УДК 615.8

Пономаренко В.І.[1], Шафранова К.В.[2], Артеменко А.Б.[3]

[1]д-р мед. наук, професор, Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»;

[2]канд. екон. наук, доцент, Житомирського економіко-гуманітарного інституту Університету «Україна»;

[3]PhD, Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМИ

Елементи здоров'я природно-натуральні і об'єднують в собі гігієну, спокійний збалансований психічний стан, правильне харчування, стабільне положення на роботі і вдома та достатні фізичні навантаження.

Проблеми збереження здоров'я і подовження активного життя – вельми актуальні для громадян України у сучасний та повоєнний періоди.

Критично зростає кількість травмованих внаслідок війни, а суспільство потребує негайних кваліфікованих втручань для діагностики, лікування і реабілітації від фізичного та психічного травмування організму.

Фахівець-реабілітолог складає індивідуальну комплексну програму на підставі загальних медичних і гігієнічних навичок, на

матеріалістичних підставах з розумінням явищ та економічних і технічних можливостей.

Актуальність теми роботи передбачає необхідність формулювання реабілітологом, на засадах патогенетичних передумов, порушення гомеостазу внаслідок травми, індивідуального підходу при побудові програми комплексної реабілітації органу, системи і організму в цілому.

В цю систему входять механізми компенсації і нормального функціонування, бо патологічний процес порушує склад і реакцію внутрішнього середовища.

Методологічні і фізіологічні механізми авторегуляції складають систему нейрогуморального захисту організму.

Зовнішні або внутрішні впливи (травма, інфекції, охолодження, гравітаційні навантаження, зміни ефективного циркулюючого об'єму, концентрація O2 і CO2 у крові або її pH, біль, емоційні стимули, енергетичні субстрати, температура) збуджують лімбіко-ретикулярну формацію головного мозку через гіповолемію і біль (підвищення АТ, пригнічення продукції інсуліну, олігурії, гіпокалімії, метаболічного ацидозу, від'ємного азотистого балансу, дефіциту енергії та зменшення кліткової маси). Таб. 1.

Головними компонентами рідинних порожнин організму – є вода, катіони і аніони, і при травмі їх кількість може бути критичною для підтримки гомеостазу і потребують негайної корекції. [1].

Таблиця 1.

Реакція нейроендокринної системи на пошкодження
(Бутилін Ю.П. з спів. 2003)

Гормон	Виділення гормонів	
	посилено	знижено або незмінно
Адреналін	β-ендорфін	Інсулін
Норадреналін	Гормон зросту	Естрогени
Допамін	Пролактін	Тестостерон
Глюкагон	Соматостатин	Тіроксін
Ренін	Ейкозеноїди	Трийодтиронін
Ангіотензін II	Гістамін	Тіреотропін
АКТГ	Кініни	Фолікулостимулюючий
Кортизол	Серотонін	Лютеінізуючий гормон
Альдостерон	Інтерлейкін	Інсуліноподібний гормон
АДГ	Фактор некрозу пухлин	

Формування комплексної програми реабілітації після травми має багато складових, але головними напрямками залишається мотивація пацієнта, лікувальна фізкультура, збалансоване харчування. [2].

Практика роботи з ветеранами і воїнами сучасної війни розділяє їх на тих, хто самостійно психологічно повернулися до мирного життя і сприяють реабілітації, і тих, кому це не вдалося і вони потребують консультації по поясненню симптомів, супроводу адаптаційного процесу, особливо на тлі у деяких, їх асоціальної поведінки.

Разом з реабілітологом формується позиція подолання неспроможності використовувати наявні можливості зміни ситуації на краще, непродуктивної пасивної поведінки і труднощі взаємопорозуміння з оточуючими.

Зменшується замкнутість, невпевненість у собі, наслідки сукупності психічних і соматичних порушень, обумовлених довгостроковим перебуванням в стаціонарі.

Це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і поведінки у період адаптації до значимих змін у житті чи стресової події. [3].

Фізичні вправи, у разі їх правильного та своєчасного застосування у реабілітації хворих з травмами та захворюваннями опорно-рухового апарату, а також після оперативних втручань – допомагають активізувати м'язові скорочення, прискорюють загальний та місцевий кровообіг, поліпшують обмін речовин та хімізм м'язового скорочення, збільшення їх об'єму та еластичності.

Поліпшується кровообіг суглобів та живлення хрящової тканини, посилюється продукція синовіальної речовини, збільшується еластичність суглобової капсули.

Механізм дії фізичних вправ впливає на процес регенерації і відновлення, має загальний зміцнювальний і тонізуючий вплив на організм та поступову адаптацію хворого після травми до фізичних навантажень, запобігає можливим ускладненням та допомагає створити компенсаторні пристосування.

Важливий контроль якості періодів курсу лікувальної фізкультури: імобілізації, післяімобілізації, відновлювання. Реабілітаційні заходи проводити по затвердженим методикам ЛФК. [4].

Дуже якісним елементом в реабілітації травми є гідрокінезотерапія, купання і вправи в басейні з температурою води 28 – 30 – 32 0С для зняття болю, збільшення рухів, стимуляція регенерації кісткової тканини.

Харчування хворих після перенесених травм будується по принципу раціонального, повноцінного, збалансованого харчування і

повинно сприяти підвищенню захисних сил організму, прискоренню загоєння пошкоджених ділянок тіла, зрощення кісток.

При великих травмах в організмі посилюється розпад білка, мінеральних речовин. У зв'язку з цим дієта передбачає підвищений вміст білка, а також кальцію, фосфору та обмеження повареної солі до 7 г/добу.

Особливе значення в харчуванні набувають молочні продукти, особливо сир м'який, сир твердий, а також яйця, м'ясо, риба.

З метою поліпшення обміну речовин і для збалансованості раціону необхідно одночасне збільшення в дієтах вітамінів С, А та групи В.

Дієта хворих після перенесених травм повинна містити: білки 130 – 140 г; жири 110 – 120 г; вуглеводи 350 – 400 г; енергоцінність 2300 – 2600 ккал; вода 1,5 л.

Рекомендуються у будь-якому вигляді фрукти, ягоди, сухофрукти, горіхи, насіння соняшника. Для страв із овочів – білокачанна та цвітна капуста, буряк, перець солодкий, петрушка, селера, цибуля, оливки, зелень. Супи – круп'яні, молочні протерті. Страви – з м'яса, птиці, риби. Макаронні вироби. Каші – з гречаної, вівсяної та перлової круп на молоці, бурий рис. Яйця варені м'які, паровий омлет. Масло вершкове і олію – добавляти у страви. Хліб і вироби з пшеничного борошна, учорашньої випічки або підсушені у вигляді сухарів. Чай – не міцний, з молоком, фруктові та ягідні соки, відвари шипшини, перечної м'яти.

Забороняються: гострі закуски, смажені страви, гриби, ріпа, бруква, редька, щавель, прянощі, солоні закуски, консерви, кава, спеції, маринади, газовані напої, морозиво, алкоголь.

Реабілітацію дієтотерапією слід проводити після індивідуального визначення харчового статусу, енерговитрат, складання середньодобової кількості продуктів і семиденного меню по сезонам року. [6].

Висновки:

1. Патогенетичні передумови побудови програми комплексної реабілітації після травми – дає розуміння складу впливових речовин і реакції внутрішнього середовища та формує індивідуальний підхід при реабілітації. [6].

2. Майже всі пацієнти у стані суб'єктивного дістресу і розладу потребують сумісних зусиль реабілітаційної команди для підтримки мотиваційної поведінки пацієнта у період адаптації і подальшої суспільної діяльності.

3. Механізм дії фізичних вправ впливає на відновлення органу, системи та організму в цілому, створюють компенсаторні пристосування. Корисним і ефективним елементом в реабілітації після

травми є гідрокінезотерапія для зняття болю, збільшення рухів, стимуляція регенерації тканини.

4. Харчування хворих після перенесених травм являється не тільки ефективним самостійним чинником, але і сприяє укріпленню гомеостатичний потенціал у комплексній реабілітації.

5. Нашою багаторічною діяльністю по комплексній реабілітації травми і опоро-рухового апарату в цілому, доведено, що правильна і професійна її організація досягає 98,8 % ефективності оздоровлення, особливо в умовах санаторно-курортної реабілітації в рекреації. [7, 8].

Список використаних джерел:

1. Бутилін Ю.П. з спів. Інтенсивна терапія невідкладних станів. Патофізіологія, клініка, лікування. Атлас. Київ. 2003. 522 с.

2. Сокрут В.Н. з спів. Медична реабілітація у спорті. Керівництво для лікарів і студентів. Донецьк. 2011. 619 с.

3. Плєтка О. Чаплинська Ю. Як піклуватися за себе: екологічність в роботі фахівців соціальної сфери. Методичний посібник. Київ. 2016. 113 с.

4. Фісенко Л.І. з спів. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. Київ. 2005. 400 с.

5. Пономаренко В.І. з спів. Дієтотерапія на курорті Бердянськ. Методичний посібник. Київ. 2012. 432 с.

6. Пономаренко В.І. з спів. Складання реабілітаційних програм. Навчальний посібник. Запоріжжя. 2017. 529 с.

7. Пономаренко В.І. з спів. Менеджмент закладів оздоровлення та відпочинку в рекреації. Навчально-методичний посібник для студентів і фахівців. 2005. 416 с.

8. Пономаренко В.І. Милиця К.М. з спів. Комплексні методики реабілітації хворих у санаторії. Ч. 3. Запоріжжя. 2021. 268 с.