

1995 р. - в Греції, в Афінах була створена Міжнародна Федерація Єдиноборства Панкратіон (IFPA).

25.10.1995 р. - в Україні, м. Харків, проведений перший турнір по "боях без правил".

1999 р. - проводиться міжнародний турнір з професійному панкратіону "Київський діамант", в якому беруть участь кращі бійці світу.

2002 р. - в м. Клавріті (Греція) IFPA провела всесвітній семінар з розвитку панкратіону як виду спорту.

2003 р. - зареєстрована федерація панкратіону України.

2000-2003 рр. - проходять міжнародні турніри з професійному панкратіону "Ялтинський діамант".

2004 р. - проходить перший чемпіонат України з панкратіону в м. Івано-Франківську.

08.11.2004 р. - наказом голови Держкомспорту панкратіон включений в перелік видів спорту, визнаних в Україні. На цей час до складу Федерації панкратіону України входять 19 обласних федерацій і федерація м. Києва.

2004 р. - за рішенням національного Олімпійського комітету Греції і з дозволу Міжнародного Олімпійського комітету панкратіон був представлений як показовий в програмі Олімпійських ігор 2004 року.

2007 р. - підписаний Меморандум про включення панкратіону в IV Всесвітні Ігри асоціації "Спорт для Всіх (TAFISA)", які пройшли в р. Пусан (Південна Корея) з 26 вересня до 2 жовтня 2008 року. Підписання пройшло під час спеціальної церемонії, у присутності представників МОК, різних міжнародних федерацій, мас-медіа і політиків. Включення панкратіону в Ігри дає додатковий стимул включення його в Олімпійські Ігри, що є метою Міжнародної федерації єдиноборства панкратіону (IFPA) на шляху законного відновлення панкратіону в Олімпійських Іграх.

22.02.2008 р. - в Україні, м. Львів, відбулася матчева зустріч збірних команд України і Росії та титульний бій за звання чемпіона України до 84 кг з професійному панкратіону.

18-23.10.2008 р., - в Ірані, м. Тегеран, відбувся чемпіонат світу з панкратіону серед аматорів, у якому взяли участь 24 країни, 175 учасників. Збірна Україна здобула: в особистому заліку – 3 золоті медалі, 1 – срібну, 4 – бронзових. У командній першості – 1 місце. По підсумках змагань у загальному заліку Україна зайняла – 1 місце, Іран – 2, Росія – 3.

12.2008 р. - в Україні, м. Львів, створена перша в Україні промоутерська компанія "Реал Файт Промоушин" для популяризації та проведення яскравих, легальних спортивних шоу з повноконтактних видів єдиноборств, у тому числі панкратіону - "боїв без правил", що вже завоювали симпатії спортивних прихильників у цілому світі.

21.12.2008 р. - в Україні, м. Ужгород, Львівська промоутерська компанія "Реал Файт Промоушин" вже провела свій перший турнір "West Fight 2" з професійного панкратіону.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вовк В.В. Азбука панкратиона: Методическое пособие / Под ред. Мандрика А.П. – Л.: РТА "Крео", ВС "Амадей", 2008. – 72 с.

О.Т.ІВАНІВ, О.І.РЯБУХА БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ПІДЛІТКІВ; ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У статті розглядаються питання захворювання підлітків на бронхіальну астму та шляхи її фізичної реабілітації.

В статье рассматриваются вопросы заболевания подростков бронхиальной астмой та пути их физической реабилитации.

The questions of teenagers disease on Bronchial asthma and ways of physical rehabilitation have been investigated.

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є однією з актуальних проблем не лише медичного, але й соціального значення. Попова І.В. та співав., аналізуючи стан захворюваності на БА, констатують досить невтішні епідеміологічні показники: за даними уніфікованих досліджень

(ISAAC) на це захворювання у світі страждає від 5 до 22% дітей. Автори зазначають, що найвищі показники захворюваності та хворобливості спостерігаються серед підлітків віком 14 років [10]. Згідно з результатами досліджень Л.К. Пархоменко та Л.А. Страшок в Україні в 1995 р. захворюваність на БА серед підлітків становила 41,3 випадки на 10 тис. населення; в 2000 р. цей показник збільшився до 60,8 випадків, тобто за 5 років, поширеність патології зростає на 34% [9]. У світлі цього сповіщення І.В. Пицького що, про значне збільшення форм БА, які є резистентними до загальноприйнятих методів лікування, є вельми тривожними, оскільки нерідко призводить до інвалідизації пацієнтів та зниження основних показників якості їх життя [11].

Незважаючи на те, що фізичній реабілітації хворих на БА присвячено достатньо досліджень, визначення особливостей застосування методик комплексної фізичної реабілітації у підлітків, хворих на БА є стадії ремісії, продовжує залишатись актуальним.

Мета. Проаналізувати дані науково-методичної літератури щодо застосування засобів фізичної реабілітації у підлітків, хворих на БА в стадії ремісії.

Завдання. 1. Визначити основні реабілітаційні проблеми, що виникають у підлітків, хворих на БА.

2. Визначити основні засоби фізичної реабілітації підлітків, хворих на БА та особливості їх застосування в стадії ремісії.

Результати дослідження та їх обговорення. Бронхіальна астма – це хронічне захворювання, патогенетично зумовлене хронічним запальним процесом в бронхах, який супроводжується їх гіперреактивністю та специфічними імунологічними механізмами. Характерною клінічною ознакою БА є повторні приступи ядухи, що виникають внаслідок зменшення бронхіальної прохідності. Основними патофізичними порушеннями функції зовнішнього дихання при БА є спазм мускулатури бронхів, запальні зміни їх слизової оболонки і прилеглих тканин, набряк і гіпертрофія слизової оболонки, гіперпродукція слизу, дискоординація у роботі різних груп дихальних м'язів [2].

Приступ ядухи супроводжується утрудненням видиху, внаслідок чого повітря накопичується в легенях; хворий задихається, з'являється страх, що, в свою чергу, підсилює приступ. [1, 5, 9]. Іноді приступ бронхіальної астми затягується, бронхолітична терапія не дає бажаного ефекту. Це призводить до розвитку астматичного стану з формуванням стійкої обструкції дихальних шляхів, що зумовлює вентиляційно-перфузійні порушення. З подальшим розвитком гіпоксемії, гіперкапнії, змінами кислотно-основного стану крові [1].

Після кожного приступу обов'язково спостерігаються явища післяприступного бронхіту, які тривають від 1-3 днів до 1-3 тижнів і довше. Необхідно зазначити, що у підлітків симптоми післяприступного бронхіту зникають значно швидше, ніж у дітей молодшого, особливо раннього віку. Л.К. Пархоменко та Л.А. Страшок пояснюють це анатомо-фізіологічними особливостями їх органів дихання: у генезі обструкції бронхів у дітей раннього віку переважають набряк і гіперсекреція, тоді як у підлітків - бронхоспазм [9].

Реабілітаційні заходи при бронхіальній астмі скеровані на збільшення періоду ремісії, відновлення функціональної активності і адаптаційних можливостей апарату зовнішнього дихання та інших органів і систем, що забезпечують нормальне життєзабезпечення організму. З цією метою використовується комплекс лікувально-відновних заходів, які полягають в організації лікувально-охоронного режиму, використанні лікувальної фізкультури, масажу, засобів фізіотерапії. Призначення вказаних заходів визначається станом хворого та особливостями перебігу захворювання [4]. Адекватне лікування пацієнтів, проведене у міжприступному періоді, дозволяє нормалізувати функцію зовнішнього дихання [5].

Н.Л. Іванова та Л.С. Захарова рекомендують курс фізичної реабілітації при БА поділяти на 3 періоди: підготовчий, основний та заключний [4]. У підготовчому періоді, мобілізуючи нервову, дихальну і серцево-судинну системи, організм підготовлюють для виконання сильніших за своїм навантаженням фізичних вправ, які будуть використовуватися в основному періоді. Для цього автори рекомендують застосовувати найпростіші вправи з невеликим навантаженням, дозовану ходьбу. Середня тривалість цього періоду становить 10-12 днів, під час яких проводять 8-10 занять [4]. Водночас А.Г. Малявін наголошує на необхідності використання підготовчого періоду для докладнішого знайомства з хворими, виявлення їх індивідуальної реакції на фізичне навантаження, навчання хворих основним вправам залежно від ступеня важкості захворювання, постановці правильного дихання [7].

Під час основного періоду рекомендується застосовувати спеціальні вправи, направлені на подовження видиху, підвищення тону м'язів дихальних шляхів, покращення дренажної функції бронхів, зміцнення допоміжних дихальних м'язів [4]. Цей період, який триває з перервами до 6 - 7 міс. (80-100

занять), розрахований на тренування організму, що передбачає широке використання дихальних, загальнозміцнюючих вправ, терренкура, тощо [4].

Одним із основних засобів фізичної реабілітації (ФР) є лікувальна фізична культура (ЛФК). Під впливом лікувальної фізичної культури в організмі відбувається низка позитивних змін: підвищуються збудливість кори головного мозку, врівноважуються нервові процеси (збудження і гальмування). Окрім того, ЛФК сприяє нормалізації сну, підвищенню апетиту, зникненню задишки, дратівливості й пригнобленого стану, які часто спостерігаються у пацієнтів з БА [4,7].

Основними завданнями лікувальної фізичної культури при лікуванні бронхіальної астми у підлітків є ліквідація бронхоспазму, нормалізація механізму дихання, пригнічення таламічних кортиковісцеральних рефлексів, збільшення сили дихальних м'язів, протидія розвитку емфіземи легенів, активізація трофічних процесів у тканинах, поліпшення вентиляції легень, сприяння виведенню секрету із дихальних шляхів, підвищення стійкості організму до дії чинників зовнішнього середовища [3]. Окрім того доведено, що підвищення тону симпатичної нервової системи, яке відбувається під час заняття лікувальною гімнастикою, стимулює функцію наднирників - підвищення виділення адреналіну і кортикостероїдів має виразний спазмолітичний ефект. Зняття бронхоспазму також сприяє виконанню вправ у басейні, у теплій воді [8].

Спрямованість засобів ЛФК на усунення дискоординації дихального акту О.О. Малійок обумовлює також і тим, що людина здатна довільно змінювати темп дихання і амплітуду дихальних рухів. Вправи, в яких рухи рук, ніг чи тулуба співпадають з фазами дихання, стають умовно-рефлекторним подразником для діяльності дихального апарату і сприяють формуванню у хворих умовного дихального рефлексу. Разом з тим, вдосконалення довільного керування диханням можливе тільки при систематичних заняттях, які створюють можливість для закріплення і рефлекторного підкріплення раціонального стереотипу дихання. Завдяки вправам, які сприяють подразненню рецепторів верхніх дихальних шляхів і рефлекторному розширенню бронхів, експіраторна задишка, яка є наслідком спазму бронхів, може зменшитися або повністю зникнути. Покращення координації роботи дихальних м'язів збільшує швидкість вдиху і видиху, що полегшує дихання при звуженому бронхіальному отворі і підвищує ефект дренажу бронхів [6].

Дихальна гімнастика, як один із засобів ЛФК, та спеціальні вправи з вимовою звуків на видиху рефлекторно зменшують спазм бронхів і бронхіол. Вібрація стінок бронхів при звуковій гімнастиці здійснює мікромасаж і розслабляє їх м'язи [12]. Тому для полегшення акту дихання А.М. Старшов та І.В. Смірнов рекомендують систематично використовувати дихальну гімнастику Стрельнікової (двічі на день — вранці і увечері, по 1200 вдихів-рухів за одне заняття). Парадоксальне дихання здійснює комплексну лікувальну дію на організм: позитивно впливає на обмінні процеси, які мають важливе значення для кровопостачання, зокрема легеневої тканини, сприяє відновленню порушеної під час хвороби нервової регуляції, покращує дренажну функцію бронхів, відновлює носове дихання, усуває деякі морфологічні зміни у бронхолегеневій системі, сприяє розсмоктуванню запальних утворень, розпрямленню зморщених ділянок легеневої тканини, відновленню нормального крово- і лімфопостачання, усуненню місцевих застійних явищ [12].

Необхідно наголосити на тому, що оскільки організм підлітків перебуває в процесі формування, об'єм і характер вправ під час занять лікувальною фізичною культурою повинні бути індивідуально підібрані для кожного хворого з урахуванням особливостей перебігу захворювання [5].

Не менш важливим засобом ФР при БА вважається масаж (класичний, точковий, банковий). Як пасивний засіб ФР, масаж сприяє ліквідації спазму дихальної мускулатури, покращенню крово- і лімфообігу, стимулюванню виділення бронхіального секрету. Його застосовують переважно після стихання запального процесу. Згідно з рекомендаціями Є.М. Нейко, масаж доцільно проводити за 1,5-2 години до лікувальної гімнастики, оскільки це буде сприяти профілактиці нападів ядухи. Для кращого видалення надлишкового бронхіального секрету додатково застосовують зовнішню перкусію і вібрацію (вібромасаж) грудної клітки в поєднанні з постуральним дренажем [8].

А.Г. Малявін, М.А. Гриппі, Н.Л. Іванова, Л.С. Захарова визначають фізіотерапію, як один із дієвих засобів ФР підлітків, хворих на БА. Автори зазначають, що УВЧ-терапія, ампліпульстерапія, аерозольтерапія, баротерапія, спелеотерапія мають позитивний вплив на організм під час ремісії приступів БА [2, 4, 7].

Ультрафіолетове опромінення грудної клітки еритемними дозами стимулює симпатико-адреналову систему, що зменшує запальні явища в дихальних шляхах і сприяє відновленню бронхіальної прохідності. Виражений вплив на дихальну систему має й ультрависокочастотна терапія міжлопаткової ділянки, яка сприяє покращенню бронхіальної прохідності й гемодинаміки малого

кола кровообігу. Застосування цієї процедури на ділянку наднирників стимулює їх глюкокортикоїдну функцію, що має важливе значення при БА [2, 8].

Як зазначає А.Г. Малявін, ампліпульстерапія позитивно впливає на кровообіг та функцію симпатичної і парасимпатичної нервової системи, що покращує бронхіальну прохідність, зменшує ступінь алергізації організму, оптимізує функції зовнішнього дихання і серцево-судинної системи; наслідком зазначених змін є зменшення алергічних проявів захворювання. Основними протипоказами до проведення апаратної фізіотерапії є виражені запальні процеси дихальних шляхів [7].

Аерозольтерапія, як інгаляційний метод введення медикаментозних препаратів, дозволяє створити найкращі умови для їх контакту з патологічно зміненими тканинами дихальних шляхів. Медикаментозні препарати у стані аерозолі є фізично і хімічно активнішими, швидше всмоктуються, повільніше виводяться з органів дихання [7,8]. Тепло-вологі інгаляції розріджують в'язке харкотиння, прискорюють його евакуацію, покращують функцію миготливого епітелію бронхів, тамують надмірний кашель. Протипоказом до проведення аерозольтерапії є індивідуальна непереносимість процедури, зокрема підвищена чутливість до окремих компонентів інгаляційної суміші [7, 8].

Під час баротерапії зниження барометричного і парціального тиску сприяють розвитку гіпоксії, під впливом якої в корі головного мозку виникає охоронне гальмування. Доведено, що баротерапія, стимулюючи кору наднирників, активізує симпатико-адреналову систему, що має велике значення для ліквідації явищ бронхоспазму. Як зазначають Н.Л. Іванова та Л.С. Захарова, баротерапія стимулює активність ферментних систем та окисно-відновних процесів у тканинах. Водночас процедура має низку протипоказів, основними з яких є важкий перебіг БА, тривале вживання кортикостероїдів, активний запальний процес в ЛОР-органах і бронхолегеневому апараті, наявність виражених морфологічних змін у легенях [4].

Спелеотерапія, як метод ФР поширений в Україні у с.м.т. Солотвино Закарпатської області та м. Артемівську Донецької області. Підліткам, хворим на БА, спелеотерапію здійснюють шляхом поступового збільшення часу перебування у підземних відділеннях соляних шахт. Курс реабілітації для цієї категорії пацієнтів складається з 4 днів адаптації до клімату с.м.т. Солотвино чи м. Артемівська, а потім до мікроклімату шахти під час сеансів спелеотерапії. Усього курс спелеотерапії становить 20-24 сеансів. Метод найбільш ефективний у хворих з легким і середньоважким перебігом захворювання; висока ефективність зберігається й у віддаленому періоді [2,8]. Цей вид ФР протипоказаний хворим із важким перебігом БА, при наявності виражених морфологічних змін у бронхах і легенях. Відносними протипоказами є фаза загострення основного або супутнього захворювання, гормональна залежність, анатомічні зміни у носових ходах (поліпи, аденоїди) [2].

ВИСНОВКИ

1. В Україні встановлено збільшення кількості підлітків, хворих на БА. Основними реабілітаційними проблемами, що виникають у цієї категорії пацієнтів є спазм мускулатури бронхів, запальні зміни їх слизової оболонки, дискоординація у роботі різних груп дихальних м'язів, напруження допоміжних дихальних м'язів, післяприступний бронхіт.
2. Основними засобами ФР підлітків, хворих на БА, вчені вважають ЛФК, масаж та фізіотерапію. Рекомендовано застосовувати різноманітні методики дихальної гімнастики, зокрема парадоксальну дихальну гімнастику Стрельнікової, звукову гімнастику.
3. Особливостями застосування засобів ФР у підлітків, хворих на БА, в стадії ремісії є врахування індивідуального перебігу хвороби і їх обов'язкове комплексне поєднання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беш Л. В. Бронхіальна астма у підлітків. – Львів: Атлас, 1998. – 176с.
2. Гриппи М.А. Патофізіологія легких.- М.: Восточная Книжная Компания, 1997.- 344 с.
3. Захарова Л.С., Мухин В.Н. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания: Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов ГЦОЛИФКа.- Москва: ГЦОЛИФК, 1992.- С. 7-9.
4. Иванова Н.Л., Захарова Л.С. Физическая реабилитация детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой: Материалы итоговой научной конференции студентов и молодых ученых.- Москва: РГАФК, 1997.- с. 33-39.
5. Івасик Н. О. Фізична реабілітація при порушенні діяльності органів дихання: Навчальний посібник для студентів ВНЗ Фізкультурного профілю – Л.: , 2007. – 166 с.

6. Малійок О.О. Диференційований підхід у процесі фізичного виховання студентів (автореферат на здобуття наукового ступеню кандидата наук з ФКіС) – Луцьк, 1991. – 19 с.
7. Малявін А. Г. Физиотерапия и реабилитация больных бронхиальной астмой (Ч-1) /А.Г. Малявін // Физиотерапия, бальнеотерапия и реабилитация, 2004. - №1. - С. 12-19.
8. Немедикаментозні методи лікування внутрішніх хвороб./Під ред. Є. М. Нейка - Тернопіль.: Укрмедкнига, 2000. – 270 с.
9. Пархоменко Л.К., Страшок Л.А. Сучасні погляди на перебіг бронхіальної астми у підлітків // Нова медицина. – 2003. - №1. – С.50.
10. Попова И.В. и соавт. Распространенность симптомов бронхиальной астмы по критериям ISAAC // Аллергология. – 2004. - №4. – С.31-34.
11. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания. – 3-е изд., переработаное и доп. – М.: Издательство «Триада - X», - 1999. – 470 с.
12. Старшов А., М. Смирнов И. В. Спирография для профессионалов / Старшов А. М. Смирнов И. В.- М.:Познавательная книга пресс, 2003. – 80 с.

Л.І. КОТИК

ВПЛИВ СУБКУЛЬТУРНОГО СЕРЕДОВИЩА МІСТ НА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

В статті розкриті загальні особливості впливу міського субкультурного середовища на психічне здоров'я жителів міст. Увага сконцентрована на проблемах депресії, ігрової залежності особистості, психічної нерівноваженості дітей.

В статье раскрыты общие особенности влияния городской субкультурной среды на психическое здоровье жителей городов. Внимание сконцентрировано на проблемах депрессии, игровой зависимости индивида, психической неуравновешенности детей.

General tendencies the influence of city subculture sphere on the psychiatric health of the city inhabitants are opened in the article. The attention is stressed on the problems of depression, depending on play, the physical neurasthenia of children.

На початку ХХІ ст., перед українською спільнотою заново постала проблема зниження економічного розвитку держави, яка призвела до процесів безробіття, безгрошів'я, зневіри в себе та формування психологічного відчуття безперспективності подальшого розвитку. На цьому фоні нової актуальності дослідження набуває феномен функціонування соціально-культурного життя міст, як центрів локалізації максимальних благ і негараздів людства.

Проблеми „субкультурного середовища міст” активно досліджуються у галузі соціології, психології, суспільної географії, культурології, геурбаністики, соціальної медицини тощо. В цій сфері працюють такі вчені, як А. Доценко, В. Джаман, Ю. Пітюренко, У. Садова, І. Салій, Л. Шевчук, А. Giddens і т.д.

На сьогодні під „субкультурою міст” або „субкультурним середовищем міст” розуміють сукупність цінностей, взаємовідносин між людьми, правил поведінки, специфіки мислення, що характерні людині того чи іншого міста, та формуються в процесі його розвитку й функціонування.

Здавня характерними атрибутами субкультури українських міст були риси високої духовної та фізичної культури їх жителів, толерантності, такту, виваженості, загальної освіченості. При проживанні в містах акцент робився на усесторонній розвиток особистості з концентрацією уваги на розвитку почуття прекрасного та духовного. Останнє так описує в своєму творі „Сучасний Львів” Олена Степанів: „Багаті люди мали тут свої двори з челяддю, городами, садами. А про велике заінтересування культурними справами свідчать численні церкви, над якими, напевно, опіку мали не лише князі, але й бояри, купці, ремісники” [9].

Зараз, в більшості, поняття „субкультурного середовища міст” асоціюється з такими негативними явищами сучасності як алкоголізм, наркоманія, розбещеність, стреси, депресія тощо. Всі вони водночас, є як похідними моментами від специфіки міського життя з однієї сторони так і характерними рисами, уособленням міського стереотипу життя та мислення, з другої.

Характерною рисою сучасного міста, яка безпосередньо впливає на формування людської психіки є темп життя. Місто відзначається швидкістю, яка проявляється в простому банальному русі автомобілів та людей по вулицях, в швидкості мовлення та мислення, необхідності прийняття