

Навчання навичок самообслуговування проводили з перших днів перебування пацієнтів у відділенні з метою якомога швидшої, хоч і мінімальної, активізації хворих та полегшення догляду за ними.

Реабілітацію хворих починали разом з фахівцем фізичної реабілітації та кардіологом на другий день після надходження хворого до стаціонару. Проводилися індивідуальні заняття 5 разів на тиждень, один раз на день, при необхідності 2–3 рази. На початку курсу реабілітації тривалість занять становила 20–30 хвилин і доводилась до 60 хвилин.

Щоденно до та після заняття фізичною реабілітацією, а також після виконання кожної вправи, за потреби, вимірювали артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень. Якщо артеріальний тиск підвищувався на 20 мм рт.ст. і більше, то заняття припиняли, у разі зміни частоти серцевих скорочень пацієнтам давали відпочинок [2].

Внаслідок тривалого перебування в лежачому положенні для уникнення розвитку гіпостатичної пневмонії виконували дихальні вправи тричі на день до того часу, поки хворого можна було переводити у вертикальне положення. Дихальні вправи виконували тричі на день по 5 разів кожну вправу з інтервалом 1–2 хвилини.

Проведені нами дослідження підтверджують те, що у відновному лікуванні після ішемічного інсульту робота з хворим має бути спрямована на відновлення втрачених функцій і потребує значних зусиль як від фахівця фізичної реабілітації, так і від самого хворого. У гострому періоді інсульту під час проведення активної реабілітації слід використовувати строго дозовані фізичні навантаження, не допускати втоми хворого і навантаження збільшувати поступово.

Список використаної літератури:

1. Виленский Б. С. Инсульт. Современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4–10.
2. Виленский Б. С. Современное состояние проблемы инсульта / Б. С. Виленский, Н. Н. Яхно // Вестник Российской АМН. – 2006 – № 9–10. – С. 18–23.
3. Волошин П. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П. В. Волошин, Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева // Міжнар. невролог. журн. – 2006. – № 3 (7). – С. 9–13.
4. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко. – К., 2009. – 145с.
5. Медицинская реабилитация. Руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 684 с.
6. Міщенко Т. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Т. С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 1. – С. 3–7.
7. Мурашко Н. К. Упровадження сучасних методів лікування цереброваскулярних захворювань у систему професійних цінностей лікарів сімейної медицини / Н. К. Мурашко // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 72–74.
8. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І. Л. Ревенько // Запорозький мед. Журн.- 2010.т.12 №3

Науковий керівник: к.б.н., доцент А. В. Рибалко

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

О. В. Шкеліберда

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

Ожиріння характеризується різноманітними гормональними і метаболічними порушеннями, а також патологічними морфологічними і функціональними змінами практично всіх органів і систем [1, 4, 8]. Патологічне збільшення маси тіла створює

умови для додаткового навантаження на опорно-руховий апарат, серцево-судинну та дихальну систему осіб з ожирінням [3, 6, 7]. Отже, збиткова вага чи гладкість – це хронічне захворювання, яке зв'язане з порушенням жирового обміну речовин, що проявляється в надмірному накопиченні жиру в організмі [2].

Недостатня увага до вивчення зв'язку між розвитком патології ОРА і функціонування інших систем організму у осіб, які страждають на ожиріння, а також питання вибору цілеспрямованих засобів і методів корекції наявних патологічних станів [6, 7] є підставою для вивчення такого взаємовпливу в умовах реабілітаційного процесу.

Мета дослідження – науково обґрунтувати і запропонувати для осіб з ожирінням інноваційну технологію фізичної реабілітації з використанням фітболу.

Методи дослідження: узагальнення, аналіз, синтез, порівняння, експериментування по схемам комплексу фізичних вправ; педагогічний експеримент, спостереження; медико-біологічні методи: соматоскопія, соматометрія; виміри зросту та ваги тіла, розрахунки індексу маси тіла, методи математичної статистики.

В Черкаському обласному геріатричному диспансері ми відібрали групу пацієнтів, які за станом здоров'я і клінічними ознаками були віднесені до групи з 1 ступеню ожиріння ($IMT = 31.3 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$) зі щадно-руховим режимом занять фізичними вправами. Визначення збиткової маси тіла та ступеня ожиріння ми здійснили за розрахунками індексу маси тіла. Міжнародна група з ожиріння IOTF індекс маси тіла (IMT) визначає, як: вага в кг/зріст в м^2 . За цією методикою недостатній IMT становить - < 20; нормальний - 20–24.9; збиткова - 25.0–29.9; 1 ступінь ожиріння - 30.0–34.9; 2 ступінь - 35.0–39.9; 3 ступінь - 40.0 кг/м^2 і > [4].

Ефективність занять ЛФК при ожирінні ми визначали за формулою розрахунку коефіцієнту втрати маси тіла. Вона обчислювалась за формулою: $K = \text{маса тіла після занять} \times 100\% / \text{маса тіла до занять}$ [5]. Оцінку коефіцієнту втрати маси тіла проводили за стандартами розробленими експертами ВООЗ. Оцінку добре виставляли пацієнтам, у яких маса тіла зменшилась у продовж виконання фізичних вправ на 15% і більше. У тих пацієнтів, для яких коефіцієнт втрати маси тіла становив 5-15% виставляли оцінку задовільно. А ті пацієнти у яких коефіцієнта маса тіла не зменшився, або знизився менше ніж на 5% отримали незадовільну оцінку [5].

Результати дослідження. Для зниження збиткової маси тіла і ожиріння у пацієнтів ми використали підхід з жиромобілізуючою харчовою дієтою та активацію м'язової тканини.

Пацієнтам була рекомендована збалансована низькокалорійна дієта за рахунок зменшення вуглеводів до 100-150 г і жиру на 100 г переважно за рахунок тваринного за умови достатнього вживання білків 120 г, вітамінів, мінеральних речовин. Використовували продукти з високим вмістом клітковини, які сприяють швидкому насиченню, прискорюють швидкому проходженню їжі через кишковий тракт та її евакуацію. Харчування здійснювалась 5 раз за добу малими порціями. Включають розвантажувальні дні: білків до 350 г, краще відвареного або 500 г сиру, фруктові дні та інші.

Фізична реабілітація пацієнтів з ожирінням була спрямоване на зниження ваги тіла. Фізичні навантаження під час проведення ЛФК були спрямовані на активізацію жиромобілізуючої тканини шляхом залучення роботи м'язів з використанням фітболу, масаж, дихальні вправи та водні процедури.

На початку були проведені виміри соматометричних показників: зросту ваги тіла та визначений індекс маси тіла. Середні показники зросту для групи становили

174,3±1,98см, ваги – 95,2±3,4кг, а ІМТ дорівнював в середньому 31,3±0,47 кг/м². Основними задачами занять ЛФК цих пацієнтів були: 1. Адаптація організму до фізичних навантажень. 2. Розвиток резервів аеробної працездатності. 3. Підвищення витрати енергії, окислювально-відновних процесів; 4. Зменшення надмірної маси тіла; 5. Зміцнення слабких м'язів та підвищення силової витривалості. 6. Розширення функціональних можливостей серцево-судинної та дихальної систем.

Упродовж 1 місяця щоденно проводили заняття ЛФК по 25 - 30 хв, які пацієнти виконували з помірною інтенсивністю (ЧСС – 120 уд/хв.). Комплекс фізичних вправ включав вправи: для середніх м'язових груп, дихальні вправи; ЛФК проводилось у повільному темпі. Особливої увагу ми приділили виконанню фізичних вправ з фітболом. Заняття ЛФК включали вправи: піднімання та опускання фітболу, нахили вперед, присідання з фітболом, підкидання м'яча вгору та його ловля, віджимання тримаючи ноги ні фітболі, лежачи на спині колові оберти зафіксованого м'яча ногами, згинання і розгинання тулуба з м'ячем зафіксованого під колінами, колові оберти тулуба сидячи на м'ячу та інші.

Крім занять у групах ЛФК пацієнти щоденно виконували комплекс вправ ранкової гімнастики та здійснювали тривалі прогулянки з ЧСС < 120 у/хв тривалість 15-20 хв. Такий руховий режим сприяв згоранню жиру, малому накопиченню “шлаків”, підвищенню тону м'язів, пригніченню апетиту, та підвищенню бадьорості і бажання тренуватись. За 5 тижнів занять показники зросту у пацієнтів не змінились. Маса та ІМТ у пацієнтів віднесених до групи з щадно-руховим режимом занять лікувальною фізичною культурою з використанням футболу вірогідно зменшились. Так, вага тіла зменшилась з 95,2± 3,3кг до занять на 3.6кг і наприкінці становила 91,8 кг. ІМТ у пацієнтів зменшився з 31,4±0,4кг/м² на 1,1 кг/м² і дорівнював 30,3±0.4 кг/м². Таким чином, коефіцієнт втрати маси тіла після курсу занять ЛФК становив 9,6%, що відповідало задовільній оцінці ефективності проведених занять.

Отже, розроблена технологія фізичної реабілітації осіб з ожирінням і супутньою патологією опорно-рухового апарату та серцево-судинної і дихальної систем передбачала поетапне впровадження реабілітаційних заходів у щадному руховому режимі. Основою цих режимів були індивідуально підібрані і диференційовані фізичні вправи з використанням футболу, які спрямовані як на зниження маси тіла так і корекцію деформацій ОРА та інших систем організму, що проявлялось у задовільному покращанні показників морфофункціонального статусу хворих і характеристик підвищення тону м'язів і швидкісних властивостей м'язів, зменшення виразності супутньої патології органів травлення, дихання та серця.

Таким чином, отримані експериментальні результати стверджують позитивний вплив на пацієнтів з ожирінням щоденних занять фітболом та активного рухового режиму, що проявляється у задовільних змінах абсолютних і відносних показників морфофункціонального стану, зниження ваги, індексу маси тіла, а також помірного підвищенні коефіцієнта втрати маси тіла.

Список використаної літератури:

1. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клинико-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений : дис. док. мед. наук / А.П. Аверьянов. – Саратов, 2009. – 384 с.
2. Бессесен Дэниел Г. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Г. Дэниел Бессесен, Роберт Кушнер. – М. : БИНОМ, 2004. – 240 с.
3. Дедов И.И. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М. : МИА, 2004. – 456 с.

4. Здоровье. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген, 1999. – № 6. – 310 с. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
5. Кравчук Л.Д. Патогенетичне обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації у хворих на екзогенно-конституціональне ожиріння та плоскостопість / Л.Д. Кравчук // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 2. – С. 57-59.
6. Щеплягина Л.А. Снижение костной минеральной плотности у детей и возможности ее коррекции / Л.А. Щеплягина // дис. док. мед. наук. – 2005. – № 2. – С. 32.
7. Щурова Е. Н. Особенности возрастной динамики функционального состояния нижних конечностей в условиях недостаточности кровоснабжения и иннервации : дис. д-ра биол. наук: 03.00.13 / Е. Н. Щурова–Курган, 2005. – 319 с.
8. Rao U.B. Does obesity influence foot structure in prepubescent children? / U.B.Rao, B. Joseph // International Journal of Obesity. – 2000. – № 24. – P. 541- 544.

Науковий керівник: д.б.н., професор В. С. Лизогуб

ФІЗІОЛОГО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ФОРМУВАННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ СПОСОБУ ЖИТТЯ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ РІЗНОГО ВІКУ

І. Ю. Штефан

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

Постановка проблеми. Здоровий спосіб життя дітей шкільного віку неможливий без формування раціонального режиму дня. В свою чергу він залежить від навчального навантаження, умов та організації навчання в загальноосвітніх закладах різного типу. Доведено, що режим дня є одним з важливих факторів життєдіяльності, від якого залежить адаптація учнів до навчального навантаження та умов організації навчально-виховного процесу, яка є важливим критерієм формування їх здоров'я. [1,2]. Фактори шкільного навчання та виховання, значною мірою визначають умови життєдіяльності та режим дня учнів, що доведено нашими попередніми дослідженнями [3,4]. Від організації навчально-виховного процесу в школі та обсягів шкільного навантаження в різних класах залежить організація їх відпочинку, добовий режим дня та спосіб життя в цілому. [5]

Метою дослідження було вивчення впливу сучасної організації навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на формування хронобіологічних аспектів способу життя сучасних школярів різного віку.

Результати дослідження та їх обговорення Дослідження здійснювались шляхом хронометражних спостережень за тривалістю різних складових життєдіяльності школярів різного віку протягом двох тижнів. Аналіз даних, отриманих в результаті дослідження показав, що спосіб життя сучасних школярів всіх вікових груп характеризується наявністю значних порушень фізіолого-гігієнічних основ режиму дня. Встановлено, що такі порушення досягають серед учнів початкових класів від $91,3 \% \pm 5,8 \%$ до $94,4 \pm 5,4 \%$ випадків, а серед учнів середнього шкільного віку- від $72,7\% \pm 9,4 \%$ до $87,0 \% \pm 1,2\%$ випадків. Найчастіше це стосується таких важливих складових способу життя, як порушення відповідності тривалості нічного сну фізіологічним потребам та відповідним гігієнічним вимогам, наявності денного сну у дітей молодшого шкільного віку, відпочинку на свіжому повітрі та рухової активності. Встановлено, що найчастіше це пов'язано з порушеннями гігієнічно- обґрунтованої тривалості приготування домашніх завдань, заміною активного відпочинку переглядом телепередач, комп'ютерними іграми та іншими «неактивними» формами відпочинку.