

PHYSICAL REHABILITATION AND PHYSICAL PERFECTION OF STUDENTS WITH IN MYOPI

Lyubov POLISHCHUK

Odessa National University

Abstract. The article deals with the question of necessity of effective prophylactic myopi among student youth has. Causes of this wide-spread disease were demonstrated as resultative method of physical rehabilitation and physical perfection of students with myopi conditions of student way of life was experimentally grounded.

Key words: myopi, rehabilitation, health-cure, training, improvement.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Олег ПОМАРАНСЬКИЙ

Львівський державний інститут фізичної культури

Постановка проблеми: Мозковий інсульт щорічно вражає велику кількість дорослого населення як в економічно розвинених, так і в країнах з перехідною економікою, що робить його всесвітньою проблемою. Зокрема, в Об'єднаній Європі щорічно реєструється 1,75млн інсультів, у США — 700 000, в Росії — понад 450 000. Україна, на жаль, не є винятком. У 2002 р. в нашій країні було зареєстровано 1184 випадки інсульту. Статистичні дані останніх років свідчать, що в середньому кожні 45 секунд у США і кожні 90 секунд у Росії виникає інсульт. Приблизно в одного з 400 чоловіків та однієї з 5-ти жінок віком до 45 років може статися інсульт [11]. Частота розвитку інсульту зростає зі збільшенням віку хворих. Це хвороба осіб середнього і похилого віку. У людей віком 60 років і більше частота інсульту дорівнює частоті ішемічної хвороби серця (ІХС), а в осіб віком понад 70 років поширеність мозкового інсульту перевищує поширеність ІХС [10]. Майже третина інсультів розвивається в осіб до 60 років. Причому частота гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) у чоловіків зростає пропорційно віку, а у жінок — здебільшого в період менопаузи. У віці до 55 років інсульт у жінок зустрічається в 2 рази рідше, ніж у чоловіків. На вікову групу до 40 років приходить лише 3% інсультів [12].

За даними ВООЗ, у розвинених країнах світу щорічно реєструється від 300 до 3000 інсультів на кожні 100 тис. населення. В Україні кількість інсультів, що виникають протягом одного року, становить близько 209 випадків на 100 тис. населення. Поширеність мозкового інсульту в країнах Європи, на думку багатьох фахівців, найближчі 25 років буде зростати у зв'язку з постарінням населення в індустріально розвинених країнах.

На жаль, чверть хворих, які перенесли інсульт, вмирають, а з тих пацієнтів, що вижили після інсульту, приблизно одна третина має тяжкі наслідки у вигляді втрати

неврологічного дефекту, психічних розладів, що зумовлюють стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті. До того ж принаймні один з шести пацієнтів переносить повторний інсульт протягом наступних 5 років [11].

Тому враховуючи проблеми, які виникають у людей після перенесення мозкового інсульту, особливу роль у їхньому усуненні відіграє фізична реабілітація.

Мета роботи: проаналізувати літературні джерела щодо організаційних та теоретичних передумов фізичної реабілітації осіб, які перенесли мозковий інсульт.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних джерел.

Інсульт уражає кожну людини по-різному. Частина пацієнтів цілком відновлюють утрачені функції, в інших переміщення залишиться обмеженим. Такі люди, в більшій чи меншій мірі, потребуватимуть сторонньої допомоги. Кожен пацієнт після інсульту з розладом руху повинен пройти шлях відновлення, реабілітації.

Говорячи про відновлення порушених функцій, розрізняють 3 рівні відновлення [1]:

1. Найвищий рівень: порушена функція повертається до вихідного стану, рівень істинного відновлення. Істинне відновлення можливе лише тоді, коли немає повного відмирання нервових клітин, а патологічне вогнище складається в основному з неактивних елементів (унаслідок набряку, гіпоксії, зміни провідності нервових волокон і т.п.).

2. Другим рівнем відновлення є компенсація. Основним механізмом компенсації є функціональна перебудова, залучення у функціональну систему нових структур.

3. Третій рівень відновлення – реадаптація, тобто пристосування до дефекту. Прикладом реадаптації до вираженого рухового дефекту є використання різних пристосувань у виді палиць, ходунців, візків, протезів тощо.

На думку А.Р. Ruskin [9], в основі сучасної концепції пластичності мозку лежать два принципи: полісенсорна функція нейронів та ієрархічність структур нервової системи. У відновленні функції важливою є взаємодія двох форм функціональної організації – інваріантно генетично детермінованої і рухливої.

Черникова Л.А. [6] виділяє різні механізми компенсації порушеної функції:

- реорганізація ушкодженого функціонального центру;
- перебудова взаємин між різними етапами однієї системи;
- реорганізація структури і функцій інших систем;
- залучення резервних можливостей, різних у функціональному відношенні, систем мозку.

До несприятливих прогностичних факторів, які асоціюються з поганим відновленням порушених функцій, відносяться [5]:

- локалізація вогнища ушкодження у функціонально важливих зонах: для рухових функцій – в області пірамідного тракту по всій його довжині, для мовних функцій – у мовних зонах Брока і/або Верніке;
- великі розміри вогнищевого ушкодження;
- низький рівень мозкового кровообігу в ділянках, які оточують вогнище ураження;
- похилий і старечий вік (для відновлення мови і складних рухових навичок);
- супутні когнітивні й емоційно-вольові порушення.

До числа сприятливих факторів, які асоціюються з хорошим відновленням, належать: ранній початок спонтанного відновлення функцій та ранній початок реабілітаційних заходів, їхня систематичність і адекватність [2].

Деякі дослідники [1,4,5] зазначають, що основними принципами реабілітації є:

- ранній початок реабілітаційних заходів;
- систематичність і тривалість;
- комплексність та адекватність реабілітаційних заходів.

Окрім основних завдань (відновлення порушених функцій, соціальна і психологічна реадаптація) реабілітація охоплює також профілактику постінсультних ускладнень та повторних інсультів.

Багато супутніх захворювань обмежують або перешкоджають активній руховій реабілітації[2]:

- ІХС з частими нападами;
- серцева недостатність;
- артеріальна гіпертонія;
- рак;
- гострі запальні захворювання;

Існують також протипоказання для проведення не тільки рухової, але і мовної реабілітації, як наприклад психози, виражені когнітивні порушення (деменція).

Важливість ранньої реабілітації пов'язана із можливістю виникнення ряду ускладнень гострого періоду інсульту, багато в чому зумовлених гіпокінезією і гіподинамією (тромбофлебіти кінцівок, тромбоемболії легеневої артерії, застійні явища в легенях, пролежні і т.д.) та з небезпекою розвитку і прогресування вторинних патологічних станів (спастичні контрактури, "телеграфний стиль" при моторній афазії і т.д.). Рання реабілітація перешкоджає розвиткові соціальної і психічної дизадаптації, депресивних і невротичних станів. Вчасний початок реабілітації сприяє повному і швидкому відновленню функціонального дефекту [1,3].

Активна участь хворого в реабілітаційних заходах, як показує досвід реабілітологів, відіграє важливу роль у відновленні порушених функцій, особливо складних рухових навичок, і соціальної адаптації [8,7].

Щодо хворих у постінсультному періоді, то нерідко спостерігається зниження активності, пов'язане з розвитком патологічних синдромів, до яких відносяться апатія, виражені когнітивні порушення, "лобовий" і "правопівкульний" нейропсихопатологічні синдроми, астения, негативізм [3].

Важливу роль у реабілітаційному процесі відіграють родичі та близькі хворого. Вони повинні проводити за інструкцією реабілітолога та логопеда-афазіолога заняття з хворим для відновлення рухів, навичок ходьби і самообслуговування, мови, читання, писання; створити у будинку умови для занять працетерапією, оскільки бездіяльність погіршує стан хворого, підсилює депресію; сприяти реінтеграції хворого в суспільство.

Висновки

Інсульт є поширеним захворюванням з важкими наслідками, що спричиняють у більшості випадків, дизадаптацію до навколишнього середовища. Особи, які перенесли інсульт, потребують особливої уваги та правильно організованої реабілітації, яка забезпечить їм швидке повернення до повсякденного життя.

Література

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения // *Неврологич. журн.* – 1997. – №1. – С.24–27.

2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта. Популярн. практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт. – Москва: Миклош, 2002.– 46с.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта.–Москва: Миклош, 2003 – 176с.
4. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра) //Журн. невропат.и психиатр. – 1986. – №4 – С.532–536.
5. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. – Москва: Медгиз, 1978.
6. Черникова Л.А. Клинические, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс-тренинга у больных с последствиями инсульта//Биоуправление-3: теория и практика. Коллективная монография. – Новосибирск, 1998. – №3. –С.80–87.
7. Fisher С.М. Curry Н.В. Pure motor hemiplegia of vascular origin. //Arch. Neur. – 1965 – V.21, N9 (Suppl.11) – P.14–15.
8. Folkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. The stroke data bank: design, methods, and baseline characteristics, //Stroke–1988–V.19, N5–P.547–552.
9. Huskin A.P. Understanding stroke and its rehabilitation//Stroke – 1983 – V14, N3 – P. 438–442.
10. Schulte B. P. M. Neuroepidemiology of cerebrovascular disease. An overview. Progress in cerebrovascular disease. – Amsterdam; New York; Oxford: Elsevier, 1990. – P. 3–18.
11. Wolfe C. D. A. The impact of stroke// Brit. Med Bull. – 2000. – Vol. 56, № 2. – P. 275–286.
12. Tatsu F. M., Grotta J. C., Pettigrew L. Stroke 100 maxims in neurology. – London: Mosby, 1995.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Олег ПОМАРАНСЬКИЙ

Львівський державний інститут фізичної культури

Анотація. У статті висвітлені організаційні та теоретичні передумови фізичної реабілітації осіб, що перенесли інсульт. Проаналізовано літературні дані з проблеми реабілітації.

Ключові слова: фізична реабілітація, інсульт, особи, що перенесли інсульт.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИСЛОВИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Олег ПОМАРАНСКИЙ

Львовский государственный институт физической культуры

Аннотация. В статье представлены организационные и теоретические предисловия физической реабилитации после инсульта. Проанализированы литературные источники, касающиеся проблемы.

Ключевые слова: физическая реабилитация, инсульт, постинсультные больные.

ORGANIZATIONAL AND THEORETICAL PREREQUISITES OF AFTER-STROKE PATIENTS PHYSICAL REHABILITATION

Oleh POMARANSKYI

Lviv State Institute of Physical Culture

Abstract. The article deals with theoretical prerequisites of physical rehabilitation of after-stroke patients. The analyzes of literature sources data are presented.

Key words: physical rehabilitation, stroke, after-stroke patients.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ ТОНУСУ М'ЯЗІВ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СІМ'Ї

Тетяна ПРОКУДА

Львівський державний інститут фізичної культури

Постановка проблеми. Останнім часом спостерігається негативна тенденція — при загальному поступовому зменшенні кількості дитячого населення зростає кількість дитячої інвалідності, значну кількість з яких становлять діти з ЦП. Майже 80% з них проживають у сім'ях і лише 23% мають змогу відвідувати дитячі заклади [1]. Тому постає актуальне питання — реабілітація дитини з особливими потребами в умовах сім'ї і її соціалізація у суспільстві.

Для більшості дітей з ЦП підвищений тонус м'язів є одною з основних проблем, бо саме він заважає формувати правильний руховий стереотип. Тому і нормалізація тону м'язів для дитини з ЦП є одним із перших завдань при фізичній реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Існує низка робіт, присвячених проблемі виховання дитини з особливими потребами у сім'ї, її соціалізації [2, 3]. М. В. Іполітова та співавтори вивчали особливості виховання дітей з ЦП в сім'ї [4]. Але недостатньо робіт, особливо вітчизняних, присвячених фізичній реабілітації дитини з ЦП в умовах сім'ї, хоча саме фізична реабілітація є нагальним питанням для дітей з особливими потребами. Саме корекція рухового розвитку, яка можлива лише засобами фізичної реабілітації, повинна займати перше місце в роботі з дітьми, бо саме руховий розвиток впливає на загальний розвиток дитини з ЦП.

Для зменшення спазмованості м'язів О. Л. Пелех та ін. [5] використовували електростимуляцію. У В. Vobath і К. Vobath [6] основним прийомом є укладання дітей у позу ембріона, в якій виробляється правильна реакція опори, вони підкреслюють, що нормальному рухові повинен передувати нормальний м'язовий тонус, для досягнення цієї мети, терапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на релаксацію, зниження м'язового тону. Методика П. Беаман, А. Обхольцер полягає у проведенні вправ до максимального втоми [6]. Новим ефективним напрямком лікування дітей з ЦП є верхова їзда чи райдттерапія, внаслідок застосування якої спостерігається зменшення інтенсивності