УДК 616.1:616.2]-036.82-084-02:[616.98:578.834]-06
Полянська О.С., д.мед.н., професор,
Гулага О.І., к.мед.н, асистент,
Москалюк І.І., к.мед.н., асистент
Буковинський державний медичний університет
м.Чернівці, Україна

КАРДІОРЕСПІРАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ COVID 19 ЗА УЧАСТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ

Коронавірус SARS-CoV-2- новий вірус, який спричинив розвиток респіраторних захворювань у людей, зокрема гострої респіраторної хвороби COVID-19. Більшість пацієнтів, які перехворіли на COVID-19 мають легкі або помірні симптоми й одужують без спеціального лікування. Фізичні вправи в цьому випадку збільшують рівень захисних антитіл і лейкоцитів, захищаючи організм від бактеріальних і вірусних захворювань, що дозволяє організму ефективніше боротися з інфекцією. На імунну систему впливають регулярні фізичні вправи або, навпаки, їх відсутність. Малорухливий спосіб життя негативно впливає на імунітет, так само як і надмірне навантаження Але наслідки перенесення інфекції можуть бути настільки серйозними, що вимагають ще тижнів та місяців спеціальної реабілітації, після виписки з лікарні. Адже вірус вражає не лише легені, але і серцево-судинну систему з виникненням інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії, міокардиту, виникнення або прогресування серцевої недостатності..

Такі пацієнти потребують спеціальних заходів, які починається з огляду спеціалістів мультидисциплінарної реабілітаційної команди: встановлення реабілітаційного діагнозу за МКФ, визначення реабілітаційного прогнозу мультидисциплінарною командою, складання індивідуальної програми

реабілітації,оцінювання стану та можливості пацієнта отримувати послугу з медичної реабілітації на амбулаторному або стаціонарному рівні, оцінка стану та можливості переходу на інший етап реабілітації з використанням міжнародних стандартизованих інструментів обстеження та оцінки, організація навчання пацієнтів та родини особливостям догляду,запобіганню імовірних ускладнень та дотриманню рекомендацій.Легенева реабілітація має наступні цілі: 1) зменшення задишки; 2) покращення функції зовнішнього дихання; 3) менеджмент будь-яких респіраторних ускладнень; 4) зменшення впливу респіраторних симптомів на психічне здоров'я. Легенева реабілітація також має на меті поліпшення м'язової сили та витривалості з використанням вправ:1) тренування для регулювання ритму дихання; 2) техніки для зміцнення дихальних м'язів; 3) спеціальні вправи для покращення дренажу дихальних шляхів.

Для суб'єктивної оцінки важкості фізичних навантажень використовується шкала суб'єктивної оцінки фізичного навантаження- RatingofPerceivedExertionScale (RPE), шкала Боргапри виборі активності і до якої слід звертатись в міру збільшення фізичного навантаження. За її допомогою хворі оцінюють своє суб'єктивне відчуття під час і після виконання різного роду вправ, включаючи задишку та втому, за шкалою від 6 (повна відсутність навантажень) до 20 (максимальна напруга). Легкі за інтенсивністю вправи еквівалентні кількості балів до 11, коли людина відчуває мінімальне навантаження і здатна вести повноцінну розмову. Така діяльність може включати домашні справи та роботу в саду, спокійну повільну ходьбу та вправи на рівновагу або йогу. Також можуть бути включені дихальні вправи, розтяжка та легкі вправи на загальне зміцнення.Рекомендується протягом перших сім днів (етап I) виконувати надзвичайно легку активність (RPE 6-8), включаючи гнучкість та дихальні вправи, після чого наступні сім днів (етап II) включають активність легкої інтенсивності

(RPE 6-11), таку як ходьба та легка йога, з поступовим збільшенням на 10-15 хв на день при задовільній переносимості. Перехід до більш складних рухових навантажень на етапах III-IV має здійснюватись залежно від здатності пацієнтів. Вправи можуть включати два 5-хвилинні блоки активності, такі як швидка ходьба, підйом і спуск по сходах, біг підтюпцем, плавання або їзда на велосипеді, розділені блоком відновлення. Людина не повинна відчувати, що вправа є "важкою", пропонується працювати до RPE 12-14 (помірна інтенсивність, задишка відсутня, можливо підтримувати розмову). Після завершення етапу IV люди повинні почуватись здатними повернутися до свого базового рівня активності.

Реабілітація повинна починатись в гострому періоді хвороби, особливо, в палатах реанімації та інтенсивної терапії, навіть, коли пацієнт знаходиться на штучній вентиляції легень, для профілактики пролежнів, тромбозів, атонії м'язів. З пацієнтом проводиться лікувальна респіраторна гімнастика, позиціонування пацієнта, постуральний дренаж.Для цього можуть використовуватись апаратура для ранньої реабілітації-приліжкові тренажери-мотомеди, вертикалізатори для поступового переводу пацієнта з лежачого положення в вертикальне, апаратна фізіотерапія з стимуляцією дихальних м'язів і діагфрагми для прискорення переводу пацієнта на самостійне дихання. Якщо у пацієнта на тлі COVID-19 виник інфаркт міокарда, пацієнта треба вести за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми з застосуванням лікувальної гімнастики №1 та №2. Важлива психологічна реабілітація, адже потрібно не лише заспокоїти пацієнта, але і мотивувати його на необхідність заняття дихальною гімнастикою, оскільки пацієнт ослаблений, має м'язову гіпотонію або атонію і йому важко займатись з реабілітологом. На тлі гіпоксії страждає пам'ять, увага, концентрація, швидкість мислення, які теж можуть лікуватися руховою активністю. В підгострому періоді хвороби може-

залишатись задишка або порушення голосу, пам'яті, функцій вживання їжі. Реабілітація передбачає багатогранний вплив з використанням статичних та динамічних дихальних вправ, масажу, нутритивної підтримки, психотерапії, апаратної фізіотерапії, правильного харчування. При наявному інфаркті міокарда застосовується режим напівліжковий та вільний з застосуванням лікувальної гімнастики №3 та №4.

На відміну від класичної дихальної гімнастики, основний комплекс вправ на довготривалому етапі після COVID-19 має бути спрямований не на роботу з опором на видиху, а на поліпшення вентиляційної функції легенів за рахунок збільшення рухливості грудної клітки, екскурсії діафрагми, зміцнення дихальних м'язів, тому традиційні дихальні методики (наприклад, надування повітряних кульок), які спрямовані на роздування альвеол, не повинні використовуватись у пацієнтів без додаткових обстежень.У пацієнтів можуть довго зберігатись інфільтративні зміни в легенях при відсутності позитивного тесту на COVID-19 тпривідсутності вірусу в організмі і супроводжуватись задишкою при невеликому навантаженні та ходьбі в повільному темпі. Проведення реабілітаційних заходів за участі мультидисциплінарної команди за участю лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, психолога, інфекціоніста, пульмонолога, кардіолога, психолога, дієтолога може нормалізувати стан пацієнта, попереджувати розвиток фіброзу в легенях, покращувати якість життя після COVID-19 на тлі супутньої серцево-судинної патології.

Список використаних джерел

1. Всемирная Организация Здравоохранения: [саит]. URL: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus -2019.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація: [Підручник] / В. М. Мухін. – К.: ОлімпіиськаЛітература , 2005- 472 с.

3. Основи реабілітації, лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, масажу За ред.. проф. Клапчука В.В., Полянської О.С.- Чернівці, Прут.-2011-208с.
4. Фізична реабілітація , спортивна медицина . Підручник/В.В.Абрамов, В.В.Клапчук, О.Б.Неханевич [та ін.]; за ред.. В.В.Абрамова, О.Л.Смирнової.-Дніпропетровськ, Журфонд, 2014-456с.
5. Negrini S, Ferriero G, Kiekens C, Boldrini P. Facingin real time the challenges of the Covid-19 epidemic for rehabilitation [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. Eur J PhysRehabilMed. 2020;10.23736/S1973-9087.20.06286-3.doi:10.23736/S1973-9087.20.06286-3
6. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation following criticalill nessin people Post a cute Care Preparedness for COVID-19: Thinking Ahead [published online a head of print, 2020 Mar 25]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.4686. doi:10.1001/jama.2020.4686