УДК 615.859:616.379-008.64
Півторак Д.В.[1], Бурка О.М.[2]
[1]студент, НУ «Запорізька політехніка»;
[2]канд. пед. наук, доцент, НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ЕМФІЗЕМІ ЛЕГЕНЬ

Емфізема є загальновідомою та інтенсивно дослідженою клінічною медичною проблемою, і в літературі є численні роботи з її етіології, патогенезу, патоморфології, патофізіології та діагностики емфіземи.

Слово «емфізема» походить від давньогрецького і означає «здуття, припухлість». У клінічній медицині перші публікації про патологічні стани легенів, пов'язані з набряком, датуються 1679 і 1769 роками. У 1821 році французький лікар Рене Лайнеке, винахідник стетоскопа, використав термін «емфізема» у своїй книзі «Про хвороби грудної клітини». У «Трактаті про захворювання грудної клітини та стемпатологію» він описує клінічні та аускультативні ознаки емфіземи, які можна розпізнати протягом життя пацієнта, і пов’язує цей стан з астмою та бронхітом [1].

Отже, протягом тривалого часу клінічному визначенню емфіземи не вистачало конкретності, і визначення відрізнялися у кожній країні. Сьогодні накопичено багато знань про емфізему легенів, яка вже давно по-різному визначається клініцистами, патологами та епідеміологами. Зміна термінології призвела до плутанини та ризику скасування попередніх досягнень, і тому сьогодні емфізема визначається як аномальне постійне розширення повітряного простору дистально від кінцевих бронхіол, що супроводжується руйнуванням стінки бронхіоли та за відсутності значного фіброзу [2, с. 39]. Цей стан діагностується за допомогою неінвазивного методу комп’ютерної томографії і у пацієнтів з бронхіальною обструкцією відповідає ХОЗЛ або бронхіальна астма з ХОЗЛ.

До основних проявів емфіземи легень належить:

-Задишка, вираженість якої відображає ступінь дихальної недостатності.

- Кашель із слизистим або слизисто-гнійним харкотинням.

- Розширена бочкоподібна грудна клітка.

- Надключичні ямки випуклі і заповнені розширеними верхівками легень.

- Хворі видихають при зімкнутих губах, надуваючи щоки; при вираженій дихальній недостатності – ціаноз, одутлуватість обличчя.

Таблиця 1.

Класифікація емфіземи легень за А. Н. Окороковим

Класифікація	Характеристика
I. Емфізема, зв'язана тільки з розширенням повітряних порожнин	1. Інволютивна стареча ЕЛ. Вона не призводить до легеневої гіпертензії. 2. Вікарна (компенсаторна) ЕЛ – виникає після однобічної пульмонектомії. 3. Гостре вздуття легень – виникає після аспірації стороннього тіла з наступною обтурацією бронха (утоплення, приступ БА).
II. Емфізема, зв'язана з деструкцією респіраторного апарату. ЕЛ виникає внаслідок незворотніх змін структури респіраторного відділу легень, внаслідок обструкції дихальних шляхів. Розрізняють ЕЛ:	1. Панацинарна – вибіркове розприділення деструкції альвеол. 2. Центрилобулярна – переважне ураження респіраторних бронхіол. 3. Нерівномірне розприділення уражень.

Розвиток патологічного процесу при емфіземі легень можна поділити на три стадії (рис.1):



Рис.1. Стадії патологічного процесу при емфіземі легень

На першій стадії використовуються такі види лікувальної фізкультури: лікувальна гімнастика, веслування, плавання, лижні гонки. При першій стадії емфіземи заняття проводяться у вигляді процедур лікувальної гімнастики в поліклініках [4, с. 47].

Комплекс заходів лікувальної гімнастики включає загальнорозвивальні вправи, статичні та динамічні дихальні вправи, вправи для збільшення рухливості діафрагми, грудної клітки та хребта, вправи на розслаблення м'язів. Вправи для тулуба, живота, верхніх і нижніх кінцівок виконуються із середньою швидкістю. Не можна напружуватися і затримувати дихання. Швидкісні вправи повинні виконуватися в обмеженому обсязі і передбачати рух дрібних груп м'язів [1, с. 65].

У другій стадії захворювання, коли спостерігаються виражені ознаки емфіземи легенів і наростання легеневої недостатності, застосовують ТВ з урахуванням порушення функцій дихання і кровообігу. Для вирішення завдань другого етапу використовуються дозована ходьба і прогулянки [2, с.45]. Такі вправи проводяться в поліклініках або, якщо стан погіршується, в лікарнях. Лікувальну гімнастику зазвичай проводять на 4-6-й день після надходження хворого в стаціонар. Це робиться двічі на день по 15-20 хвилин кожного разу протягом першої половини лікування (дні 7-10) і протягом 25-40 хвилин кожного разу для другої процедури (дні 15-20). Сеанси проводяться індивідуально до тих пір, поки пацієнт не навчиться правильній техніці розслаблення м'язів. Відпрацювання вправ на розслаблення починається з м'язів ніг і потім поступово переходить до м'язів рук, грудей і шиї. Ці вправи виконуються у вихідних положеннях сидячи і стоячи. Надалі важливо звернути увагу пацієнтів на те, що м'язи, які не задіяні у цій вправі, повинні бути розслаблені [4, с. 124]. Наприклад, при виконанні вправ на стиснення ніг і живота пацієнти повинні стежити за тим, щоб м'язи рук, грудей і шиї залишалися максимально розслабленими.

Третя стадія захворювання характеризується появою не тільки легеневої, але і серцево-судинної недостатності. Використовуйте такі форми вправ: заняття ТВ, повільні прогулянки. При явних труднощах з диханням під час ходьби необхідно зупинитися і виконати дихальну гімнастику для регулювання дихання і кровообігу. Для більшості хворих на емфізему з легеневою та серцевою недостатністю протягом усього періоду госпіталізації ЛФК виконують самостійно [3, с. 16]. Заняття здійснюють за методикою розширеного постільного рухового режиму. Пацієнт спочатку лежить на спині з піднятим узголів'ям і виконує дистальні рухи верхніх і нижніх кінцівок із середньою або повільною швидкістю та середньою амплітудою, повторюючи 4–6 разів

кожен раз. Їх слід чергувати з відпочинком і паузами в дихальних рухах. Під час виконання вправи увага хворого зосереджується на тривалому видиху, який можна додатково посилити, стискаючи грудну клітку обома руками на цій фазі дихання. Широко застосовуються вправи на розслаблення м'язів (вихідне положення напівлежачи, тулуб піднятий).

Отже, у заняттях ТВ рекомендується чергувати гімнастичні вправи зі спеціальними дихальними вправами і паузами для відпочинку. Враховуючи знижену функціональну пристосованість організму хворих до фізичних навантажень, не рекомендується проводити вправи у великій кількості.

Вправи з залученням у роботу дрібних і середніх м'язових груп слід повторювати 4-6 разів, із залученням великих м'язових груп – 2-4 рази; спеціальні дихальні вправи – 3-4 рази. Темп виконання вправ – повільний.

Список використаних джерел

1. Petty TL. The history of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2006;1(1):3–14. doi:10.2147/copd.2006.1.1.3

2. Вовканич А. Лікувальна фізична культура при захворюваннях дихальної системи. *Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту.* Л., 2006. Вип. 10, т. 4, кн. 2. С. 31–35.

3. Гусак В. В., Гауряк О. Д. Лікувальна фізична культура. Комплекси вправ: навчально-методичний посібник. Чернівці: ЧНУ, 2012. 276.

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005. С. 329