

2. Pluskiewicz W., Pindel B. (1997) Zespól triady u kobiet uprawiających sport, *Medycyna Sportowa*, IV, 71: 19-21
3. Skierska E. (1998) Zaburzenia cyklu płciowego w "Kobieta, Sport, Zdrowie", wyd. Pol. Stow. Sportu Kob., Warszawa.

### Summary

Women about higher physical activity levels very often have an abnormal menstrual cycles (no ovulation), in which there were no changes of the estradiol and progesterone levels. This suggested that, the metabolic reactions will be staying the same on several moments of the menstrual cycle. In the study was investigate 14 female students of Academy of Physical Education. In the middle of the first and second part of the menstrual cycle volunteers made the Wingate test. After the test were measured: total cholesterol (CHOL), high density lipoprotein cholesterol (HDL) and triglycerides (TG) levels. There was no significant differences in values of this between first and second investigated part of the menstrual cycle.

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.

ЖАМАЛЬ ХАЛЄД

*Національний університет фізичного виховання і спорту України*

Одним із найбільш важливих суглобів для опору тіла та локомоції людини є кульшовий суглоб. Патологія його спричиняє значні порушення функціонування всього опорно-рухового апарату. Різні травматичні пошкодження шийки та головки стегнової кістки, запальні захворювання їх, коксартроз значно обмежують рухові можливості хворих. Найкращим засобом повернення одного з найбільш навантажених суглобів до нормальної функції його є ендопротезування.

Протягом останнього часу кількість оперативних втручань з впровадженням ендопротезів суглобів збільшується, накопичується досвід проведення таких операцій. Та все ж виникають випадки, за яких ретельне планування і стандартизація технології проведення операції не завжди дозволяє уникнути різних ускладнень, пов'язаних як безпосередньо з технікою оперативного втручання, так і незалежно від нього.

Запобігти ускладненням або надати їм зворотнього перебігу в данньому

післяопераційному періоді та сприяти подальшим медикореабілітаційним заходам, спрямованим на кінцевий ефективний результат оперативного втручання видається можливим застосовуючи програму фізичної реабілітації, яка була апробована в НДІТО України.

Медико-психолого-реабілітаційні заходи слід розпочинати водночас з надходженням пацієнта в клініку.

У передопераційному періоді хворого слід підготувати як фізично, так і морально до вимушеної необхідності тривалого лежання на спині, підготовки м'язів спини і кінцівок до вставання, профілактики можливих дихальних і серцево-судинних розладів. Також необхідно направити дію лікувально-реабілітаційних факторів на посилення крово- та лімфотоку в м'язах і тканинах тіла; на підвищення обмінно-трофічних процесів, як в зв'язанні оперативного втручання, так і в усьому організмі хворого.

В передопераційний період хворого навчають деяким вправам психофізичної гімнастики, аутотренінгу, руховій підготовці м'язів спини, з метою підвищення їх працездатності, що здійснюється завдяки масажу шийного, грудного, поперекового відділів хребта і фізичних вправ в положенні "лежачи на спині": напруження м'язів черевного пресу, утримання напруження м'язів спини, утримання напруження сідничних м'язів.

Підготовка м'язів здорової ноги і сідничних м'язів складається з: масажу здорової ноги, фізичних вправ в положенні "лежачи на спині", підняття і опускання ноги, підняття ноги з опором руху методистом, підняття ноги з опором руху гумою, підняття ноги з опором руху вантажем, фізична вправа типу "велосипед". Вправи з навантаженням виконуються за самопочуттям. Больові симптоми є заборонаю для виконання вправ.

Для профілактики застійних явищ в легенях використовують:

1. Масаж грудної клітки спереду і ззаду.

2. Дихальні вправи: статичні, динамічні, з акцентом на "видиху".

Статичні фізичні вправи повинні супроводжуватися обов'язковою повною розслабленню. Особливо важливим є навчити хворого правильно виконувати дихальні вправи в перші дні після операції, скільки перенесене загальне знеболювання (ендотрахеальний наркоз) і

операційна травма сприяють розвитку ускладнень з боку органів дихання в ранньому післяопераційному періоді.

Комплексна передопераційна підготовка дозволяє посилити крово- і лімфообіг, покращити обмінно-трофічні процеси і підвищити захисні сили організму що, безумовно, сприяє доброму перебігу післяопераційного періоду.

Головним завданням раннього післяопераційного періоду ( до закінчення клінічного лікування) є підготовка: до вставання і ходіння, розвиток рухів в кульшовому суглобі, ходьба на милицях, ходунках. Особливо це стосується тренування для відновлення працездатності м'язів кінцівок і спини, утриманню ноги в відповідній позиції і рухових вправ лікувальної гімнастики при активній допомозі хворому під час їх виконання.

Проте, в перші дні після операції слід приділити особливу увагу профілактиці ранніх післяопераційних ускладнень з боку дихальної і серцево-судинної системи, яка здійснюється шляхом виконання дихальних фізичних вправ, навички яких хворий одержав до операції.

На 2-й день після операції хворий, з дозволу лікаря, може прийняти положення "сидячи", лежачи у ліжку, а також фізичні вправи для здорової ноги і статичні вправи для м'язів спини і обох нижніх кінцівок. На 3-й день додатково до положення "сидячи", лежачи в ліжку можна опускати в ліжка зігнути у колінах ноги і сидячи опускати їх до низу, на 4-й - вставати з ліжка, але тільки з дозволу лікаря. На 5-7-й день слід починати дозоване ходіння, прискіпливо слідкуючи за припасуванням милиць (ходунків), щоб уникнути зайвого навантаження на прооперовану ногу і розвитку "миличного" синдрому. Спочатку, перші 2 дні, хворий ходить з підстраховкою інструктора лікувальної фізкультури. У наступні дні навантаження і обсяг рухів в кульшовому суглобі необхідно поступово збільшувати і на 9-12-й день амплітуда рухів в суглобі повинна досягати 105° при згинанні, 150° при розгинанні і 120° при відведенні. Дозволяється підіймання оперованої ноги, рівної у колінному суглобі до 30 см від поверхні і двох ніг разом з утриманням. Якщо виникають больові відчуття у прооперованій нозі або у поперековій ділянці, фізичні вправи виконувати не слід.

За сприятливого перебігу післяопераційного періоду на 13-14 день знімають шви і на третій день хворого переводять на амбулаторне лікування. У зв'язку з цим пацієнта необхідно попередити, що штучний суглоб є і залишається замінювачем, який не може досягти біологічних показників нормального власного суглобу, тому руховий режим необхідно пристосувати до адекватних навантажень, як під час роботи, так і в вільний час. Це особливо стосується першого кварталу після перенесення операції (пізній післяопераційний період), коли потрібне поступове

зростаюче навантаження на суглоб.

#### Annotation – resume

It has been delivered and approbated the program of physical rehabilitation for patients with endoprosthesis of coxal joint, its characteristic feature being a profound pre-operation preparation with application of psycho-physical gymnastics elements, autogenous training, massage and exercises for spinal muscles for both healthy and damaged extremity, teaching how to strain, relax and stretch separate muscles of the damaged extremity as well as early (beginning with the 2<sup>nd</sup> day) patient's motional activity during the post-operation period.

## TRENING SPORTOWY W PODNOSZENIU CIĘŻARÓW (POWERLIFTING) DLA OSÓB Z PARAPLEGIĄ

EUGENIUSZ BOLACH

*Akademia Wychowania Fizycznego Wrocław, Polska*

W Polsce podnoszenie ciężarów dla osób niepełnosprawnych, w tym dla osób z paraplegią stoi na wysokim, światowym poziomie. Struktura treningu wzorowana jest na teorii treningu osób pełnosprawnych, zawiera jednak elementy kinezyterapii, dzięki stosowaniu ćwiczeń korekcyjnych, specjalistycznych i relaksacyjnych związanych z aktualnym stanem funkcjonalnym. Różnice stosowane w jednostce treningowej paraplegików i osób pełnosprawnych wynikają z częściej stosowanych przerw wypoczynkowych między ćwiczeniami i seriami ćwiczeń, co wynika z celów sportu niepełnosprawnych, tj. leczniczego, anatomo-fizjologicznego, estetycznego i hedonistycznego.

Celem pracy jest przedstawienie zadań i ich realizacji w rocznym cyklu treningowym dla osób z paraplegią trenujących w klubach sportowych dla osób niepełnosprawnych „Start”.

Zawodnicy z paraplegią startują w grupie IV sportowej, z następującymi schorzeniami (Bolach 1982, 1986, 1994 Bolach, Mysłakowski i Onuchowska 1998):

- paraplegia po urazie rdzenia kręgowego (paraplegia posttraumaticae),
- choroba Heinego i Medina (poliomyelitis anterior acuta),
- rozszczep kręgosłupa (spina bifida),
- stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex),