глибокого вдиху на форсованому видиху різко нахилити тулуб вправо (вліво) з піднятою вгору рукою. Це вправ активізує міжреберні м'язи, посилює дихальну мускулатуру, тренує форсоване дихання.

3. З цього ж положення після глибокого вдиху нахилити тулуб вперед, на повільному видиху, покашлюючи, дістати руками пальці витягнутих ніг. При цьому високо піднімається діафрагма, максимальний нахил тулуба забезпечує дренаж бронхів, а покашлювання в кінці видиху сприяє виведенню мокротиння.



4. Для збільшення рухливості діафрагми, підвищення тонуусу м'язів черевного преса і міжреберних м'язів при виконанні описаних вище вправ вводять обтяження у вигляді мішечка з піском (1,5-2 кг), гантелей, медболів, булав і т.д.

5. Для поліпшення вентиляції переважно здорової легені пацієнта укладають на хворий бік на жорсткий валик, щоб обмежити рухливість грудної клітини з хворої сторони. Піднімаючи руку вгору, хворий робить глибокий вдих, на повільному видиху підтягуючи до грудної клітки ногу, зігнуту в коліні. Таким чином, на видиху грудна клітка стискається стегном, а збоку рукою, за рахунок чого видих виходить максимальний.

6. На бічній поверхні грудної клітини хворого лежить мішечок з піском (1,5-2 кг). Сидячи, підняти руку вгору, прагнучи якомога глибше вдихнути. На видиху, опускаючи руку на грудну клітку, повільно видихнути.

Запитання до співбесіди

1. Охарактеризуйте клініку захворювань легень, післяопераційні ускладнення при патології легень.

2. Обґрунтуйте загальні правила та принципи застосування засобів фізичної реабілітації при торакальних операціях.

3. Назвіть засоби фізичної реабілітації при проведенні операцій на легенях у I, II, III періодах фізичної реабілітації.

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.

2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.



ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 2

4 год.

Тема: Фізична терапія хворих після операцій на серці.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації у різні періоди при операціях на серці.

Завдання:

1. Вивчити клініку серцевих захворювань, які потребують оперативного втручання.

2. Навчитись проводити реабілітаційне обстеження післяопераційних хворих.

3. Розглянути правила та принципи застосування засобів фізичної реабілітації хворих після операцій на серці в різні періоди відновного лікування.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Операції на серці виконуються при пораненнях серця і кровоносних судин, набутих і вроджених вадах серця, ішемічній хвороби, аневризмі, порушеннях серцевого ритму. При пораненні серця або кровоносних судин потрібне негайне хірургічне втручання. Після операції можливі нагноєння - гнійний перикардит, емпієма плеври.

ЛФК при хірургічних втручаннях з приводу вад серця

Передопераційний період.

Завдання ЛФК: помірна мобілізація резервів кардіореспіраторної системи; полегшення роботи серця за рахунок мобілізації екстракардіальних факторів кровообігу; боротьба з проявом неврозу, занепокоєння; формування впевненості в результаті операції; оволодіння вправами раннього післяопераційного періоду (навчання діафрагмальному типу дихання; прийомам безболісного відкашлювання, підведення таза).



Протипоказання до призначення ЛФК: загальний важкий стан хворого, дихальна недостатність, порушення ритму серця; активний ревматичний процес.

Заняття ЛГ призначають за кілька тижнів до операції індивідуально або малогрупових методом. Методика ЛГ передбачає виконання статичних і динамічних дихальних вправ для всіх м'язових груп з повною амплітудою рухів і акцентом на тренування дихання у поєднанні з динамічними вправами. Можливе застосування снарядів (м'ячі, палиці, гантелі), малорухливі ігри. Темп середній і повільний, фізичне навантаження визначається ступенем недостатності кровообігу, формою пороку серця, загальним станом хворого.

Післяопераційний період.

Завдання ЛФК: профілактика ускладнень (пневмонії, ателектазу, плевральних, плеврокардіальних спайок, флебітів, атонії кишечника, тромбозів, емболії та ін); полегшення роботи серця за рахунок мобілізації екстракардіальних факторів кровообігу; профілактика порушень постави, тугоподвіжності в лівому плечовому суглобі; адаптація серця до нових умов гемодинаміки; нормалізація діяльності основних систем організму.

Протипоказання до призначення ЛФК: важкий стан хворого, кровотеча або його небезпека; стан гострої серцевої недостатності, аритмія.

Заяпитання до співбесіди

1. Охарактеризуйте клініку серцевих захворювань, які потребують оперативного втручання;
2. Назвіть післяопераційні ускладнення.
3. Проаналізуйте завдання реабілітаційного обстеження.
4. Назвіть правила та принципи застосування засобів фізичної реабілітації при операціях на серці.



5. Дайте характеристику методів фізичної реабілітації при проведенні операцій на серці в різні періоди відновного лікування.

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.
2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 3

4 год.

Тема: Фізична терапія дітей з вродженими вадами серця, що потребують оперативного лікування.

Мета - вивчити методику застосування засобів фізичної реабілітації дітей після операцій на серці.

Завдання:

1. Розглянути особливості розвитку організму дитини та вікову періодизацію.
2. Розглянути клініку та ускладнення вроджених вад серця, що потребують оперативного втручання.
3. Вивчити покази, специфіку, задания, протипокази до застосування ЛФК у післяопераційний період.
4. Опрацювати методику ЛФК у I, II, III періодах фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Кожний віковий період характеризується своїми особливостями, а перехід від одного з них до іншого



вважається критичним періодом у житті дитини. Критичність переломних етапів онтогенезу полягає у тому, що в ці моменти найбільш гостро проявляються явища гетерохронії, найбільш напружено працюють регулюючі та компенсаторні системи організму. Діти у цей період можуть перебувати у стані дисбалансу функціональних та регулюючих систем, що потребує особливої уваги оточуючих та вихователів.

Методика ЛФК після оперативних втручань на серці тісно пов'язана із захворюваннями, з приводу якого проведена операція, станом хворого в перед-і післяопераційному періодах. При операціях на серці з приводу вроджених і набутих вад серця методика лікувальної гімнастики ділиться на 3 періоди з 5 руховими режимами: I А; I Б; II А; II Б і III.

Період I А. ЛГ проводять у першу добу після операції. Дуже важливо проводити очищення трахеобронхіального дерева, щоб вивести якомога більше слизу. ЛГ проводять щогодини, хворий робить 3-4 дихальних рухів і кілька послідовних кашльових поштовхів. При цьому методист ЛФК підтримує руками грудну клітку хворого з боків, уникаючи травмування в області шва, а за час видиху - здійснює незначне вібраційне здавлювання грудної клітини хворого, стимулюючи цим грудні м'язи.

Дихальні вправи поєднуються з рухами пальців стоп і рук. За допомогою методиста хворий повертається на бік і лежить 10-12 хв. У положенні на боці методист масажує спину оперованого. Хворі кілька разів на день надувають поліетиленові кульки, іграшки.

Період I Б. Під час процедури ЛГ хворого поступово переводять у положення сидячи в ліжку, з опущеними на лавочку ногами. Статичні дихальні вправи доповнюють динамічними з рухами дрібних, середніх і великих м'язів.



Темп повільний, заняття проводять 2 - 3 рази на день індивідуально. Триває надування іграшок.

Період II А. Хворий виконує вправи сидячи на стільці, включаючи рухи, що охоплюють велику кількість груп м'язів, вставання. Заняття проводять індивідуально або малогрупових методом у палаті; комплекс включає 12-15 вправ. Протягом всієї процедури рекомендується стежити за правильною поставою хворого як у спокої, так і в русі.

Період II Б. заняття проводять активніше, малогрупових методом. Хворому дозволяється вставати і з допомогою медперсоналу 2-3 рази на день проходити відстань 15-20 м.

Період III - тренувальний. Процедури проводять, об'єднуючи хворих у групи спочатку по 3-5, а в подальшому, перед випискою - по 8-10 чоловік. Заняття проводять у вихідному положенні сидячи на стільці і стоячи, тривалість їх 20-25 хв 1 раз на день. Допускаються вправи з невеликим напругою, обтяженням (гантелі 0,5-1 кг). Широко застосовуються коригуючі вправи, які зміцнюють м'язи-розгиначі корпусу, переважно у вихідному положенні стоячи і під час ходьби. Коригуючий вплив вправ посилює застосування снарядів (гімнастичні палиці, м'ячі та ін.) в заняття включають присідання, тримаючись за опору, а також вправи на розвиток координації з поступовим ускладненням узгодженості рухів. Темп вправ різний: повільний і середній, для вправ з невеликими м'язовими групами - швидкий. Ходьба в повільному, середньому і швидкому темпі з короткочасним прискоренням і уповільненням.

Заключний період занять з хворим за 3-5 днів перед випискою складається з вправ, які ведуть до профілактики порушень постави, підвищення функціональних можливостей дихальної, серцево-судинної системи, зміцнення всіх груп м'язів, підготовці хворого до



обслуговування себе вдома. Велика увага приділяється ходьбі по коридору і сходами.

Час переведення хворих з одного на інший руховий режим після операції залежить від виду вродженої чи набутої вади; від успішності операції та стану хворого після операції. Так, наприклад, після усунення дефекту міжпередсердної або міжшлуночкової перегородки хворого через 10 днів переводять на III режим, а після протезування клапанів - на 22-23-й день.

Зразкові завдання ЛФК при операціях на серці.

Передопераційний період.

Задачі ЛФК:

1. Збільшення компенсаторних можливостей організму;
2. Розширення функціональної здатності легень;
3. Тренування координації дихання з рухами,
4. Стимуляція нервової системи;
5. Покращення психічного стану;
6. Навчання хворих методиці лікувальної гімнастики, яка застосовується в ранньому післяопераційному періоді.

Комплекс ЛФК включає:

1. Освоєння повного дихання шляхом застосування статичних а динамічних дихальних вправ, асиметричного дихання, навчання відкашлюванню.
2. Тренування дрібних м'язових груп в поєднанні з диханням на фоні загально розвиваючих вправ;
3. Вироблення м'язово-суглобового відчуття;
4. Навчання активній корекції м'язів тулубу для зміцнення м'язового корсету;
5. Застосування вправ, які більшують рухомість в суглобах;
5. Навчання хворих вправам на м'язове розслаблення.

При виписці із стаціонару хворим з метою закріплення результатів лікування пропонуються рекомендації щодо



застосування фізичних вправ протягом одного року після операції.

Запитання до співбесіди

1. Назвіть особливості розвитку організму дитини та вікову періодизацію.

2. Дайте характеристику клінічним проявам та ускладненням вроджених вад серця, що потребують оперативного втручання.

3. Назвіть покази, специфіку, завдання, протипокази до застосування ЛФК у післяопераційний період.

4. Складіть програму ФР при оперативних втручання у дітей з вродженими вадами серця.

Етапи фізичної реабілітації	Зміст	Тривалість хвилини	Методичні вказівки
Доопераційний			
Післяопераційний			
Післялікарняний			

5. Скласти схему ЛФК та комплекс фізичних вправ у післяопераційний період після операції при вродженій патології серця.

Частина заняття ЛФК	Зміст вправ	Завдання вправ	Дозування	Методичні вказівки
I				
II				
III				

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.



2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 4

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після операцій на органах черевної порожнини: апендиктомія, панкреатит.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації у різні періоди відновлення здоров'я хворих після абдомінальних операцій.

Завдання:

1. Вивчити клініку захворювань органів черевної порожнини, які потребують оперативного втручання, післяопераційні ускладнення.

2. Навчитись проводити реабілітаційне обстеження; формувати реабілітаційний прогноз; формувати міждисциплінарну команду для реалізації реабілітаційної програми.

3. Розглянути принципи та правила застосування засобів фізичної реабілітації хворих після абдомінальних операцій.

4. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу, складання програм реабілітації у I, II, III періодах фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

На органах черевної порожнини роблять планові операції, як правило, при хронічних захворюваннях і екстрені, які виробляються при пораненнях, травмах та



гострих захворюваннях. Операції проводять під загальним наркозом (на шлунку, жовчних шляхах, при травмах) або під місцевим знеболенням (апендектомія, видаленням киля). Хірургічні втручання на органах черевної порожнини застосовуються при пораненнях, пошкодженнях і захворюваннях кішківника, шлунку, печінки, підшлункової залози, селезінки, дефектах черевної стінки.

У *передопераційний період* необхідно підвищити загальний тонус організму (емоційний і нервово-м'язовий). Для покращення функціонального стану серцево-судинної та дихальної системи необхідно використовувати різноманітні загально-розвиваючі вправи, поступово збільшуючи навантаження. Для покращення моторної функції шлунка та кишечника рекомендуються вправи в діафрагмальному диханні і вправи для м'язів, які підвищують тонус черевного пресу.

При підготовці до операції особливу увагу надають тренуванню грудного типу дихання. Під час занять спеціальні вправи чергують з загальнозміцнюючими і дихальними. Перед операцією на жовчному міхурі хворий тренується в підтягуванні ніг до живота на видиху, виконує вправи, які сприяють скороченню і розслабленню м'язів черевного пресу. Ці вправи ліквідують застій крові в депо, активують відходження жовчі внаслідок механічного здавлення печінки, масажування її діафрагмою. Для максимально збільшення рухомості діафрагми, кращого відтоку жовчі хворий, лежачи на лівому боці, здійснює повне скорочення і розслаблення м'язів черевного пресу як з допомогою руки так і без її допомоги.

Противопоказання

1. Загальний важкий стан хворого;
2. Підвищення температури тіла;



3. Небезпека кровотечі;
4. Перфорація апендиксу;
5. Підозра на перфорацію виразки 12-палої кишки або шлунка;
6. Перитоніт.

Післяопераційний період.

В ранньому післяопераційному періоді методика ЛФК складається з урахуванням особливостей оперативного втручання, перебігу післяопераційного періоду, стану хворого до операції і після неї, віку, занять фізичними вправами до операції.

Завдання до співбесіди

1. Охарактеризуйте клініку захворювань органів черевної порожнини, які потребують оперативного втручання, післяопераційні ускладнення.

2. Проаналізуйте завдання та алгоритм реабілітаційного обстеження.

3. Дайте характеристику проведення ЛФК, масажу, складання програм реабілітації у I, II, III періодах фізичної реабілітації.

4. Складіть схему лікувальної гімнастики та комплекс фізичних вправ після абдомінальних операцій.

Частина заняття ЛФК	Зміст вправ	Завдання вправ	Дозування	Методичні вказівки
I				
II				
III				

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.



2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 5

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після абдомінальних операцій: перфорація виразки шлунку, перитоніт.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації у різні періоди відновлення здоров'я хворих після абдомінальних операцій.

Завдання:

1. Вивчити клініку перфорації виразки шлунку, перитоніту, післяопераційні ускладнення.

2. Навчитись проводити реабілітаційне обстеження; формувати реабілітаційний прогноз; формувати міждисциплінарну команду для реалізації реабілітаційної програми.

3. Розглянути принципи та правила застосування засобів фізичної реабілітації хворих після перфорації виразки шлунку, перитоніту.

4. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу, складання програм реабілітації перфорації виразки шлунку, перитоніту.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Виразкова хвороба – одне з найбільш поширених захворювань внутрішніх органів, на яке страждає приблизно 10 % дорослого населення. Поширеність виразкової хвороби в Україні, як і раніше, не має тенденції



до зниження, а ускладнення, що виникають, часто загрожують життю хворого й потребують невідкладного оперативного втручання. Проривна виразка є одним із загрозованих ускладнень виразкової хвороби, що нерідко призводить хворого до смерті, а при неадекватному виборі оперативного втручання – до важких ускладнень. В Україні з приводу перфоративної виразки щорічно оперується понад 13000 осіб (А.А. Шалімов, 1998; В.Ф. Саєнко і співавт., 2002; В.В. Бойко і співавт., 2012). За даними Центру медичної статистики України, захворюваність на виразкову хворобу в нашій країні зросла на 38,4 %, а кількість ускладнень щорічно збільшується на 5–8 % (Я.С. Березницький, 2003). Зростає кількість невідкладних оперативних втручань при проривних виразках (А.А. Гринберг, 1997; В.Ф. Саєнко, 2002), а летальність при цьому складає від 5 % до 12,3 % (В.І. Лупальцов, 2002). Аналіз наукових публікацій свідчить про те, що інтерес до вивчення якості життя (ЯЖ) як нового інтегрального показника здоров'я населення постійно зростає. У літературі наводяться різноманітні визначення «якості життя». ВООЗ визначає ЯЖ (Quality of life) – як ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їх потреби задовольняються, а необхідні для досягнення добробуту та самореалізації можливості надаються. Оцінка якості життя – це новий перспективний напрямок клінічної медицини, що надає можливість більш точно оцінювати зміни та порушення в стані здоров'я пацієнтів, чітко представляти суть клінічної проблеми, вибирати найбільш раціональний підхід до лікування, що задовольняє інтереси хворого й, що найголовніше, оцінювати його ефективність за параметрами, які перебувають на межі наукового підходу хірургів і суб'єктивної точки зору пацієнта. У цьому зв'язку особливо важлива оцінка якості життя пацієнта як



кінцевого етапу хірургічного лікування. І поки не вивчений вплив хірургічного лікування на якість життя в післяопераційному періоді, не можна з повною об'єктивністю судити про переваги й недоліки тієї або іншої операції. Зростаючий інтерес хірургів до вивчення якості життя оперованих хворих відображає природне прагнення до збереження справді гуманістичних традицій медицини, відповідно до яких основна позначка лікарської діяльності складається не тільки в підтримці й продовженні життя пацієнта, але й у тому, щоб зробити її більш щасливою, повноцінною та продуктивною.

Запитання до співбесіди

1. Охарактеризуйте клініку перфорації виразки шлунку, перитоніту.
2. Проаналізуйте завдання та алгоритм реабілітаційного обстеження хворих після операції з приводу перфорації виразки шлунку, перитоніту.
3. Дайте характеристику проведення ЛФК, масажу, складання програм реабілітації хворих після операції з приводу перфорації виразки шлунку, перитоніту.
4. Складіть схему лікувальної гімнастики та комплекс фізичних вправ після операції з приводу перфорації виразки шлунку, перитоніту.

Частина заняття ЛФК	Зміст вправ	Завдання вправ	Дозування	Методичні вказівки
I				
II				
III				

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.



2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 6

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після гінекологічних операцій: органозберігаючі операції, резекція, кесарський розтин.

Мета: Навчитися застосовувати засоби фізичної реабілітації після гінекологічних операцій різної етіології.

Завдання:

1. Розглянути основні засоби та прийоми ЛФК, протипокази до застосування засобів фізичної реабілітації хворих після гінекологічних операцій.

2. Навчитись застосовувати основні прийоми масажу у I, II, III періодах фізичної реабілітації після хірургічних гінекологічних втручаннях.

3. Скласти схему курсу ЛФК та фізіотерапії у I, II, III періодах фізичної реабілітації хворих після гінекологічних операцій.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Засоби та методи ЛФК у *передопераційний період* передбачають прості загальнозміцнюючі і спеціальні фізичні вправи для дрібних і середніх м'язових груп у поєднанні з дихальними динамічного і статичного характеру. Вибір вихідного положення залежить від характеру захворювання: при опущенні і випаданні статевих органів - в.п. лежачи на спині і стоячи на



четвереньках; при пухлинах - в.п. лежачи на спині. Необхідно уникати вихідних положень і вправ, що підвищують внутрішньочеревний тиск, особливо при підготовці до операцій з приводу пухлин. Виключені різкі рухи і швидка зміна вихідних положень.

Особливу увагу приділяють навчанню прийомам, які хворі повинні застосовувати в ранньому післяопераційному періоді:

- безболісне відкашлювання дрібними кашльові поштовхами з фіксацією області післяопераційної рани;
- правильне вставання з ліжка з виключенням м'язів передньої черевної стінки.

Починати заняття можна амбулаторно в жіночій консультації груповим або малогруповим методом залежно від стану хворої. Процедуру ЛГ (15-20 хв) проводять в помірному темпі, можливе використання гімнастичних предметів. Тривалість курсу визначається тривалістю передопераційного періоду.

Ранній післяопераційний період починається з моменту пробудження хворий після наркозу і триває 1-3 діб в залежності від тяжкості перенесеної операції.

Завдання ЛФК:

- профілактика ранніх післяопераційних ускладнень (застійних явищ в серцево-судинній та бронхолегеневій системах, ателектазів, атонії кишечника і сечового міхура, порушень реологічних властивостей крові - тромбозів і тромбоемболії), тромбофлебіту та післяопераційної гіпостатической пневмонії;
- поліпшення периферичного кровообігу;
- поліпшення крово-і лімфообігу в області післяопераційної рани, що сприяє якнайшвидшій епітелізації і рубцюванню;
- профілактика ортостатичних порушень;



- прискорення виведення наркотичних речовин з організму;

- підвищення психоемоційного статусу.

Противопоказання до призначення ЛФК:

- загроза кровотечі (при перев'язці великих судин);
- порушення згортання крові, загроза тромбозу;
- виражена анемія, гіповолемія через втрату великої кількості крові під час операції;
- наростання явищ серцево-судинної та дихальної недостатності;
- розлитий перитоніт, септикопіємія;
- гострий тромбофлебіт.

ЛГ призначають в 1-у добу після операції, через 2-3 годин після пробудження хворої доцільно виконувати статичні дихальні вправи, повторюючи їх щогодини. Для профілактики застійних явищ в легенях і поліпшення відкашлювання можна застосувати вібраційний масаж грудної клітки - енергійне розтирання міжреберних проміжків і лупцювання. Тривалість процедури 3-5 хв.

Пізній післяопераційний період

Завдання ЛФК: профілактика спайкового процесу; рецидиву захворювання; зміцнення м'язів передньої черевної стінки, тазового дна; відновлення функції органу (при органозберігаючих операціях); загальнозміцнюючу дію, підвищення фізичної працездатності, адаптація до соціальних умов.

Після зняття швів хворі можуть займатися в гімнастичному залі. Використовують різноманітні вихідні положення, рекомендують дозовану ходьбу в середньому темпі, можна застосовувати гімнастичні предмети, медбол, еспандери, спеціальні гімнастичні м'ячі («Fit-ball»). Процедуру ЛГ проводять малогрупових і груповим методами, тривалість заняття 30-40 хв.



Фізичні фактори - одні з основних у комплексному відновлювальному лікуванні хворих після гінекологічних операцій. Їх висока клінічна ефективність обумовлена максимально раннім початком застосування, індивідуальним добором, патогенетичної обґрунтованістю методу.

Протипоказання: злоякісні новоутворення, підозра на малігнезацію, проліферуюча муцинозна або серозна кістома. В інших клінічних випадках відновлювальна фізіотерапія необхідна всім жінкам, особливо тим, хто входять до групи високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень внаслідок обширного спайкового процесу в малому тазі і черевної порожнини.

Лікувальний масаж призначають з першої доби з метою ліквідувати застійні явища у легенях, покращення їх дренажної функції та вентиляції, сприяння відходженню харкотиння, активізації крово- і лімфообігу, обмінних і регенеративних процесів післяопераційних ускладнень.

У **післялікарняний період** реабілітації жінок після гінекологічних операцій застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Запитання до співбесіди

1. Назвіть основні засоби та прийоми ЛФК після гінекологічних операцій.

2. Назвіть протипокази застосування засобів ФР після гінекологічних операцій.

3. Складіть схему курсу ЛФК та лікувального масажу у I, II, III періодах фізичної реабілітації хворих після гінекологічних операцій.

Частина заняття ЛФК	Зміст вправ	Завдання вправ	Дозування	Методичні вказівки
I				
II				
III				



Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.
2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 7

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: мастектомія.

Мета - вивчити застосування засобів ФР у післяопераційний період при онкологічних операціях.

Завдання:

1. Розглянути загальні аспекти проведення ЛФК та масажу у післяопераційний період при онкологічних операціях.

2. Вивчити протипокази до проведення масажу у післяопераційний період при онкологічних операціях.

3. Навчитись провити реабілітаційне обстеження; формувати реабілітаційний прогноз для реалізації реабілітаційної програми.

4. Скласти приблизний курс ЛФК, масажу у I, II періодах фізичної реабілітації.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Програма реабілітації хворих із злоякісними пухлинами молочної залози повинна бути комплексною і розпочинатися з моменту встановлення діагнозу.



До числа ускладнень після лікування раку молочної залози відносяться: парез плечового нервового сплетіння, контрактура плечового суглоба та лімфостаз верхньої кінцівки.

За характером дії та об'ємом фізичного навантаження під час проведення ЛФК процес фізичної реабілітації хворих після мастектомії поділяється на 4 періоди, які мають свої чітко визначені завдання і відповідні комплекси фізичних вправ:

1. Період передопераційної підготовки – з моменту госпіталізації до дня операції.
2. Період післяопераційний – протягом тижня з моменту операції. У післяопераційному періоді розрізняються періоди: ранній (1-3 доба після операції); віддалений (4-7 доба після операції).
3. Період «відновлення» – з 8 по 21 день після операції.
4. Період «тренування» – понад три тижні після операції.

Запитання до співбесіди

1. Назвіть загальні аспекти проведення ЛФК та масажу у післяопераційний період при онкологічних операціях.
2. Проаналізуйте протипокази до проведення масажу у післяопераційний період при онкологічних операціях.
3. Дайте характеристику реабілітаційному обстеженню; сформулюйте реабілітаційний прогноз для реалізації реабілітаційної програми.
4. Складіть схему курсу ЛФК та лікувального масажу у I, II, III періодах фізичної реабілітації після онкологічних операцій.

Рекомендована література

1. Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. (2000) Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Онкология, 2 (1–2): 25–28.
2. Лисицын Ю. П. (1999) Теории медицины XX века. Медицина, Москва, 154 с.



3. Логинов А. Ф. (2003) Особенности использования международной классификации опухолей в гастроэнтерологии. Клин. перспективы гастроэнтерол. и гепатолог. 1: 9–18.
4. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и др. (2000) Оценка качества жизни больного в медицине. Клин. медицина, 78 (2): 10–13.
5. Шевченко Ю. Л., Новик А. А., Федотов Ю. Н. и др. (2005) Информационная система исследования качества жизни в медицине. Вестник межнационального центра исследования качества жизни, 5–6: 4–9.
6. Curbow B., Bjiwie J. V., Martin A.C. et al. (1997) Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials. Quality Life Res., 6: 684.
7. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. (1996) Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. Ibid., 14: 171–175.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 8

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих з постмастектомічним синдромом

Мета - вивчити методику ЛФК, масажу та ЛФК хворих з постмастектомічним синдромом.

Завдання:

1. Розглянути загальні принципи проведення ЛФК, масажу хворих з постмастектомічним синдромом.

2. Вивчити протипокази до проведення масажу та фізіотерапії після мастектомії.

3. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу хворим з постмастектомічним синдромом.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми



В обґрунтуванні ролі лікувальної фізкультури при лімфатичному набряку особливе значення має те, що під впливом фізичних вправ прискорюється крово- та лімфообіг, підвищується тонус лімфатичних судин. Потік лімфи по лімфатичним судинам у даному випадку збільшується також за рахунок рухів грудної клітини, зміни тиску у черевній порожнині, посилення пульсації судин. Під час побудови комплексу лікувальної гімнастики приділялася увага навантаженню на м'язи плечового поясу і спини, підвищенню рухів хребта, поновленню у повному обсязі рухів у плечового суглобу.

Обов'язковою умовою під час призначення і дозування лікувальної гімнастики є строго індивідуальний підхід у кожному окремому випадку – з урахуванням наявності набряку, вікових особливостей організму, супутніх захворювань і рівня загального тренування хворої.

Догляд за рукою з боку операції

Одним з ускладнень після лікування раку молочної залози є лімфатичний набряк верхньої кінцівки оперованої сторони. Причиною цього є ускладнення відтоку лімфи і крові внаслідок видалення під час операції судин і лімфатичних вузлів під пахвами, а також зміни рубців на прооперованій ділянці. Крім того, радіотерапія викликає фіброз тканин, повернення запальних процесів а також ускладнення колатерального лімфо току, що збільшує ризик виникнення набряку. Займаючись лікувальною фізкультурою, жінка може уникнути ускладнень та повернути обсяг рухів верхньої кінцівки до нормального рівня вже за кілька місяців після операції.

Обмеження для руки з боку операції і профілактики лімфодема

- рука не повинна довгий час знаходитися в одному и тому самому незручному положенні або бути опущеною донизу;



- руку слід берегти від порізів, травм, опіків, укусів комах. «Брудну» домашню роботу треба виконувати у захисних рукавичках. При ушкодженні ранку необхідно обробити антисептиком;
 - необхідно слідкувати за нігтями, не допускати тріщин, задирок. Змащуйте руку спеціальним кремом;
 - не можна підіймати цією рукою більше ніж 2 кг (2 роки), більше ніж 4 кг – усе життя; навантаження на здорову руку також повинні бути обмежені;
 - не можна робити ін'єкції в руку з боку операції, здавати з неї аналізи крові, а також міряти кров'яний тиск.
 - не можна перетискати руку одягом; годинник, обручки, браслети не повинні врзатися в шкіру;
 - не допускати опалення в солярії та на сонці;
 - не допускати перегрівання кінцівки (гарячі ванни, застосування розігріваючих мазей, миття посуду, прання).
- Дуже добре допомагають відновленню рухів у руці на стороні операції заняття в басейні. Їх можна починати через 2-3 місяця після операції, порадившись із лікарем і за умови відсутності шкіряних ушкоджень.

Масаж

Масаж руки з боку операції з метою профілактики та лікування лімфодема здійснюється у три етапи. 1-й – енергійне розтирання і розминання м'язів поясу плеча і довгих м'язів, що необхідно для підвищення тонусу гіпотрофованих м'язів і кровоносних судин, прискорення венозного відтоку. 2-й етап – легке розтирання та погладжування плеча та області плечового суглобу у напрямку від ліктя до плеча, потім – передпліччя і кисті в повільному темпі. 3-й – плоскісне прогладування всієї кінцівки від пальців до плечового суглобу. Слід звернути увагу на те, що на всіх етапах масажу не допустимі глибоке розминання, постукування та вібрація. Відтік лімфи з верхньої кінцівки буде відновлюватися по задній



поверхні плеча і лопатки. Після масажу шкіра кінцівки не повинна бути гіперемованою.

Виконання самомасажу:

- погладження, що ліквідують непрохідність на пахвовій-паховій лінії оперованої сторони;
- погладження, що ліквідують непрохідність на пахвовій-паховій лінії від хворої сторони до здорової;
- погладження лопатки від плеча в напрямку хребта;
- погладження задньої сторони руки від ліктя до плеча;
- погладження передньої сторони руки в напрямку шиї (увага: треба пропустити пахвову ямку);
- погладження передпліччя до ліктя з передньої та задньої сторони;
- погладження долоні разом з пальцями, починаючи від пальців в напрямку зап'ястя.

Після виконання цього циклу, так само треба знову промасувати передпліччя та руку, в кінці струсити рукою.

Запитання до співбесіди

1. Розкрийте поняття «постмастектомічний синдром».
2. Назвіть загальні аспекти проведення ЛФК та масажу хворим з постмастектомічним синдромом.
3. Проаналізуйте протипокази до проведення масажу хворим з постмастектомічним синдромом.
4. Дайте характеристику реабілітаційному обстеженню; сформулюйте реабілітаційний прогноз для реалізації реабілітаційної програми хворим з постмастектомічним синдромом.
5. Складіть схему курсу ЛФК та лікувального масажу та самомасажу хворим з постмастектомічним синдромом.

Рекомендована література

1. Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. (2000) Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Онкология, 2 (1–2): 25–28.



2. Лисицын Ю. П. (1999) Теории медицины XX века. Медицина, Москва, 154 с.
3. Логинов А. Ф. (2003) Особенности использования международной классификации опухолей в гастроэнтерологии. Клин. перспективы гастроэнтерол. и гепатолог. 1: 9–18.
4. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и др. (2000) Оценка качества жизни больного в медицине. Клин. медицина, 78 (2): 10–13.
5. Шевченко Ю. Л., Новик А. А., Федотов Ю. Н. и др. (2005) Информационная система исследования качества жизни в медицине. Вестник международного центра исследования качества жизни, 5–6: 4–9.
6. Curbow B., Bjwie J. V., Martin A. C. et al. (1997) Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials. Quality Life Res., 6: 684.
7. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. (1996) Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. Ibid., 14: 171–175.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 9

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після онкологічних операцій: після екстирпації прямої кишки.

Мета - вивчити методику ЛФК, масажу та фізіотерапії у післяопераційний період після екстирпації прямої кишки.

Завдання:

4. Розглянути загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після екстирпації прямої кишки.
5. Вивчити протипокази до проведення масажу та фізіотерапії після екстирпації прямої кишки.
6. Навчитись провиги реабіітаційне обстеження; формувати реабіітаційний прогноз для реалізації реабіітаційної програми після екстирпації прямої кишки.



7. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після екстирпації прямої кишки..

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

В реабілітаційній програмі, спрямованій на відновлення функції ШКТ і загального стану хворих, що перенесли хірургічне лікування з приводу раку прямої кишки можна виділити наступні положення: 1. Детальне обстеження хворих за допомогою тестувань якості життя, моніторинг динаміки ЧСС тощо. 2. Роз'яснювальна бесіда з хворим стосовно завдань реабілітаційної програми, обмежень під час занять. 3. Застосування спеціальної дієти та режиму харчування. 4. Навчання щоденного догляду за стомою і промежиною.

Опитувальник якості життя.

Зазначений опитувальник має наступні шкали:

1. Фізична функціонування (PF).
2. Рольовий (фізичне) функціонування (RP).
3. Біль (BP).
4. Загальне здоров'я (GH).
5. Життєздатність (VT).
6. Соціальне функціонування (SF).
7. Емоційне функціонування (RE).
8. Психологічне здоров'я (MH).

На якість життя хворих, оперованих з приводу раку товстої кишки, негативний вплив надає виникнення рецидиву захворювання, віддалених метастазів, ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, наявність функціонуючої колостоми на передній черевній стінці, патологічних синдромів, обумовлених видаленням илеоцекального відділу, ампули прямої кишки, ампули і сфінктерного апарату прямої кишки.



Виконання реконструктивно-відновлювальних операцій після правобічної геміколектомії, низькою, гранично низькою передній резекції прямої кишки, екстирпації прямої кишки, які передбачають формування анатомо-функціональних конструкцій илеоцекального відділу «ампули прямої кишки», тазово-промежностной колопластики дозволяє значно поліпшити якість життя в порівнянні з стомованих хворих і хворими після відновних операцій.

Улучшення якості життя хворих після реконструктивно-відновних операцій обумовлено переважно за рахунок поліпшення більшості показників якості життя: фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, загального здоров'я, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування, психічного здоров'я.

Запитання до співбесіди

1. Назвіть загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після екстирпації прямої кишки.
2. Назвіть протипокази до проведення масажу та фізіотерапії після екстирпації прямої кишки.
3. Проаналізуйте проведення реабілітаційного обстеження хворих після екстирпації прямої кишки.
4. Опишіть методику проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії хворих після екстирпації прямої кишки.
5. Складіть схему курсу ЛФК та лікувального масажу хворих після екстирпації прямої кишки.

Рекомендована література

1. Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. (2000) Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Онкология, 2 (1–2): 25–28.
2. Лисицын Ю. П. (1999) Теории медицины XX века. Медицина, Москва, 154 с.



3. Логинов А. Ф. (2003) Особенности использования международной классификации опухолей в гастроэнтерологии. Клин. перспективы гастроэнтерол. и гепатолог. 1: 9-18.
4. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и др. (2000) Оценка качества жизни больного в медицине. Клин.медицина, 78 (2): 10-13.
5. Шевченко Ю. Л., Новик А. А., Федотов Ю. Н. и др. (2005) Информационная система исследования качества жизни в медицине. Вестник межнационального центра исследования качества жизни, 5-6: 4-9.
6. Curbow B., Bjwie J.V., Martin A. C. et al. (1997) Quality of life in cancer chemotherapy randomised trials. Quality Life Res., 6: 684.
7. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. (1996) Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. Ibid.,14: 171-175.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 10

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після гастректомії та резекції шлунку.

Мета - вивчити методику ЛФК, масажу та фізіотерапії у післяопераційний період після гастректомії та резекції шлунку.

Завдання:

9. Розглянути загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після гастректомії та резекції шлунку.

10. Вивчити протипокази до проведення масажу та фізіотерапії після лапаротомії..

11. Навчитись провиги реабілітаційне обстеження; формувати реабілітаційний прогноз для реалізації реабілітаційної програми.



12. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії III періодах фізичної реабілітації після гастректомії та резекції шлунку.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Одним із ускладнень після гастректомії та резекції шлунку є **пострезекційна (агастральна) астенія**. Даний стан виникає внаслідок порушення травної функції шлунка, підшлункової залози, печінки й тонкої кишки. У хворих із такою патологією кукса шлунка майже повністю втрачає здатність перетравлювати їжу. Це пов'язано з малою ємністю кукси й швидкою евакуацією їжі з неї, а також із різким зниженням продукції соляної кислоти та пепсину. В слизовій оболонці кукси шлунка, дванадцятипалої та тонкої кишок внаслідок випадіння трофічної ролі гастрину й інших гормонів травного тракту виникають прогресуючі атрофічні зміни. Відсутність у шлунковому соку вільної соляної кислоти є причиною різкого зменшення його травної здатності та зниження бактерицидності. Це сприяє розвитку дуоденіту, гепатиту, холециститу, дисбактеріозу, гіповітамінозу та зниженню антитоксичної функції печінки.

Клінічні прояви пострезекційної астенії виникають після певного латентного періоду, котрий може тривати від 1-2 місяців до кількох років. Протягом цього періоду хворі часто скаржаться на загальну слабкість і поганий апетит.

Основними симптомами пострезекційної астенії вважають: загальну непереборну слабкість, набряки, різке схуднення, проноси й ендокринні порушення. Пострезекційна астенія частіше зустрічається в чоловіків віком 40-50 років. Першим симптомом захворювання в більшості випадків буває пронос, що може виникати через 2 місяці після операції. Пронosi, зазвичай, мають



постійний характер і деколи стають профузними. Дуже рано розвивається схуднення, дефіцит маси тіла досягає 20-30 кг. Хворий швидко втрачає сили.

Оперативне лікування передбачає включення у процес травлення дванадцятипалої кишки, збільшення ємності кульки шлунка й сповільнення евакуації її вмісту.

Запитання до співбесіди

6. Назвіть загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після гастректомії та резекції шлунку.

7. Назвіть протипокази до проведення масажу та фізіотерапії після лапаратомії.

8. Проаналізуйте проведення реабілітаційного обстеження.

9. Опишіть методику проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії III періодах фізичної реабілітації після гастректомії та резекції шлунку.

10. Складіть схему курсу ЛФК та лікувального масажу у I, II, III періодах фізичної реабілітації після онкологічних операцій.

Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.

2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.

3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 11.

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після ампутацій.

Мета – вивчити методику застосування засобів фізичної реабілітації хворих після ампутацій.



Завдання:

1. Розглянути причини, класифікацію, прояви функціональних порушень при ампутаціях.
2. Навчитися проводити реабілітаційне обстеження хворих після ампутацій, у період підготовки до протезування.
3. Проаналізувати завдання та особливості методики фізичної реабілітації ампутуваних хворих.
4. Навчитися застосувати засоби фізичної реабілітації (ЛФК, масаж) осіб після ампутацій у I, II, III періодах відновного лікування.

Короткий виклад теми

Ампутація - це хірургічна операція, спрямована на видалення кінцівки або її частини, яка заважає нормальній функції здорової кінцівки і, крім того, викликає біль і / або є небезпека поширення інфекції.

Найбільш часто операція ампутації проводиться при судинних захворюваннях кінцівок, пухлинах і важких травмах.

За часом виконання ампутацій розрізняють: первинні вторинні, пізні, повторні або реампутації.

Залежно від ситуації, після ампутації пацієнт залишається в стаціонарі від 5 до 14 днів. Шви видаляються на 7-8-й день після операції.

Завдання відновного лікування в ранньому післяопераційному періоді (в середньому 3-4 дні):

- профілактика можливих післяопераційних ускладнень;
- поліпшення крово-і лімфообігу в зоні операції з метою стимуляції процесів регенерації;
- профілактика гіпотрофії м'язів кукси і тугорухливості в суглобах вище ампутації;
- зменшення больових відчуттів;



- зниження психоемоційних реакцій.

Завдання відновного лікування в пізньому післяопераційному періоді:

- зміцнення м'язів плечового пояса і верхніх кінцівок;
- тренування рівноваги і поліпшення координації рухів;
- тренування опороспособність здорової ноги;
- підготовка кукси до протезування.

Після зняття швів відновне лікування спрямоване на підготовку кукси до протезування.

- відновити рухливість в проксимальному суглобі;
- нормалізувати м'язовий тонус кукси;
- зміцнити м'язові групи, що виробляють руху в суглобі;
- підготувати вищерозташованих сегменти кінцівки до механічного впливу гільзи, кріплень і тяг протезів;
- поступово підготувати опороспособність кукси;
- удосконалювати м'язово-суглобове почуття та координацію поєднаних рухів;
- удосконалювати форми рухових компенсацій.

Рекомендована література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. К. : олімп. Л-ра, 2010. 488 с.
2. Мурза В. П., Мухін В. М. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К.: Наук, світ, 2008. 246 с.
3. Салеева А. Д., Ватолінський Л. Є., Карпенко К. Я., Кудрявцева Т. Є., Чернишов О. Д., Кравець А. Є. Сучасна класифікація та номенклатура протезів верхніх та нижніх кінцівок в Україні. Ортопедия, травматология и протезирование. 2014. № 1. С. 96–101. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/OpTIP_2014_1_16.pdf.



ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 12.

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після ампутацій в період протезування.

Мета - вивчити методику застосування фізичної реабілітації у післяопераційний період в урології.

Завдання:

1. Розглянути причини, класифікацію, прояви функціональних порушень при ампутаціях.

2. Навчитися проводити реабілітаційне обстеження хворих після ампутацій, у період підготовки до протезування.

3. Проаналізувати завдання та особливості методики фізичної реабілітації ампутуваних хворих.

4. Навчитися застосувати засоби фізичної реабілітації (ЛФК, масаж) осіб після ампутацій у I, II, III періодах відновного лікування.

Короткий виклад теми

Для зменшення негативних наслідків ампутації і компенсації втраченої ноги чи руки та пристосування до життя хворим проводиться протезування штучними кінцівками. *Протези:* це пристрої, апарати, що зовні схожі на природний сегмент чи кінцівку, метою яких є не тільки маскування дефекту, а головне: заміщення втрачених функцій самообслуговування, трудових процесів, пересування та ін.

Протези рук призначені забезпечити, насамперед, хапальну і маніпуляцій-ну діяльність верхніх кінцівок, ніг: опорну і локомоторну функцію.

Протези верхніх кінцівок поділяються на активні, побутові, робочі, косметичні. До перших належать тяговий протез.

В нього вмонтовані тяги, на які передаються м'язові зусилля і рухи кукси, ампутованої та симетричної кінцівок,



тулуба, що приводить у дію механізми протезу і викликає розкриття пальців, згинання у ліктьовому шарнірі штучної руки. Активні протези можуть приводитись в дію не тільки силою м'язів інваліда, але і зовнішніми джерелами енергії; електрикою, стисненим газом, рідиною під тиском. Це звільняє хворих від зусиль для забезпечення роботи механізмів протезу і управління ним.

Останнім часом в практиці протезування почали використовуватись протези з біоелектричним управлінням після ампутацій на рівні плеча і передпліччя. Вони мають значні переваги перед протезами інших конструкцій, тому що управління пристосуванням з допомогою біоелектричних потенціалів наближене до природного управління здоровою рукою. Принцип дії біоелектричного протезу передпліччя полягає в тому що зняті з нього при скороченні м'язів біотоки за допомогою електронного підсилювача надзвичайно збільшуються і за їхньою командою вмикається електродвигун, який приводить у дію механізм кисті для розгинання і згинання пальців протезу, ротації і рухів у променевоzap'ястковому суглобі. Побутові і робочі протези найчастіше застосовуються зі з'ємною кистю, на місце якої ставлять ніж, виделку, ложку, ручку, молоток, гачок, що розкривається і з допомогою якого можна захоплювати, утримувати, переносити предмети.

Зовні всі протези мають бути схожими на природну кінцівку, що і реалізується завдяки застосуванню сучасних матеріалів. Протези, котрі відносять до косметичних, призначаються для прикриття дефекту, коли не вдається застосувати інший.

Протези нижніх кінцівок мають забезпечити стояння і ходьбу. Після ампутації виготовляють тимчасовий, учбово-тренувальний протез, який за рівнем вдосконалення наближуються до постійного протезу. Перший



застосовується з метою формування та адаптації кукси до осьових навантажень та навчання ходьби. Після завершення цього циклу хворого забезпечують постійним протезом.

Запитання до співбесіди:

1. Охарактеризуйте протези для верхніх та нижніх кінцівок.
2. Назвіть ускладнення після ампутації та заходи для профілактики їх появи.
3. Назвіть завдання ЛФК та масажу у період навчання застосування протезу.
4. Складіть комплекс ЛФК для хворого у період оволодіння протезом.

Рекомендована література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. К.: олімп. Л-ра, 2010. 488 с.
2. Мурза В. П., Мухін В. М. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К.: Наук, світ, 2008. 246 с.
3. Салеева А. Д., Ватолінський Л. Є., Карпенко К. Я., Кудрявцева Т. Є., Чернишов О. Д., Кравець А. Є. Сучасна класифікація та номенклатура протезів верхніх та нижніх кінцівок в Україні. Ортопедия, травматология и протезирование. 2014. № 1. С. 96–101. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/OpTIP_2014_1_16.pdf.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 13.

2 год.

Тема: Фізична терапія хворих після операцій в урології.

Мета - вивчити методику застосування фізичної реабілітації у післяопераційний період в урології.

Завдання:

1. Розглянути загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії у післяопераційний період в урології.



2. Вивчити протипокази до застосування засобів фізичної реабілітації у післяопераційний період.

3. Навчитись провити реабілітаційне обстеження; формувати реабілітаційний прогноз для реалізації реабілітаційної програми.

4. Опрацювати методику проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії після урологічних операцій.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Нефректомія являє собою операцію, при якій видаляється одна з нирок.

Нефректомія показана при:

- пухлинах нирки,
- серйозних травмах нирки,
- деяких аномаліях розвитку,
- полікістозі нирок та інших захворюваннях, коли нирка вже не виконує своїх функцій і є причиною інфекцій та ускладнень.

Операція з видалення нирки проводиться в урологічному стаціонарі. Після нефректомії пацієнт перебуває в лікарні протягом 1-3 тижнів. Тривалість відновного періоду залежить від попереднього стану і типу доступу: відкритого або лапароскопічного.

Післяопераційні ускладнення

Після нефректомії наслідки залежать від супутніх захворювань хворого, досвідченості фахівців і передопераційної підготовки.

В *післяопераційному періоді* в основному зустрічаються неспецифічні ускладнення, зумовлені загальним наркозом і тривалою гіподинамією.

До них відносяться:

- застійна пневмонія,
- тромбоемболія легеневої артерії,



- тромбофлебіти,
- інфаркт міокарда,
- інсульт.

Перераховані ускладнення спостерігаються досить рідко. Для їх попередження важливе правильна передопераційна підготовка хворого та його рання активізація після операції.

У ранній післяопераційний період хворий повинен лежати на спині і не робити різких рухів, щоб уникнути ускладнення у вигляді зісковзування швів з ниркової ніжки. До кінця першого дня можна обережно повернути хворого на бік. При відсутності ускладнень на 2-3 добу можна сідати в ліжку, а на 4 день вставати.

Протягом *раннього післяопераційного періоду* необхідно проводити активізацію оперованого:

- дихальна гімнастика,
- рухи кінцівками,
- повороти на бік.

Через кілька годин після операції хворому дозволяється випити трохи води або прополоскати рот. Споживати їжу можна на наступний день.

Післяопераційний період після видалення нирки ускладнюється парезом кишечника. Недостатня перистальтика може бути обумовлена подразненням очеревини під час операції і проявляється здуттям живота, затримкою відходження газів і стільця. У таких випадках виконують масаж що покращує кишкову перистальтику.

У людей, що перенесли видалення нирки, реабілітація може займати близько 1-1,5 років. У цей період нирка, що залишилася, починає виконувати більший обсяг роботи і може повністю компенсувати відсутність другої нирки. У процесі адаптації нирка збільшується в розмірах (гіпертрофується), тому протягом року оперованих турбує



незначний тупий біль в зоні залишилася нирки. Цей симптом не несе небезпеки і з часом зникає самостійно.

Після виписки із стаціонару рекомендується уникати надмірного фізичного навантаження.

Рекомендуються:

- піші прогулянки вранці і ввечері,
- водні загартовуючі процедури (обтирання мокрим рушником, потім душ).

Відомо, що шкіра поряд з нирками виконує видільну функцію, тому необхідно стежити за її чистотою.

Реабілітація після видалення нирки включає заходи по збереженню другої нирки в здоровому стані. Для цього необхідно:

- уникати різних інфекцій сечостатевих, харчових, респіраторних);
- вчасно лікувати хронічні і гострі запальні захворювання (тонзиліт, отит, карієс, синусит, ангіна та ін);
- уникати переохолодження,
- регулярно відвідувати уролога для оцінки функціонального стану другої нирки.

При відсутності ускладнень і хорошої адаптації організму працездатність відновлюється через 1,5-2 місяці після нефректомії.

Запитання до співбесіди

1. Назвіть загальні принципи проведення ЛФК, масажу та фізіотерапії у післяопераційний період в урології.

2. Назвіть протипокази до застосування засобів фізичної реабілітації у післяопераційний період.

3. Дайте характеристику методиці проведення ЛФК, масажу фізичної реабілітації після гастректомії та резекції шлунку.

4. Складіть програму ФР у післяопераційний період після урологічних операцій.



Рекомендована література

1. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.
2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 14.

2 год.

Тема: Фізична терапія хірургічних хворих у санаторно-курортний період.

Мета - вивчити методіку застосування засобів фізичної терапії хірургічних хворих у санаторно-курортний період.

Завдання:

1. Вивчити специфіку, завдання, покази, протипокази до застосування ЛФК у санаторно-курортний період.
2. Опрацювати методіку масажу у санаторно-курортний період фізичної реабілітації.
3. Розглянути принципи поєднання засобів реабілітації постхірургічних хворих.

Матеріали та обладнання: таблиці, масажний стіл, гімнастичний мат.

Короткий виклад теми

Основою санаторного лікування є санаторно-курортний режим. Він передбачає спеціально складений спосіб та ритм життя пацієнтів під час перебування у санаторії; продумане застосування фізичних тренувань і відпочинку, харчування, сну; правильне чергування фізіотерапевтичних процедур та інших лікувальних чинників; поступове загальне навантаження на організм.



Розрізняють такі санаторно-курортні режими: слабкої, помірної та інтенсивної дії.

Режим № 1 слабкої дії, призначають в перші 3-5 днів під час акліматизації і пристосування до нових умов життя. Всі лікувальні заходи спрямовані на поступову адаптацію хворого і носять **щадний** характер. Кліматолікування проводиться у вигляді перебування на верандах, повітряних ванн, прогулянок. Бальнеотерапію призначають найчастіше з третього дня. Рухова активність передбачається у щадному режимі.

Режим №2 помірної дії, передбачає помірно тренуючу дію кліматоте-рапевтичних процедур: повітряних і сонячних ванн, морських купань, водолікувальних процедур, газових і мінеральних ванн, недовготривалих, із невеликою концентрацією інгредієнтів. Рухова активність розширюється і здійснюється за **щадно-тренуючим** режимом, окрім лікувальної фізичної культури, лікувального масажу за показаннями, можуть застосовуватися механотерапія і працетерапія.

Режим № 3 Інтенсивної дії, є заключним. В останні 10-12 днів призначають кліматобальнео- і гідропроцедури у **тренуючому режимі**: збільшення часу дії і концентрації інгредієнтів у воді, частіше їх застосування. Руховий режим тренуючий із застосуванням практично всіх засобів фізичної реабілітації. Використовують вправи великої інтенсивності, тренування на велоергометрах, інтенсифіковані програми з ходьби, плавання, туризму, прогулянок на лижах, спортивних ігор, розважальні заходи.

Лікувальна фізична культура сполучається з усіма засобами фізичної реабілітації і комбінується здебільшого з лікувальним масажем і фізіотерапією у лікарняному і післялікарняному періодах реабілітації. Для більшості хворих застосовують два типи комбінування цих



лікувальних засобів: **перший** спочатку фізичні вправи, потім масаж і через 30-90 хв фізіотерапевтична процедура; **другий** першою проводиться фізіотерапевтична процедура, а через 2-3 год фізичні вправи і потім масаж.

При серцево-судинних захворюваннях рекомендується спочатку зробити масаж, через 30-60 хв лікувальну гімнастику, потім через 1-1,5 год бальнеотерапевтичну процедуру.

Лікувальний масаж органічно поєднується з фізичними вправами. Під час його проведення виконують пасивні і активні рухи, вправи з опором, на розтягнення, розслаблення, властиві для того чи іншого суглоба.

Лікувальний масаж може поєднуватися з фізіотерапією у різній послідовності. Він нерідко передує фізіотерапевтичним процедурам, що підвищує їх ефективність, зокрема сприяє проникненню ліків.

Фізіотерапія практично завжди застосовується з фізичними вправами і масажем. Значно підвищується ефективність занять ЛФК після фізіотерапевтичних процедур, що зменшують біль.

Фізіотерапевтичні процедури часто комбінують з масажем. При лікуванні захворювань і травм опорно-рухового апарату і периферичної нервової системи, таких, як тугорухливість суглобів, рубцеві контрактури, удари, розтягнення, неврити, невралгії тощо.

Механотерапія більш ефективна у поєднанні з лікувальною гімнастикою, вправами у воді, електростимуляцією, тепловими процедурами, лікувальним масажем. Ці чинники підготують тканини до розтягнення, зменшують імовірність появи болю при розробці суглобів або сприяють його ліквідації у випадку виникнення.

Працетерапія комплексується з ЛФК, що зміцнює м'язи, відновлює їх витривалість і координацію, виробничі



і побутові рухи, поліпшує функціональні можливості організму, тренує його і готує до фізичних і трудових навантажень, підтримує працездатність.

Запитання до співбесіди

1. Дайте характеристику завданням, показам, протипоказам до застосування ЛФК у санаторно-курортний період.

2. Проаналізуйте методику масажу у санаторно-курортний період фізичної реабілітації після абдомінальних операціях.

3. Проаналізуйте методику масажу у санаторно-курортний період фізичної реабілітації після торакальних операціях.

4. Складіть схему процедури ЛФК та комплекс фізичних вправ у санаторно-курортний період після операції на органах черевної порожнини та грудної клітки.

Рекомендована література

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. 3-тє вид., перероблене та доповн. К. : Олімп. Л-ра, 2010. 488 с.

2. Мурза В. П. Фізична реабілітація : навч. посіб. К. : Орлан, 2004. 559 с.

3. Мурза В. П., Мухін В. М. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.



4. РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ

Поточне тестування та самостійна робота																Підсумковий тест (екзамен)		Сума
Змістовий модуль №1																40		
Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	МК	МК	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	1	2	
4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	20	

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка за національною шкалою	
	для курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90 – 100	відмінно	зараховано
82-89	добре	
74-81		
64-73	задовільно	
60-63		
35-59	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0-34	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни



РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Григус І. М., Нагорна О. Б., Горчак В. В. Реабілітаційне обстеження у практиці фізичного терапевта : навчальний посібник. Рівне, 2017. 150 с. Схвалено до друку Вченою радою НУВГП (протокол № 6 від 29.06.2017). URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/view/shufr/05-07->
2. Медицинская реабилитация: руководство. Том III. / ред. В. М. Боголюбов. М., 2007. 584 с.
3. Мурза В. П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб. К. : Наук, світ, 2008. 246 с.
4. Нагорна О. Б., Горчак В. В. Основи фізичної реабілітації : навчальний посібник. Рівне, 2017. 128 с. Схвалено до друку Вченою радою НУВГП (протокол № 3 від 19.04.2017). URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/view/shufr/05-07-01.html>
5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и научных работников / ред. А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. М. : Антидор, 2002. 440 с.
6. Українська Асоціація фізичної терапії. URL: www.physrehab.org.ua