



# ПРАВО НА РЕАБІЛІТАЦІЮ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ

Квітень 2020, № 4 (7)

## РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ У СВІТЛІ ПОШИРЕННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Виникнення та поширення коронавірусу 2 (SARS-CoV-2) та захворювання, зумовленого ним (COVID-19) в Китаї наприкінці 2019 року спричинило глобальну пандемію та на цей час є основним питанням до якого прикута увага сфери охорони здоров'я (Lai, Shih, Ko, Tang, & Hsueh, 2020).

Пандемія коронавірусної інфекції ставить нові виклики усім громадським сферам життя суспільства та індивідуально для кожної людини. Сфера реабілітації також повинна працювати у нових умовах, з одного боку враховуючи обмеження впроваджених заходів безпеки, а з іншого – потреби людей, яким необхідна фізична терапія та реабілітаційна допомога.



**В** умовах карантину для багатьох пацієнтів важливо мати доступ до реабілітації, оскільки деякі стани вимагають тимчасової, але невідкладної фізичної терапії, інші – систематичної, без тривалих перерв. Якщо фізична терапія є недоступною, низка пацієнтів може стикнутися із тривалим погіршенням стану (Rehabilitation during and after the Covid19 pandemic: A CSP Policy Statement, 2020), виникненням незворотних змін у здоров'ї та збільшенням ризиків ускладнень.

Відповідно, в умовах пандемії SARS-CoV-2 слід розглядати фізичну терапію як складову реабілітації та лікування **трьох умовних категорій пацієнтів** (Pedersini, Corbellini, Villafañe, & Hugo, 2020):

- **хворих на COVID-19 та тих, хто одужав;**
- **осіб, із не критичними станами, які потребують реабілітації (наприклад, хронічні захворювання);**
- **осіб зі станами, які вимагають невідкладної фізичної терапії.**

Клінічні настанови провідних організацій світу щодо фізичної терапії хворих на COVID-19 зорієнтовані, в основному, на госпіталізованих пацієнтів у середньоважкому, важкому та критичному станах. Ці настанови не є остаточними, постійно переглядаються із врахуванням нових даних щодо прояву захворювання та ефективності реалізованих втручань.

На даний час заклади охорони здоров'я, які надають послуги фізичної терапії пра-

цюють з обмеженням прийому планових пацієнтів; реабілітаційні центри та кабінети, які не є закладами охорони здоров'я не приймають пацієнтів. Мета таких обмежень – захист найбільш уражених верств населення від зараження SARS-CoV-2 та безпека персоналу відповідних закладів. Основною рекомендацією у таких умовах для пацієнтів, із не критичними станами є продовження фізичної терапії у домашніх умовах та впровадження телереабілітації. Зокрема, низка досліджень та систематичних оглядів виявили високу ефективність телереабілітації, інколи навіть спів розмірну, у порівнянні з звичайною очною терапією (Hansen et al., 2020; Koh & Hoenig, 2020; Li et al., 2020).

**Телереабілітація** – це надання професійних послуг з фізичної терапії на відстані, використовуючи телекомунікаційні технології як середовище надання послуг (Truex, 2019). Телереабілітація стосується всіх аспектів догляду за пацієнтами, включаючи опитування пацієнтів, реабілітаційне обстеження та оцінювання, терапію, консультації, освіту та навчання.

Для телереабілітації використовуються відеоконференції, електронна пошта, мобільні додатки, веб-комунікація тощо.

**Телереабілітація у ЦФР «Формула руху»:**

[www.formula-rukhu.com.ua/online](http://www.formula-rukhu.com.ua/online)

**Послуги телереабілітації в Україні:**

[www.facebook.com/uptaua/](https://www.facebook.com/uptaua/)

[posts/662438654540177?\\_tn\\_ =K-R](https://posts/662438654540177?_tn_ =K-R)

раїні першими послуги телереабілітації почали надавати приватні реабілітаційні заклади. Це дає змогу знизити тиск на державну систему охорони здоров'я та створити базу для наступного розвитку телереабілітації у державі.

**Катерина Тимрук-Скоропад,**

канд. фіз. вих. і с., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури, співзасновник ГО ВО фізичних терапевтів та центру фізичної реабілітації «Формула руху»

### В ЦЬОМУ ВИПУСКУ

- Люди з інвалідністю в Україні під час COVID-19: набуті уроки та подальші дії ..... 2
- Покази до фізичної терапії у пацієнтів із COVID-19 ..... 3
- Фізична терапія для пацієнтів із важким та критичним перебігом COVID-19 ..... 4 – 5
- Актуальність легеневої реабілітації ..... 6 - 7

**АНАЛІТИКА**
**ЛЮДИ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС COVID-19:  
НАБУТІ УРОКИ ТА ПОДАЛЬШІ ДІЇ**


**А**дже: люди з інвалідністю належать до групи підвищеного ризику, бо окрім основних функціональних порушень, більшість з них мають супутні захворювання;

проведенні у 2019 році гендерні аудити доступності медичних закладів, сільських амбулаторій (в т. числі новозбудованих) в більш, як 10 областях України встановили факт фізичної недоступності переважної більшості медичних закладів, а отже вони не зможуть надавати послуги особам з інвалідністю. Коли були визначені в регіонах, м. Києві медичні заклади, які будуть приймати хворих з COVID-19, стало зрозумілим, що більшість з них не адаптовані під потреби пацієнтів з інвалідністю;

не всі люди з інвалідністю, яким потрібна щоденна допомога, можуть дотримуватись соціальної дистанції та ізоляції;

обмеження руху міського транспорту унеможливило пацієнтам з інвалідністю, які отримують постійне підтримуюче лікування, діставатись до медичних закладів, адже далеко не в кожному населеному пункті є соціальний транспорт;

не усі особи з інвалідністю мають комп'ютер, планшет, сучасний телефон, тому донесення інформації про ситуацію, особливо в сільській місцевості людям літнього віку з інвалідністю має суттєві труднощі;

особи з інвалідністю/ діти з інвалідністю, які перебувають в державних закладах опіки потребують додаткової уваги та введення заходів на рівні закладів у зв'язку з пандемією. Інформація має бути донесена до клієнтів в доступному форматі, в тому числі мовою легкого читання;

матері/татусі, які самі виховують дітей з інвалідністю; опікуни (групи ризику за віком), не мають інформації та не знають, що їм робити із дітьми, якщо вони захворіють і підуть на самоізоляцію;

не усі жінки та чоловіки з інвалідністю, які проживають самостійно та потребують допомоги соціального працівника володіють інформацією, куди звертатись по допомогу, якщо їх соціальний працівник пішов на самоізоляцію;

відсутня інформація для жінок та чоловіків з інвалідністю, родин, які виховують дітей з інвалідністю, як можна забезпечити доставку засобів гігієни, ліків у села, міста; як можна в умовах ізоляції переформити інвалідність, отримати необхідні довідки тощо;

не всі діти з інвалідністю, функціональними порушеннями, які перебували на інклюзивному навчанні, а зараз знаходяться вдома через COVID-19, можуть долучатись до онлайн - навчання (відсутній переклад на жестову мову; подача інформації під час уроку не завжди враховує особливості сприйняття інформації дітьми з інвалідністю та ін.) тощо.

Як доводить практична робота НАІУ, зібрана інформація, отриманий досвід під час пандемії можуть слугувати впровадженню СИСТЕМНИХ змін в політиці для забезпечення захисту, безпеки осіб з інвалідністю при надзвичайних ситуаціях.

НАІУ розпочала аналіз інформації, яка надходила від приватних осіб, громадських організацій людей з інвалідністю, фахівців, вчителів, медиків з різних регіонів України, і ми продовжуємо цю роботу щодо вивчення ситуації з жінками, чоловіками та дітьми з інвалідністю.

Хочемо подякувати **Світлані Демко** (Вінниця) за інформацію про батьків і опікунів, які виховують дітей та молодь з інвалідністю; **Руслану Імеремі** за оперативну інформацію по ситуації з підопічними в деяких психонев-

Сьогодні в мережі Інтернет можна знайти багато інформації, яка стосується впровадження заходів з боротьби з COVID-19.

Національна Асамблея людей з інвалідністю (НАІУ), яка об'єднує 117 організацій людей з різними видами інвалідності з більшості регіонів України та представляє інтереси багатьох людей, що живуть з інвалідністю, почала шукати інформацію, протоколи, рекомендації, що стосуються цієї групи населення, щоб вчасно допомогти і упередити небезпечні виклики, проаналізувати ситуацію і надати рекомендації залучивши експертів з інвалідністю.

рологічних будинках інтернатах; **Лесі Валяєвій** (Черкаси) за інформацію по стомованим хворим, дітям з інвалідністю, за щоденну гуманітарну і психологічну допомогу самотнім, людям літнього віку; **Тетяні Баранцовій** за інформацію по Луганській області щодо жінок з інвалідністю, в тому числі з сільської місцевості, щодо сімей, які виховують дітей з інвалідністю, а також, щодо дітей, які залишились в державних закладах опіки; **Нелі Ковалюк** за інформацію по Житомирській області щодо надання послуг під час COVID-19 жінкам та чоловікам з інвалідністю; **Валентині Добридіній** (Чернівці) щодо ситуації з людьми з інвалідністю; **Олені Скрипко** за інформацію про дітей з інвалідністю, по жінкам, родинам, які виховують дітей з інвалідністю та різними функціональними порушеннями; **Ангеліні Скачко** (м. Краматорськ) за інформацію по сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю та людям з інвалідністю літнього віку, а також ВСІМ, хто долучився до цієї роботи, телефонував і надсилав інформацію.

Здавалось, що рекомендації для людей з інвалідністю не будуть відрізнятись від рекомендацій, які надані МОЗ для усіх інших людей: соціальна дистанція; перебування вдома; миття рук, використання масок, рукавичок, контактування з сімейним лікарем тощо; а також, якщо немає іншого виходу, то користування спеціальними годинами для відвідування магазинів для осіб групи ризику (в деяких магазинах є години, коли обслуговують тільки людей літнього віку, наприклад з 9.00 до 10.00 ранку); використання інформації управлінь соціального захисту населення щодо доставки товарів та ін.

Але, виявилось, що є **ОСОБЛИВІ ПОРАДИ**:

- дезінфікуйте крісла колісні, тростини, ходунки, допоміжні засоби, які ви використовуєте в громадських місцях;
- зберіть інформацію про лікарні (за місцем вашого проживання), які під час пандемії можуть надавати екстрені медичні послуги і як туди дістатись;
- складіть список, кого зможете додатково запросити (друзі, сусіди, знайомі тощо), якщо ваш опікун, або соціальний працівник, який приходив раніше, підуть на самоізоляцію;
- складіть список державних закладів, громадських організацій людей з інвалідністю, які надають послуги у вашій громаді; дізнайтесь про можливі зміни у зв'язку з пандемією;
- переконайтесь кожного разу, що соціальний працівник, відвідуючи вас, дотримується усіх засобів особистого захисту.

В міру своїх можливостей допомагайте іншим. Поспілкуйтесь з громадськими організаціями людей з інвалідністю і запитайте, яка допомога їм потрібна.

Національна Асамблея людей з інвалідністю України буде продовжувати аналізувати ситуацію щодо людей інвалідністю під час пандемії COVID-19. **Ми відкриті до співпраці** з усіма зацікавленими особами та організаціями.

Хто бажає долучитись звертайтеся до Секретаріату НАІУ:

[office-naiu@ukr.net](mailto:office-naiu@ukr.net).

Контактна особа – Лариса Байда, начальник відділу НАІУ [bayda.naiu@gmail.com](mailto:bayda.naiu@gmail.com).



## ПОКАЗИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ COVID-19

Пацієнтів із підозрою або підтвердженням COVID-19 не слід в обов'язковому порядку скеровувати на фізичну терапію. В даний час немає повідомлень, які дозволяють припустити, що пацієнти із COVID-19 мають виражене продукування секрету, що потребує інтенсивної респіраторної фізичної терапії та очищення дихальних шляхів. Втручання фізичної терапії, ймовірно, матиме обмежену користь у гострих стадіях захворювання. Фізичні терапевти відіграватимуть найбільшу роль у реабілітації пацієнтів із COVID-19, які матимуть зниження свого функціонального рівня відносно вихідного після гострого періоду та у віддалені періоди (Moses, 2020).

Окрім того, ВОЗ рекомендує обмежити кількість працівників охорони здоров'я, які контактують із пацієнтами з COVID-19, обмеживши кількість присутніх у приміщенні до абсолютного мінімуму, необхідного для догляду та підтримки пацієнта (WHO, 2020). Втручання фізичної терапії повинні бути рекомендовані лише тим пацієнтам із COVID-19, які відповідають визначеним критеріям (Thomas et al., 2020).

### Критерії залучення пацієнтів із COVID-19 до фізичної терапії

	Характеристика пацієнта із підозрою або підтвердженням COVID-19	Скерування на фізичну терапію
Респіраторна фізична терапія	Легкі симптоми без значного дихального компромісу, наприклад, лихоманка, сухий кашель, відсутні зміни рентгенографії грудної клітки	Втручання фізичної терапії для очищення дихальних шляхів або взяття проб мокротиння не рекомендовані. Фізична терапія не застосовується.
	Пневмонія з наступними проявами: Низька потреба в кисні (наприклад, витрата кисню $\leq 5$ л / хв для $SpO_2 \geq 90\%$ ); Непродуктивний кашель; Пацієнт кашляє і здатний самостійно очищати дихальні шляхи від мокротиння.	Втручання фізичної терапії для очищення дихальних шляхів або взяття проб мокротиння не рекомендовані. Фізична терапія не застосовується.
	Легкі симптоми та / або пневмонія і супутнє респіраторне або нервово-м'язове захворювання (наприклад, муковісцидоз, нервово-м'язова хвороба, травма спинного мозку, бронхоектатична хвороба, ХОЗЛ тощо) та наявні або очікувані труднощі з очищенням дихальних шляхів від секретів.	Скерування на фізичну терапію для очищення дихальних шляхів. Персонал дотримується запобіжних заходів. Пацієнти повинні носити хірургічну маску під час фізичної терапії.
	Легкі симптоми та / або пневмонія і наявність ексудату з утрудненням очищення або неможливістю самостійно очищати секрет (наприклад, слабкий, неефективний та вологий кашель, аускультативно вологі хрипи тощо).	Скерування на фізичну терапію для очищення дихальних шляхів. Персонал дотримується запобіжних заходів. Пацієнти повинні носити хірургічну маску під час фізичної терапії.
Мобілізація та фізичні вправи	Важкі симптоми, що свідчать про пневмонію / інфекцію нижніх дихальних шляхів (наприклад, підвищення потреби в кисні, лихоманка, утруднене дихання, часті, сильні або продуктивні епізоди кашлю; рентгенографія грудної клітки / КТ / УЗД легень, що відповідає консолідації).	Слід розглянути можливість скерування на фізичну терапію для очищення дихальних шляхів. Фізична терапія може бути показана, особливо тим пацієнтам, які мають слабкий кашель, продуктивний та / або докази наявності пневмонії при візуалізації та / або затримки секретів. Персонал дотримується запобіжних заходів. Пацієнти повинні носити хірургічну маску під час фізичної терапії. Рекомендується дострокова оптимізація догляду та залучення до відділення інтенсивної терапії.
	Будь-який пацієнт, що має великий ризик розвитку або вже наявні значні функціональні обмеження, наприклад: <ul style="list-style-type: none"> <li>ослаблені пацієнти або ті, які мають численні коморбідні захворювання, що впливають на їх незалежність;</li> <li>мобілізація, фізичні вправи та реабілітація пацієнтів, які перебувають у стаціонарному відділенні, зі значним функціональним зниженням та / або ризиком розвитку синдрому м'язової слабкості у палаті інтенсивної терапії (ICU).</li> </ul>	Скерування на фізичну терапію. Застосовуйте крапельні заходи безпеки. Використовуйте повітряні заходи безпеки, якщо потрібен тісний контакт або можливе продукування крапельного аерозолу (AGPs). Якщо не застосовується вентиляція легень, пацієнти повинні носити хірургічну маску під час будь-якого сеансу фізичної терапії.

**Катерина Тимрук-Скоропад**, канд.фіз.вих. і с., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури, співзасновник ГО Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів (ВОФТ) та центру фізичної реабілітації «Формула руху»



## **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВАЖКИМ ТА КРИТИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ COVID-19**

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19), спричинена вірусом SARS-CoV-2 є дуже вірулентною та передається переважно за допомогою крапельного розповсюдження і безпосереднього контакту з пацієнтом. Досі не існує специфічного противірусного лікування інфекції COVID-19, лише симптоматична терапія, включаючи респіраторну допомогу хворим, особливо у важких випадках (*Italian Thoracic Society and Italian Respiratory Society, 2020*). У близько 15% людей, які захворіли на COVID-19, розвивається середньо-важкий та важкий стан із необхідністю госпіталізації та кисневої підтримки, ще 5% потребують прийому до відділення інтенсивної терапії та застосування інтенсивних методів терапії, зокрема інтубації та штучної вентиляції легень (*WHO, 2020*).

**Н**айчастішим ускладненням у хворих на COVID-19 із важким перебігом є важка пневмонія, гострий респіраторний дистрес синдром (ARDS), сепсис та септичний шок, множинні ураження органів, зокрема нирок та серця (*WHO, 2020*).

Фізична терапія може застосовуватися на різних етапах лікування пацієнтів з COVID-19. Однак, рішення про її застосування, особливості, об'єм та мету втручань повинно прийматися із врахуванням клінічних показів, безпеки пацієнтів та персоналу, доцільності, потреб пацієнта, наявності матеріальних та людських ресурсів тощо.

Клінічні настанови із фізичної терапії пацієнтів із COVID-19 постійно переглядаються. У березні 2020 було опубліковано спільну позицію ARIR (Italian Association of Respiratory Physiotherapists) і AIFI (Italian Association of Pysiotherapist) щодо фізичної терапії пацієнтів із COVID-19 у гострому періоді (*Lazzeri et al., 2020*) та клінічні настанови Всесвітньою Конфедерацією фізичної терапії (WCPT) (*Thomas et al., 2020*). Останні були перекладені та прийняті країнами – членами цієї організації. Важливо, що у обох документах вказано, що оскільки постійно надходять нові дані про захворювання COVID-19 клінічні рекомендації будуть оновлюватися та можуть змінюватися. Пропонуємо ознайомитися з основними рекомендаціями названих клінічних настанов.

Для врахування клінічних проявів COVID-19 та потреби пацієнтів із важким та критичним перебігом захворювання у реабілітаційних втручаннях враховують (1) рівень прояву симптомів та наявність пневмонії, (2) супутні респіраторні (муковісцидоз, ХОЗЛ, бронхіальна астма тощо) або нервово-м'язові захворювання (напр. спинно-мозкова травма), (3) наявність секрету та/ або наявні чи передбачувані труднощі з очищенням дихальних шляхів та/ або слабкий кашель чи продуктивний кашель, (4) наявність або ризик розвитку значних функціональних обмежень. З огляду на це у реабілітації пацієнтів із COVID-19 розрізняють втручання з респіраторної фізичної терапії та інші реабілітаційні втручання (напр. скеровані на мобілізацію пацієнта, фізичні вправи тощо) (табл. 1).

Рішення про необхідність застосування респіраторної фізичної терапії та/ або інших реабілітаційних втручань для кожного конкретного пацієнта приймається індивідуально, узгоджуючи із лікарем-куратором та командою фахівців. Фізичною терапією потрібно забезпечувати лише за наявності клінічних показів у пацієнтів, зважуючи ризик зараження працівників.

Основні рекомендації щодо фізичної терапії у пацієнтів із важким та критичним станом ARIR (Italian Association of Respiratory Physiotherapists) і AIFI (Italian Association of Pysiotherapist) наведені у табл. 1.

На ранніх стадіях COVID-19 при респіраторному дистрес-синдромі слід обережно планувати програму фізичної терапії. Важливо зазначити, що ARIR (Italian Association of Respiratory Physiotherapists) і AIFI (Italian Association of Pysiotherapist) наголошують, що втручання фізичної терапії не повинні спричинити додаткового навантаження на роботу дихання, що може підвищити ризик респіраторного дистресу.

Автори надали перелік звичних втручань респіраторної фізичної терапії, які вони не рекомендують застосовувати у пацієнтів із COVID-19 у гострому стані:

- діафрагмальне дихання,
- дихання через стиснуті губи,
- девайси для очищення дихальних шляхів,
- мануальну мобілізацію/ розтяг грудної клітки,
- промивання носа,
- тренування дихальних м'язів,
- фізичне тренування,
- мобілізацію при клінічній нестабільності.

У клінічних настановах Всесвітньої Конфедерації фізичної терапії (WCPT) щодо фізичної терапії у гострому періоді захворювання на COVID-19 наведено ширший перелік втручань, які можуть розглядатися для використання, зокрема після припинення штучної вентиляції легень. Однак, як і в попередньому протоколі наголошується, що більшість запропонованих втручань можуть збільшувати ризик повітряного зараження працівників. Відповідно слід зважити ризик та користь запропонованих втручань й використовувати усі необхідні запобіжні заходи та засоби індивідуального захисту.

Продовження на 5 стор.

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВАЖКИМ ТА КРИТИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ COVID-19 (ПРОДОВЖЕННЯ)

**ВАШЕ ЗДОРОВ'Я**

Закінчення. Початок на 4 стор.

Рекомендації щодо застосування деяких втручань фізичної терапії

Таблиця № 1

Категорія пацієнтів	Рекомендації	Важливо
Пацієнти, які дихають спонтанно або перебувають на неінвазивній вентиляційній підтримці (NIV).	<b>Позиціонування:</b> рекомендація надавати перевагу тривалому напівсидячому або сидячому положенню, уникаючи сгорбленого нахиленого положення slumped position). Якщо є можливим слід віддати перевагу чергуванню лежання на боці, у півоберта на живіт та на животі (якщо нема протипоказів). Необхідно мінімізувати зусилля пацієнтів навіть у підтримці положення тіла. Рекомендується використовувати подушки/засоби, які підтримують стабільне положення тіла без активної м'язової роботи пацієнта.	Зміна положення тіла може модифікувати вентиляційно-перфузійне співвідношення і може призвести до раптової зміни газообміну (поліпшення чи погіршення). Тому після постуральної зміни необхідні ретельне оцінювання, клінічний та інструментальний моніторинг пацієнта.
Пацієнти, які перебувають на інвазивній вентиляції легень.	Техніки очищення дихальних шляхів слід розглядати для застосування тільки при крайній необхідності. <b>Позиціонування:</b> Необхідні регулярні зміни положення для запобігання ателектазу, оптимізації вентиляції та запобігання відлежин. Позиціонування може включати положення на боці та положення на животі. Положення на живості покращує механіку легень та газообмін, тим самим поліпшує оксигенацію у більшості пацієнтів. Дорослих пацієнтів рекомендується позиціонувати у положенні на животі не менше 16 годин на день. Для попередження розвитку ШВЛ-асоційованої пневмонії доцільно використовувати напівсидяче положення пацієнта (30-45 градусів). Кожних дві години слід змінювати положення пацієнта для попередження виникнення ателектазів. <b>Мобілізація:</b> Пацієнти із міопатією або нейропатією потребують максимально ранньої мобілізації (враховуючи клінічну стабільність їх стану).	Такі втручання можуть вважатися небезпечними для персоналу, оскільки техніки очищення дихальних шляхів викликають масову дисперсію крапель.  Необхідно враховувати можливість ранньої пасивної мобілізації для запобігання виникнення уражень шкіри (відлежин) та ускладнень іммобілізації. Можливість максимально раннього застосування пасивної мобілізації слід обговорити з командою.

**В**тручання в межах респіраторної фізичної терапії, які можуть розглядатися для застосування у пацієнтів із COVID-19 (Thomas et al., 2020):

- 1 Методи очищення дихальних шляхів (позиціонування, активний цикл дихання, ручна гіперінфляція та/ або вентиляція, перкусія та вібрація, терапія позитивного тиску на видиху (PEP);
- 2 Неінвазивна вентиляція та дихання позитивним тиском на вдиху;
- 3 Методи полегшення виведення секретії (маневри кашлю та відсмоктування виділень із дихальних шляхів).

**4** Фізичні вправи та мобілізація (збереження амплітуди рухів у суглобах, рухливість в межах ліжка, сидіння, переміщення поза ліжком, баланс у положенні сидячи, вставання із положення сидячи, ходьба, ходьба по похилій поверхні, стояння, ергометрія верхньої / нижньої кінцівки та фізичні вправи).

При поліпшенні стану пацієнта покази, перелік втручань фізичної терапії розширюються. Важливо пам'ятати про можливі наслідки та вплив перенесеного захворювання на здоров'я людини та передбачити можливість подальшої реабілітаційної підтримки.

**Катерина Тимрук-Скоропад,**  
канд.фіз.вих. і с., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури, співзасновник ГО Всеукраїнського об'єднання фізичних терапевтів (ВОФТ) та центру фізичної реабілітації «Формула руху»

## ВАШЕ ЗДОРОВ'Я

## АКТУАЛЬНІСТЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Л**егенева реабілітація (ЛР) – це багатокомпонентне втручання, яке має науково доведену ефективність щодо поліпшення психічного, фізичного здоров'я і якості життя (Spruit, Pitta, McAuley, ZuWallack, & Nici, 2015). Щоб досягнути високого рівня світових стандартів лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями легень, у тому числі із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), програми ЛР в Україні повинні стати доступними та бути внесеними в перелік послуг, які забезпечує Національна служба здоров'я України. Програми ЛР повинні ґрунтуватися на рекомендаціях провідних професійних асоціацій світу, враховувати існуючі клінічні настанови та бути адаптованими до вітчизняних умов.

Першочергово ЛР пов'язували лише з особами, які мають ХОЗЛ. Проте, на сьогодні доведено, що якщо пацієнт має захворювання і стани, які залучають у патологічний процес органи дихання, то він може отримати додаткові переваги від ЛР. До переліку таких захворювань і станів з якими пацієнтам рекомендовано займатися згідно програми ЛР належать **муковісцидоз, легенева гіпертензія, бронхіальна астма, бронхоектатична хвороба, саркоїдоз, а також хвороби, що у зв'язку з патогенетичними причинами мають вплив на дихання – захворювання сполучної тканини, кіфосколіоз, анкілозуючий спондилоартрит, захворювання органів дихання, пов'язані із ожирінням**. Загалом, кількість захворювань і станів, які вимагають застосування ЛР, налічує більше двадцяти (Spruit et al., 2013), а серед пацієнтів є особи усіх вікових груп. Також, потреба у ЛР може зрости у зв'язку із спалахом коронавірусної інфекції COVID-19, зумовленої вірусом SARS-CoV-2. Швидке розповсюдження цього захворювання в світі, важкий перебіг та висока смертність стали причинами впровадження карантину загальносвітового масштабу та оголошення глобальної надзвичайної ситуації в галузі охорони здоров'я (Organization, 2020).

**COVID-19** може проходити по різному – від легкого до важкого перебігу, 25–30 % хворих потребують інтенсивної терапії (Singhal, 2020). Однак, навіть у пацієнтів, які не мали симптомів захворювання, за результатами комп'ютерної томографії спостерігали патологічні зміни в легенях (Huang et al., 2020). Найбільш поширеними ускладненнями у хворих з важким пере-

бігом є двостороння пневмонія, дихальна недостатність, гострий респіраторний дистрес-синдром (Yang et al., 2020); також виявлено зміни в інтерстиціальній тканині легень, паренхімі, дихальних

шляхах, плеврі та судинах легень. Зокрема, на фоні синдрому «матового скла» (частота виявлення 57–98 %) (Li et al., 2020; Ye, Zhang, Wang, Huang, & Song, 2020), консолидації (2–64 %) (Bernheim et al., 2020; Wu et al., 2020), частими проявами COVID-19 є незворотні бронхоектази (10–20 %) (Li et al., 2020; Wu et al., 2020), плевральні зміни (32 %), плевральний випіт (5 %) (Bernheim et al., 2020; Shi et al., 2020), фіброз легень (17 %) (Pan et al., 2020). Варто зазначити, що зміни в легенях при COVID-19 можуть мати незворотній характер і вимагати фізичної терапії не лише під час гострого періоду хвороби (Bissett & Hodgson, 2020; Yang et al., 2020), але й після її подолання. Так, фіброз легень уже розглядають як основне ускладнення COVID-19. Негативні наслідки COVID-19 будуть мати пролонгований характер та першу чергу стосуватимуться дихальної системи (Wang et al., 2020), що своєю чергою вимагатиме проведення програм ЛР.

Таким чином, пропонуємо ознайомитися з сучасними підходами до реалізації легеневої реабілітації для пацієнтів із захворюваннями органів дихання.

Згідно із спільно запропонованого визначення Американського торакального товариства та Європейського респіраторного товариства «легенева реабілітація – це комплексне втручання, що ґрунтується на ретельному оцінюванні пацієнта, з наступною індивідуальною терапією, та містить, але не обмежене фізичними вправами, освітою та змінами поведінки, має за мету поліпшити фізичний та психічний стан людей з хронічними респіраторними захворюваннями, сприяти, щоб вони впродовж тривалого часу дотримувалися поведінки, що зміцнює здоров'я».

Основними компонентами легеневої реабілітації є наступні:

- оцінювання;
- фізична терапія (в тому числі фізична активність, фізичне тренування);
- освіта (зокрема, освіта із самоменеджменту);
- психосоціальна підтримка;
- зміна та дотримання здоров'я збереженої поведінки (зокрема раціональне харчування, відмова від куріння тощо) впродовж тривалого часу.

Додатково у склад мультидисциплінарної команди можуть бути залучені дієтолог, ерготерапевт тощо.

Програма легеневої реабілітації має 5 основних етапів, зокрема:

- реабілітаційне обстеження;
- планування;
- втручання;
- повторне оцінювання;
- завершення/ подальше спостереження.

Закінчення на 7 стор.

## НА ЗАМІТКУ

Сайт Фармацевт Практик:

[www.fp.com.ua](http://www.fp.com.ua)

Сайт ЦФР «Формула руху»: [www.formula-rukhu.com.ua](http://www.formula-rukhu.com.ua)

Facebook ЦФР «Формула руху»:

[www.facebook.com/FormulaRukhu](https://www.facebook.com/FormulaRukhu)

Сайт ВОФТ: [www.upta.com.ua](http://www.upta.com.ua)

Facebook ВОФТ: [www.facebook.com/uptaua](https://www.facebook.com/uptaua)



## АКТУАЛЬНІСТЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

**Закінчення. Початок на 6 стор.**

**Реабілітаційне обстеження** проводять члени мультидисциплінарної команди; кожний фахівець у межах своїх компетентностей проводить такі дослідження:

- опитування (збір анамнезу);
- аналіз медичної документації пацієнта;
- огляд (тип дихання, форма грудної клітки, патерн дихання (тривалість вдиху і видиху, величину дихального об'єму, хвилинного об'єму дихання), виконання додаткових дихальних рухів під час спокійного дихання);
- фізикальне обстеження;
- функціональні обстеження (спірометрія, проби із затримкою дихання);
- оцінювання прояву симптомів захворювання (зокрема, втоми, задишки, продукування мокроти, кашлю тощо);
- оцінювання фізичної працездатності та рухової сфери;
- оцінювання активності повсякденної життєдіяльності (Activity of Daily Living, ADL);
- оцінювання рівня тривоги та депресії (напр. HADS);
- оцінювання якості життя.

**Планування.** Доведено, що тривалість ефективних програм легеневої реабілітації становить не менше 6 тижнів; оптимально 8-12 тижнів. Дослідження переважно проводилися для пацієнтів із ХОЗЛ, бронхіальною астмою, муковісцидозом. Планування легеневої реабілітації доцільно здійснювати на зазначену тривалість, поки немає досліджень, які б орієнтували на інший підхід.

Фізичну терапію необхідно реалізовувати під час індивідуальних занять під наглядом фізичного терапевта. Мінімальна кількість занять фізичної терапії стано-

вить 3 на тиждень, з них 1 раз можна займатися самостійно, без нагляду фізичного терапевта. Загалом впродовж програми ЛР варто проводити до 5 занять з фізичної терапії на тиждень; тривалість занять – 20–90 хв.

**Втручання.** Основними компонентами будь-якої програми ЛР є фізична терапія та освіта; психосоціальний компонент присутній в кожній з програм ЛР, навіть якщо до його реалізації не залучено фахівця з відповідною освітою.

На заняттях з фізичної терапії основну увагу слід приділити таким втручанням:

- розтяг та збільшення амплітуди рухів у великих суглобах та грудній клітці;
- дихальні вправи;
- вправи для збільшення сили;
- аеробні вправи.

Доцільність і обсяг застосування інших засобів фізичної терапії при порушенні діяльності дихальної системи необхідно розглядати в індивідуальному порядку. Додатковими втручаннями можуть бути **тренування інспіраторних дихальних м'язів, електроміостимуляція м'язів** тощо.

Освітня компонента легеневої реабілітації передбачає, що достатній рівень обізнаності пацієнтів щодо усіх аспектів захворювання мотивує дотримуватися рекомендацій щодо медикаментозного лікування, фізичної терапії, зміни поведінки стосовно харчування, фізичної активності, режиму дня тощо.

**Повторне оцінювання** проводять щоб оцінити результати реалізованих втручань на момент завершення програми ЛР, виявити зміни у функціональному стані серцево-судинної та дихальної систем, рівень фізичної працездатності, якості життя. Врахування цих даних дає змогу надати рекомендації щодо необхідних надалі заходів для пацієнта, щодо фізичної терапії вдома та запланувати подаль-



Фото: Ігоря Садового

шу легеневу реабілітацію і спостереження.

**Завершення програми/ подальше спостереження.**

Одним із завдань ЛР є сприяти тривалому збереженню досягнень програми. Цьому допомагає зміна поведінки, зокрема дотримання впродовж тривалого часу рекомендацій щодо фізичних вправ. Хорошою практикою є післяреабілітаційний супровід, хоча це не є обов'язковим компонентом ЛР. Формати такого супроводу можуть бути дуже різні та залежать в першу чергу від можливостей особи/організації, яка надає послуги. Це можуть бути додаткові програми з фізичними вправами, клуби із виконання дихальних вправ, on-line програми або організований (з метою під-

**Катерина Тимрук-Скоропад**, канд.фіз.вих. і с., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури

За матеріалами: *Тимрук-Скоропад К., Pavlova Iu. Pulmonary Rehabilitation Program for Patients with COPD. УЖМБС, 2020, 5(3): 366–377. Режим доступу: [www.jmbs.com.ua/archive/5/3/366](http://www.jmbs.com.ua/archive/5/3/366)*



ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ  
ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

## КАРТУВАННЯ ДОСТУПНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

Одним із завдань проєкту "Покращення реабілітаційних послуг в системі охорони здоров'я" є розширення доступу до реабілітаційних послуг, включаючи послуги із забезпечення асистивними технологіями для осіб, які їх потребують, та тих, хто зазнав впливу конфлікту. Для реалізації цього завдання Українська Асоціація фізичної терапії спільно з UCP Wheels for Humanity здійснили картування доступних реабілітаційних послуг та послуг із забезпечення асистивними технологіями у Київській / Львівській / Запорізькій областях та місті Києві.

**Д**о реабілітаційних послуг ми віднесли послуги, що надаються фахівцями сфери охорони здоров'я з метою розвитку, збереження та відновлення максимальної рухової та функціональної спроможності людини у наступних спеціалізованих напрямках клінічної діяльності: при порушенні діяльності опорно-рухового апарату; нервової, дихальної, серцево-судинної систем; у геріатрії та педіатрії.

До кожного напрямку реабілітаційних послуг ми визначили типові порушення / захворювання / ураження.

Не секрет, що асистивні технології є невід'ємним компонентом реабілітації.

Асистивні технології передбачають застосування організованих знань та навичок, пов'язаних із асистивними засобами, включаючи системи та послуги їхнього забезпечення. Асистивний засіб - будь-який зовнішній продукт (включаючи пристрої, обладнання, інструменти або програмне забезпечення), спеціально виготовлений або загальнодоступний, основним призначенням якого є підтримка або вдосконалення функціонування та незалежності особи та покращення її добробуту.

Для картування доступних послуг із забезпечення асистивними технологіями ми орієнтувалися на асистивні засоби, які покращують індивідуальну мобільність.

Отже, на карті доступних реабілітаційних послуг можна знайти установи та заклади, які здійснюють забезпечення наступними асистивними засобами, які покращують індивідуальну мобільність: трости / палиці, милиці пахвові / ліктьові, протипролежневі подушки, триколісні велосипеди/ трицикли, ходунки, рама для ходьби, ролатори, крісла колісні.

Детальніше ознайомитися з картою доступних реабілітаційних послуг можна на [веб-сайті Української Асоціації фізичної терапії](#).

**Юрій Метко**  
координатор проєкту "Покращення реабілітаційних послуг в системі охорони здоров'я" в Україні

### Що потрібно для того, щоб знайти потрібні реабілітаційні послуги за допомогою карти доступних реабілітаційних послуг?

Для того, щоб знайти потрібні реабілітаційні послуги за допомогою карти доступних реабілітаційних послуг потрібно зробити кілька простих дій:

1. "Зайти" на сайт Української Асоціації фізичної терапії за допомогою будь-якої пошукової системи.
2. Вибрати відповідний розділ (*Про нас / Програми / Проєкт SRSHS / Картування*).
3. Заповнити короткий опитувальник.
4. Перейти до карти доступних реабілітаційних послуг, натиснувши на гіперпосилання, яке появиться після заповнення опитувальника.
5. Здійснити пошук необхідних послуг за допомогою фільтрів.

Пошук потрібних реабілітаційних послуг відбувається за допомогою системи фільтрів. Система фільтрів складається з дев'яти варіантів вибору: 6-ти підтипів реабілітаційних послуг та 3-х підтипів послуг із забезпечення асистивними технологіями. Вибравши відповідний підтип послуг, які Вас цікавлять, на карті доступних реабілітаційних послуг з'являються установи, які надають або забезпечують послугами, у залежності від фільтру, який застосовується. Натиснувши курсором на будь-яку установу, яка відображається на карті доступних реабілітаційних послуг, після застосування фільтра, користувач може ознайомитися з детальною інформацією про установу. Детальна інформація про установу містить її контактні дані (адресу, телефон, електронну пошту, веб-сайт) та інформацію щодо послуг, які надаються.

Здійснивши такий пошук, користувач може знайти установу, яка надає послуги, які потрібні йому чи його родичу.



Національна Асамблея  
людей з інвалідністю України  
www.naiu.org.ua

**Громадська спілка «Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна Асамблея людей з інвалідністю України»**

01030, м. Київ, вул. Рейтарська, 8/5А,  
к. 110

Тел: (044) 279-61-82

Факс: (044) 279-61-74

office - naiu@ukr.net www.naiu.org.ua

[Naiu2019.ft@gmail.com](mailto:Naiu2019.ft@gmail.com)

This presentation was made possible through the generous support of the American people through the U.S. Agency for International Development under Partnerships Plus cooperative agreement number 7200AA18CA00032, funded September 28, 2018, and implemented by JSI Research & Training Institute under agreement number PP-EI-001 with UCP Wheels for Humanity. The contents are the responsibility of the National Association for People with Disabilities and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Випуск цього бюлетеня став можливим завдяки щедрій підтримці американського народу за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку через Partnerships Plus у рамках угоди про співпрацю № 7200AA18CA00032, що фінансується від 28 вересня 2018 року, і реалізується JSI Research & Training Institute за угодою № PP-EI-001 з UCP Wheels for Humanity. Зміст є відповідальністю Національної Асамблеї людей з інвалідністю України і не обов'язково відображає точку зору USAID чи уряду США»