

хворих відповідно), закриття порожнин розпаду до 3 міс – в 6 хворих, до 6 міс – в 8 хворих (у контрольній: в 1 і 2 хворих відповідно).

Під впливом УВЧ-терапії змінилася гемодинаміка малого кола кровообігу: поліпшився відтік крові по легеневих венах, внаслідок розширення дрібних судин знизився периферичний опір легеневої артерії. У результаті впливу цього фізичного фактора зменшився бронхоспазм, підвищилася життєва ємність легенів (ЖЄЛ), знизився хвилинний об'єм дихання (ХОД).

Варто припустити, що ЕПУВЧ потужністю 40 Вт, стимулюючи життєдіяльність мікобактерій туберкульозу, підсилює інгібуючу дію хіміопрепаратів, незалежно від лікарської чутливості.

Висновок.

Фізична реабілітація хворих на туберкульоз легенів з включенням УВЧ-терапії сприяє прискоренню ліквідації клінічних ознак захворювання, інтоксикації, розсмоктуванню інфільтрації і вогнищ, припиненню бактеріовиділення, більш швидкому абацилюванню мокротиння, дозволяє скоротити строки дорогого стаціонарного лікування і здійснювати його на денному стаціонарі або амбулаторно, що значно знижує загальну вартість курсу лікування.

1. Ломанченков В.Д. и др. Эффективность комплексного лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких при использовании УВЧ-терапии и ингибиторов протеаз // Пробл. туб. – 1997. – №1. – С. 42-43.
2. Ломанченков В.Д., Стрелис А.К. Физиотерапия при туберкулезе легких. – М.: Медицина, 2000. – 136 с.
3. Якубеня О.Н. Эффективность различных методов физиотерапевтического воздействия в общем комплексе лечения больных деструктивным туберкулезом // III (XII) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: Сб. резюме. – Екатеринбург, 1997. – С. 48.

УДК 364.048.2:616.711
ББК 53.541

Лілія Войчишин, Тамара Березна

ЕЛЕМЕНТИ АТЛЕТИЗМУ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

У статті наведена оцінка впливу деяких атлетичних вправ на формування м'язового корсету у хворих на сколіоз I-II ступеня.

Ключові слова: сколіоз, реабілітація.

The estimation of influencing of certain athletic exercises on forming of muscular corset in persons with the I-II degree of scoliosis is presented in the article.

Key words: scoliosis, rehabilitation.

Постановка проблеми. Сколіотична хвороба є однією з найскладніших і найактуальніших проблем сучасної ортопедії і педіатрії. Їй присвячено ряд фундаментальних досліджень вітчизняних і закордонних авторів. За статистикою, всі пацієнти, які мають сколіотичне викривлення хребта понад 40 градусів, після 35 років виходять на пенсію через інвалідність, а тривалість їх життя набагато менша за середньостатистичну в Україні [2, 4].

Засоби фізичної реабілітації займають провідне місце у корекції сколіозів. Незважаючи на те, що в сучасній літературі описана велика кількість комплексів

фізичної реабілітації для пацієнтів з викривленням хребта, ефективність запропонованих програм є недостатньою. Тому ця проблема залишається надзвичайно актуальною і вимагає нових підходів до вирішення.

Мета дослідження: визначення ефективності застосування елементів атлетизму у програмі комплексної реабілітації хворих на сколіоз I-II ступеня з метою корекції та попередження прогресування захворювання.

Організація і методи дослідження. Проведено обстеження 41 особи зі сколіозами I-II ступеня віком 16-19 років, з них 22 дівчини і 19 хлопців. 21 особа (11 дівчат і 10 хлопців) склали основну групу, яка займалася за розробленою нами комплексною програмою реабілітації, 20 осіб (9 дівчат і 11 хлопців) – контрольну групу (проводилась корекція за загальноприйнятою у лікувально-профілактичних закладах методикою без елементів атлетизму).

На початку дослідження особам, залученим у дослідження, були запропоновані анкети, запитання яких охоплювали суб'єктивні відчуття, що характеризують порушення функціонування різних систем організму (серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату).

Опитування у двох групах проводилось тричі: перед початком апробації комплексної програми реабілітації, через 6 місяців та після річного терміну її застосування.

Для визначення ступеня сколіозу вимірювали бокове викривлення хребта у положенні стоячи. На тілі маркером проводили лінію по остистих відростках від верхніх шийних хребців до нижнього поперекового хребця. Від заднього краю великого потиличного отвору опускали прикріплений до нитки тягарець. Оцінювали величину бокових відхилень лінії, що сполучає остисті відростки, від вертикалі на рівні максимального викривлення хребта, отриманий результат виражали в сантиметрах [2, 6].

Пробу Седіна проводили з метою визначення рухливості хребта у сагітальній площині. Верхній кінець сантиметрової стрічки фіксували на остистому відростку VII шийного хребця. В положенні хворого по стійці "струнко" вимірювали відстань від остистого відростка до крижової кістки. Після цього досліджуваному пропонували зробити максимально можливі нахили вперед і назад. Оцінювали різницю довжини хребта при нахилі вперед і назад, отриману величину виражали в см [2, 6].

Для дослідження гнучкості поперекового відділу хребта використовували тест Шобера. Сантиметровою стрічкою вимірювали відстань між остистим відростком I поперекового хребця і крижовою кісткою. Після цього досліджуваному пропонували максимально нахилитися вперед і знову продовжували вимірювання. Оцінювали різницю вимірів, отриманий результат виражали в сантиметрах [2, 6].

Для оцінки здатності м'язових груп живота до розвитку тривалого і інтенсивного напруження використовували наступний тест. Досліджуваного садили на кушетку з напівзігнутими в кульшових і колінних суглобах ногами і відхиленням назад (під кутом 60°) тулубом; руки за головою, лікті відведені. Визначали час утримання тулуба в цьому положенні. Отриманий результат виражали в секундах. Для дослідження максимального сумарного часу напруження м'язів-розгиначів тулуба і найширших м'язів спини досліджуваного вкладали на живіт з розведеними ногами; руки зігнуті за головою, лікті відведені. Пропонували розігнути тулуб (до кута 30°) і якомога довше утримувати тулуб у цьому положенні. Отриманий час виражали в секундах [2].

Для основної групи були розроблені комплекси спеціальних вправ з елементами атлетизму. Основними із них були: гіперекстензія, підняття гантелей

лежачи на "римському стільці", згинання-розгинання рук в упорі на гирих, тяги на різних блокових установках, вправи у вихідному положенні лежачи для м'язів спини та пресу. Розроблена програма фізичної реабілітації також включала в себе: комплекси ранкової гігієнічної та лікувальної гімнастики, вправи на розтягнення, дихальні вправи, масаж, фізіотерапевтичні процедури. Водночас основна група дотримувалась спеціальних, розроблених нами правил рухового режиму. Застосовували індивідуальний підхід до кожного хворого залежно від ступеня виразності сколіозу, фізичної і функціональної підготовленості хворого.

Заняття проводили на протязі року 3 рази на тиждень. Кожних 2 місяці змінювали комплекси вправ для попередження звикання організму до певних видів тренувальних навантажень. Контрольна група займалася в аналогічному режимі за загальноприйнятою в лікувально-профілактичних закладах методикою ЛФК для хворих зі сколіозом, яка не включала елементів атлетизму.

Результати дослідження.

Внаслідок проведеного початкового анкетування було встановлено, що найпоширенішими скаргами серед хворих на сколіоз були: біль у спині та шиї (91,9%), біль голови (95,1%), задишка (69,3%), порушення апетиту (95,1%), зниження працездатності (87,1%).

Проведена програма реабілітації сприяла зменшенню суб'єктивних проявів сколіозу. Кількість осіб основної групи, які скаржилися на болі в спині і шиї, після 6 місяців реабілітації зменшилася на 14,5%, на біль голови – на 22,6%, задишку – на 17,7%, порушення апетиту – на 38,7%, зниження працездатності – на 30,7%.

Аналіз результатів після 12 місяців реабілітації також свідчить про сприятливий ефект розробленої і апробованої нами програми: кількість осіб, які скаржилися на болі в спині і шиї, зменшилася на 45,2%, біль голови – на 40,3%, задишку – на 25,8%, порушення апетиту – на 61,3%, зниження працездатності – на 41,1% по відношенню до таких перед лікуванням. У контрольній групі ці показники були достовірно нижчі ($p < 0,05$).

При проведенні контрольних досліджень функціонального стану хребта у осіб основної групи після занять за запропонованою програмою було встановлено зменшення його бокового викривлення: після 6 місяців – на 43%, а після 12 місяців – на 56%. У контрольній групі відповідно через 6 місяців і 12 місяців зменшення викривлення хребта складало 24% і 36%, що вірогідно менше від осіб основної групи. За результатами проби Седіна у основної групи встановлено зменшення патологічної рухливості хребта у сагітальній площині (на 29% після 6 місяців занять і на 35% – після 12 місяців). Відповідні показники були вірогідно меншими по відношенню до своїх аналогів на початку дослідження, так і більшими від аналогічних параметрів контрольної групи ($p < 0,05$).

За результатами тесту Шобера, рухливість хребта у поперековому відділі збільшилася в 1,3 рази після 6 місяців занять і у 1,8 рази – після 12 місяців реабілітації ($p < 0,05$ по відношенню до відповідних показників до корекції).

При проведенні контрольного дослідження м'язів спини і живота у основної групи було встановлено покращення їх функціонального стану на 12% після 6 місяців і на 20% – після 12 місяців занять; у контрольній групі відповідні показники складали 8% після 6 місяців і 13% після року занять. У основної групи встановлено покращення силової витривалості м'язів живота на 9,5% після 6 місяців занять і на 17,5% після 12 місяців у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$). У контрольній групі ці показники відповідно складали 6,8% і 11,1% у порівнянні з початковими даними.

Висновок.

Апробована впродовж року програма реабілітаційних заходів для хворих на сколіоз I-II ступеня, яка відрізнялася від загальноприйнятих у лікувальних закладах програм включенням елементів атлетизму, спричинила зменшення суб'єктивних проявів сколіозу, покращення функціонального стану хребта, збільшення його рухливості у поперековому відділі, покращення функціонального стану м'язів спини і живота.

Перспективним напрямком даного дослідження є розробка і впровадження програм комплексної реабілітації для хворих з іншими порушеннями постави.

1. Консервативное лечение сколиоза / В.Я. Фищенко, В.А. Уляшенко, Н.Н. Вовк и др. – К.: УНІТІ-Атлант, 1994. – 187 с.
2. Клинические, функциональные и инструментальные методы исследования в физической реабилитации / Под ред. В.К. Ярового. – Севастополь, 2004. – 126 с.
3. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 608 с.
4. Фищенко В.Я. Сколиоз. – Макеевка, 2005. – 550 с.
5. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor's system. – Butterworth: Heinemann, 1999. – 346 p.

УДК 796.077.2:615.82

Романна Руденко

ББК 75+53.54

ТЕРМОТОПОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ОКРЕМИХ ЧАСТИН ТІЛА КВАЛІФІКОВАНИХ ВАЖКОАТЛЕТІВ ТА БОРЦІВ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДНОВНОГО МАСАЖУ

У статті обговорюється питання про вплив методик відновного масажу на терморегуляцію організму після фізичних навантажень у передзмагальному мезоциклі кваліфікованих борців та важкоатлетів.

Ключові слова: *відновний масаж, передзмагальний мезоцикл, кваліфіковані борці, кваліфіковані важкоатлети, терморегуляція організму.*

The article is devoted to the question of the question of the remedial massage methods influence upon organisms thermoregulation after physical loadings in precompetition mezcycle in qualified wrestlers and weightlifters.

Key words: *remedial massage, precompetition mezcycle, qualified wrestlers, qualified weightlifters, thermoregulation of the organism.*

Постановка проблеми. Відомо, що м'язова робота різної інтенсивності супроводжується підвищенням температури тіла. Це можна розцінювати як простий наслідок посиленої теплопродукції або як активну спрямовану фізіологічну реакцію, корисну і необхідну для здійснення м'язової діяльності [4,5]. Згідно з відомостями спеціальної літератури, абсолютний рівень температури тіла під час фізичних навантажень є активно регульованою реакцією, ступінь якої залежить від інтенсивності фізичних навантажень [6].

Сьогодні вже ні в кого не виникає сумнівів, що відновлення – це невід'ємна частина тренувального процесу, не менш важлива, ніж саме тренування (Бурових А.Н., 1997; Бірюков А.А., 1999; Яценко А.Г., 1999; Волков Н.І., 2000; Платонов В.Н., 2002; Макарова Г.А., 2003 та інші).