

3. Colberg SR, Swain DP: *Exercise and diabetes control. The physician and Sportsmedicine* 2000;4:63
4. American Diabetes Association: *Position statement: diabetes mellitus and exercise. Diabetes Care* 2002;25(suppl 1):S64-S68
5. Assal JP: *WHO raport on therapeutic patient education. Medicographia* 1999;21:346-53

THE ROLE OF THE PHYSICAL TRAINING FOR THERAPY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Patients suffered from diabetes mellitus are predisposed for many micro- and macroangiopathic complications. Systematic physical training can help them to prolong their life and make it more comfortable. Physical activity decreases insulin resistance, patients' weight, blood pressure, lipid serum level and increases flow through collateral circulation.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ СКОЛОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Г.В. ТАМОЖАНСЬКА

Харківська державна академія фізичної культури

Дотепер багато сторін проблеми сколіозу залишаються недостатньо з'ясованими, серед них - питання етіології та патогенезу, від рішення яких залежить пошук найбільш ефективних методів лікування.

Термін "сколіоз" (від грецького scolios - кривий, скривлення), запропонований ще Галеном (у II столітті нашої ери), поєднує усі види стійкого бічного скривлення хребта, що сполучається з його торсією. Цей термін визначає лише вид ортопедичної деформації, відображаючи сутність захворювання, що у сполученні з біомеханічними факторами у певних випадках служить причиною прогресуючого сколіозу. Під терміном "сколіоз" також поєднуються різні, хоча і близькі, однак не зовсім ідентичні за патогенезом і патогенезом патологічні зміни в хребті й у паравертебральних тканинах, тобто в кістковій, м'язово-м'язовій і сполучно-тканинній системі організму. Досить назвати такі види сколіозів, як паралітичний, статичний - при укороченні кінцівки чи неправильному положенні стопи, ішиалгічний, сколіоз з приводу травми хребта, вроджений, нейродиспластичний, спадковий і, нарешті, ідіопатичний сколіоз. (Ф.Р. Богданов, 1968 р.)

Актуальність проблеми. Проблема сколіозу є однією з найбільш складних у сучасній ортопедії.

Це пов'язане не тільки поширеністю захворювання серед дітей, але і тимчасом, з якими зіштовхуються лікарі при лікуванні хворих. Лікування сколіозів є досить складним і тривалим. Основними методами лікування є консервативний і оперативний. Що стосується оперативного методу, то успіх лікування даних пацієнтів залежить не тільки від виконання оперативних втручань, але і від проведених реабілітаційних заходів.

Основна роль у системі реабілітаційних заходів приділяється процедурі лікувальної гімнастики.

Метою даної роботи є прискорення відновної динаміки, поліпшення кардіореспіраторної функції, вегетативної нервової системи в дітей після операції з приводу сколіотичної хвороби.

При проведенні педагогічного експерименту були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити зміни, що виникають у дітей в організмі після оперативного лікування сколіотичної хвороби, і сучасні підходи до фізичної реабілітації даного контингенту хворих за даними сучасної медичної літератури.

2. Розробити методику дихальної гімнастики для хворих після операції з приводу сколіотичної хвороби.

3. Оцінити ефективність розробленої нами методики.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань пропонується використовувати комплекс методів дослідження: вивчення даних медичних карт, клінічні методи (збір анамнезу, скарг, зовнішній огляд), інструментальні методи (пульсометрія, рентгенографія), функціональні проби і тести, лікарсько-педагогічне спостереження.

Результати дослідження. Комплексне дослідження дало можливість всебічно оцінити стан кожного хворого і виявити типові особливості всієї групи дітей, що обстежувались.

Майже усі хворі мали ріст низький чи нижче середнього, що, мабуть, зв'язано з значною деформацією хребта, що, природно, зменшує ріст дитини.

Тільки в половині дітей відзначалася відповідність ступеня біологічної зрілості їхньому віку. Найчастіше це сполучалося з відставанням у загальному фізичному розвитку: невеликий ріст, маленький обсяг грудної клітки, зниження показників статичної витривалості і сили м'язів. Спостерігалася швидка стомлюваність при виконанні фізичних вправ.

На базі НДІ патології хребта і суглобів ім. проф. Ситенко обстежено 40 дітей хворих сколіозом III-IV ступеня.

Для оцінки вентиляційної функції легень, типу і виразності її порушення використовувалися наступні показники: життєва ємність легень (ЖЄЛ), обсяг форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ 1) і індекс Тіффно. Для визначення рівня порушення прохідності бронхів досліджувалися пікова об'ємна швидкість (ПОШ), максимальна об'ємна швидкість при видиху 25-50% форсованої ЖЄЛ (МОШ 25-50) і середня об'ємна швидкість при видиху 75-85% форсованої ЖЄЛ (СОШ 75-85).

У 24 (60%) з обстежених хворих були ознаки легеневої недостатності: I ступінь був у 18 осіб, II ступінь - у 6 хворих. У всіх 40 хворих не виявлено нормальних величин ЖЄЛ. Порушення індексу Тіффно мало місце в 36 (90%) хворих. Порушення прохідності великих бронхів виявлене в 10 (25%) хворих. Порушення прохідності дрібних бронхів відзначене в 14 (35%) пацієнтів.

Знання особливостей порушення функції зовнішнього дихання в хворих з сколіозом дає можливість більш цілеспрямовано використовувати фізичні вправи при підготовці до операції і попереджати післяопераційні ускладнення з боку органів дихання. Усі ці серйозні порушення функції зовнішнього дихання визначили одну з ведучих спеціальних задач - нормалізацію акта дихання з відновленням повного дихання в спокої і при русі.

Лікувальна фізична культура в післяопераційному періоді спрямована на закріплення результатів оперативного лікування і підготовку хворого до повсякденної діяльності. Для дітей, після операції, характерне сполучення симптомів захворювання з порушеннями в організмі, обумовленими оперативним втручанням, знеболюванням, іммобілізацією і тривалим ліжковим режимом. Зміни в діяльності організму у цих хворих дуже різноманітні, що висуває необхідність вирішення багатьох задач перед відновлюваною функціональною терапією.

Реабілітаційне лікування здійснювалося в 3 етапи:

I етап передопераційної підготовки дитини до майбутнього оперативного втручання (вправи для суглобів верхніх і нижніх кінцівок, навчання пацієнта дихальним діафрагмально-зміцнювальним вправам).

II етап - післяопераційний - поділяється на три періоди:

- Реанімаційний.
- Ранній післяопераційний.
- Пізній післяопераційний.

1-й період. У післяопераційному періоді реабілітаційні заходи ми починали в реанімаційному відділенні. Метою реабілітації є профілактика післяопераційних ускладнень (серцево-легеневої недостатності). В основу методики ЛФК була покладена спеціальна гімнастика з елементами аутотренінгу і міорелаксації.

2-й період. Мета даного періоду – підготовка до вставання, залучення м'язових груп шиї і спини в прості рухові акти, тренування м'язів кінцівок, спини, живота.

3-й період. Мета реабілітації - підвищення витривалості м'язів до тривалих навантажень, навчання і тренування в ходьбі, по рівній поверхні, по ухилі, по сходам.

III етап - після виписки пацієнта зі стаціонару. Метою є адаптація оперованого до побутових і професійних навантажень, зміцнення м'язів тулуба і кінцівок (створення могутнього м'язового корсета), закріплення правильної постави і стереотипу ходьби.

У результаті проведеного комплексного лікування практично у всіх пацієнтів була досягнута не тільки анатомічна корекція сколіотичної деформації, але й істотне підвищення усіх функціональних показників.

Література

- Белая Н.А. *Лечебная физкультура и массаж*. – М.: Советский спорт, 2001. – С. 132-135.
- Богданов Ф.Р. Сколиоз / В кн.: *Многотомное руководство по ортопедии и травматологии*. Отв. ред. Н.П. Новаченко. – М.: Медицина, 1968. – Т. II. – С.303-351.
- Бизьмин А.И., Фищенко В.Я. *Дискотомия*. - М.: Медицина, 1974. – С.3-129.
- Бустик М.И. Сколиоз и его оперативное лечение // *Хирургия*. – 1952. - № 6. - С. 52-59.
- Мовшович И.А., Риц И.А. *Рентгенодиагностика и принципы лечения сколиоза*. - М.: Медицина, 1969. – 391 с.
- Рейзман А.И., Багров Ф.И. *Лечебная гимнастика и массаж при сколиозах*. - М., 1963. - 87 с.
- Сажин В.Д., Абальмасова Е.А. *Сколиозы и кифозы*. - М.: Просвещение, 1973. – С. 4-16, 44-152.
- Физическая реабилитация / Под общ. Ред. Проф.. С.Н. Попова*. – Ростов-на-Дону, 1999. - С.203-239.

THE SUBJECT OF THE ARTICLE IS THERAPEUTIC PHYSICAL CULTURE AFTER THE OPERATION IN CONNECTION WITH THE SCOLEOTIC DESCASE

Anna Tamozhanskaya

Kharkiv state Academy of Physical Culture

Annotation. The problem of the scoleotic descase is one of the most complicated in the modern orthopedy.

The aim of the work is the fastening of the recovering dynamics the improvement of the cardiorespiratory function and vegetative nervous system of the children after the operation in connection with the scoleotic descase.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

І.ТЕРЕЩЕНКО

Донецький державний інститут здоров'я, фізичного виховання і спорту

Актуальність. Переступивши поріг ХХІ століття, вступивши в нове тисячоліття ми ще гостріше усвідомили, що здоров'я – це не просто відсутність хвороби, але повноцінна реалізація творчих, фізичних, соціальних можливостей у різні вікові періоди людського життя.

Завдяки численним, багаторічним соціологічним і медико-епідеміологічним дослідженням, сформоване положення про те, що здоров'я в зрілому і літньому віці значною мірою обумовлено наявністю чи відсутністю відхилень у стані здоров'я в дитинстві. Багато захворювань дорослих мають свої корені в дитячому віці у вигляді соматичних захворювань чи яких-небудь функціональних розладів. Таким чином проаналізувавши здоров'я підростаючого покоління, можна багато в чому прогнозувати майбутнє нації.

ХХІ століття назване фахівцями ВОЗ століттям алергії. Найбільшу вагу серед алергійних захворювань легень у дітей має бронхіальна астма (БА). Найважливіші фактори, що викликають БА в дитинстві: загальна сільськогосподарська і побутова хімізація, несприятлива екологічна обстановка та ін. [1]. І ця ситуація погіршується кожним роком. Так як лікування і реабілітація БА, частіше триває роками, зростає кількість ускладнень і побічних ефектів від лікарської терапії. Широко використовуються нові немедикаментозні методи лікування: за даними деяких дослідників від 55% до 81%, ті що хворіють використовують хоча б один немедикаментозний метод терапії, незалежно від віку дитини [2].

Метою даної роботи є показати необхідність комплексного використання нових ефективних реабілітаційних засобів і методів відновлення в дітей, що страждають БА, які впливають і на фізичний, і на психологічний стан дитини.