

психологічних та соціальних умов для пацієнтів шляхом їх особистих зусиль, спрямованих на відновлення та підтримку їх місця в суспільстві [2].

Фахівці (В.О.Крижанівський, 2000; М.Л.Поплак, Д.Х. Шмідт, 2000 та інші) зазначають, що покращення киснево-транспортної системи організму хворих з ІМ можливе в результаті регулярної рухової активності, при якій МПК збільшується на 10 – 15% і вище. При такому збільшенні МПК знижується ступінь втоми, задишки, послаблюються симптоми стенокардії.

Аналізуючи науково-методичну літературу за даною проблематикою, можна стверджувати, що систематичні заняття фізичними вправами для осіб, які перенесли ІМ з малою інтенсивністю (до 60% від максимального показника ЧСС) є більш корисними, ніж заняття з високою інтенсивністю (більше 60%).

Тому, при складанні реабілітаційної програми рекомендується планувати навантаження з інтенсивністю 40 – 60% від максимального показника ЧСС (аеробний режим роботи). Частота занять повинна складати 3 рази на тиждень, тривалість кожного - 20–40 хвилин.

Висновки:

1. Для осіб, які перенесли ІМ програма фізичної реабілітації повинна включати вправи малої інтенсивності (до 60% від максимального ЧСС).

2. Систематичне використання фізичних вправ у програмі реабілітації хворих сприяє:

- адаптації організму до фізичного навантаження аеробного характеру;
- збільшенню м'язової сили;
- зменшенню проявів задишки, втоми, які пов'язані із виконанням фізичних навантажень.

При дотриманні вказаних рекомендацій зменшується ризик виникнення ускладнень та термін одужання кардіологічних хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Крижанівський В.О. Діагностика та лікування інфаркту міокарда. - К.: Фенікс, 2000. – 451 с.
2. Заболевания сердца и реабилитация /Под ред. М.Л.Поплака, Д.Х.Шмидта. -К.: Олимпийская литература, 2000. – 408 с.
3. Foster C., Pollock M.L., Anholm J.D., Squires R.W., Ward A., Dymond D.S. Work capacity and left ventricular function during rehabilitation after myocardial revascularization surgery. *Circulation*, 1994.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТГЕМАРТРОЗНИМИ ГЕМОФЛІЧНИМИ КОНТРАКТУРАМИ

ПРИНА АБЛІКОВА, ОЛЬГА РЯБУХА

Львівський Державний інститут фізичної культури

Фізична реабілітація, як система оптимізації фізичного стану людини, здобула визнання і широко використовується при різноманітній соматичній патології. Водночас, у доступній нам літературі відомості про застосування комплексних реабілітаційних заходів у пацієнтів гематологічного профілю (зокрема з коагулопатіями) відсутні.

Коагулопатії – це група захворювань, обумовлених порушеннями в системі зсідання крові, характерною ознакою яких є підвищена кровоточивість. Основним завданням системи зсідання крові є попередження масивних гострих або хронічних крововтрат, які призводять до порушення перебігу майже всіх метаболічних процесів, що може становити загрозу існуванню організму[1]. Зсідання крові здійснюється за допомогою двох взаємопов'язаних механізмів: внутрішнього шляху (за участю факторів крові) і зовнішнього (якому поряд із плазменними факторами беруть участь і тканинні фактори). Залежно від причин виникнення коагулопатії можуть бути спадковими або набутими. Для набутих коагулопатій характерним є комплексний дефіцит декількох компонентів зсідання крові, часом у поєднанні з розладами інших ланок процесу гемостазу. Патомією спадковій коагулопатії зумовлені дефіцитом одного з компонентів системи коагуляційного гемостазу, в основному, зменшенням його синтезу або якісним дефектом у його структурі. Одним із спадкових коагулопатій є гемофілія [2]. Гемофілія належить до тих захворювань, які пов'язані зі статтю – ген, який спричиняє виникнення гемофілії міститься в Х хромосомі. На що недугу хворіють чоловіки, тоді як жінки, у переважній більшості випадків, є носіями (кондукторами) патологічного гену. За даними ВООЗ поширеність гемофілії в середньому становить 1:10000 новонароджених хлопчиків. В Україні кількість хворих на гемофілію складає близько 3 000 осіб і простежується тенденція до зростання їх чисельності. Важливо зазначити, що пацієнти з даним захворюванням становлять до 94-96% усіх хворих, що мають порушення у системі зсідання крові [3].

Оскільки гемофілія за своїм перебігом є хронічним захворюванням, вона супроводжується рядом ускладнень. Серед останніх одне з провідних місць належить ураженням опорно-рухового апарату. Найбільш розповсюдженим ускладненням є крововиливи у порожнини суглобів (гемартрози), м'які тканини (гематоми), кістки. Наслідками переважної більшості зазначених ускладнень є дегенеративно-дистрофічні зміни, порушення процесів росту і розвитку кісткової тканини, гнійно-септичні ураження та ін. [3].

До важких наслідків гемартрозів належать контрактури, які отримали спеціальну назву – постгемартрозні гемофілічні контрактури. Зменшення об'єму рухів у суглобах закономірно порушує виконання будь-якої рухової дії. Враховуючи, що завдяки сучасним методам лікування середня тривалість життя хворих на гемофілію у середньому зростає на 20 років (від 35 до 56 років), наявність постгемартрозних контрактур суттєво погіршує якість їх життя [3]. Саме тому, дане ускладнення розглядається фахівцями як серйозна медико-соціальна проблема, яка вимагає нагального вирішення.

Разом з тим, на сьогоднішній день проблема ліквідації зменшеної рухливості суглобів у хворих на гемофілію розглядається виключно з позиції застосування оперативних заходів. Проте даний підхід має ряд суттєвих недоліків. По-перше, з огляду на підвищену кровоточивість у пацієнтів даного профілю зазначений метод не є абсолютно безпечним. Окрім того, він не завжди ефективний – рухові розлади залишаються навіть після вдало проведених операцій. Ми вважаємо за доцільне нагадати, що для відновлення оптимального рівня рухливості в суглобі необхідно використовувати комплексну систему заходів. Важливою складовою цієї системи є фізична реабілітація, яка передбачає застосування фізичних вправ, масажу та фізіотерапії.

Фізична реабілітація пацієнтів з постгемартрозними гемофілічними контрактурами має свої особливості. У першу чергу програма заходів та засобів повинна бути індивідуально підібрана для конкретного хворого на гемофілію, адекватна його можливостям та узгоджена з лікуючим лікарем; у деяких випадках заходи фізичної реабілітації необхідно проводити під відповідним медикаментозним прикриттям. Фізичні вправи повинні бути суворо дозовані, їх виконання необхідно розпочинати з дистальних, по відношенню до локалізації пошкодження відділів кінцівок. Темп виконання повільний або помірний. У залежності від періоду ушкодження, виконання фізичних вправ здійснюється або із безпосереднім залученням ураженого суглоба або "в обхід слабкої ланки". Застосування масажу передбачає виключення ударних прийомів; особливістю проведення решти основних прийомів масажу є їх поверхневе виконання. До реабілітаційного комплексу доцільно долучати електропроцедури із застосуванням постійного гальванічного струму, гідротальнеопродури. Питання використання імпульсних струмів (діодинамічних або синусомодульованих), електромагнітних полів високої (дарсонваль, індуктотермія) та ультра високої частоти (УВЧ) повинно вирішуватися в кожному конкретному випадку спільно з лікуючим лікарем.

Таким чином, заходи фізичної реабілітації, маючи на меті збільшення рухової здатності пацієнтів з постгемартрозними гемофілічними контрактурами, сприяють поліпшенню якості їх життя. Особливістю проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів з даною патологією є поступовість при їх виконанні, узгодження реабілітаційних та медикаментозних заходів, тісна співпраця реабілітолога та лікаря-гематолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лабораторные методы исследования системы гемостаза /В.П.Балуда, З.С.Баркегам, Е.Д.Гольдберг и др.- Томск, 1980.-314с.
2. Мороз Н.Ф., Суховий М.В., Зубко Л.Е. О патогенезе гемофилических артропатий // Ортопедия, травматология и протезирование.-1994.- №4.-С.122-123.
3. Суховий М.В. Профілактика та лікування ускладнень з боку опорно-рухового апарату у хворих на гемофілію: Метод. рекомендації. – К.: Київський НДІ гематології та переливання крові МОЗ України, 1998.-11с.

КЛАСИФІКАЦІЙНИЙ СКЛАД КОМАНД УКРАЇНИ В БАСКЕТБОЛІ У ВІЗКАХ

МАР'ЯН ПШТИН

Львівський державний інститут фізичної культури

Актуальність. Параолімпійський спорт, як нове суспільне, культурне, педагогічне явище розвивається у більшості випадків згідно закономірностей олімпійського спорту [1;2;3], маючи свої специфічні особливості (адаптація правил змагань до функціональних можливостей інвалідів, наявність специфічних систем класифікації для відбору і формування команд, стартових класів у видах змагань різних видів спорту та інше.) [1,2,3]. Починаючи з перших Параолімпійських ігор 1960 року у Римі,