

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та природокористування

Реабілітаційні та фізкультурно- рекреаційні аспекти розвитку людини

Науковий журнал

№3

Рівне
2018

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор:

Григус І. М., доктор медичних наук, професор, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Заступник головного редактора:

Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Члени редакційної колегії:

Андонова Албена, доктор медичних наук, доцент, Тракійський університет (м. Стара Загора, Болгарія)

Андрійчук О. Я., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки (м. Луцьк, Україна)

Батбаатар Гунчин, доктор медичних наук, професор, Монгольський національний університет медичних наук (м. Улан-Батор, Монголія)

Богдановська Н. В., доктор біологічних наук, професор, Запорізький національний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Клапчук В. В., доктор медичних наук, професор, Запорізький національний технічний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Козіна Ж. Л., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди (м. Харків, Україна); Приватна вища школа охорони навколишнього середовища (м. Радом, Польща)

Лазарєва О. Б., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ, Україна)

Магльований А. В., доктор біологічних наук, професор, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів, Україна), Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Майструк М. І., кандидат медичних наук, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Михалюк Є. Л., доктор медичних наук, професор, Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя, Україна)

Нагорна О. Б., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Прусик Кшиштоф, доктор наук з фізичного виховання, професор, Академія фізичного виховання і спорту ім. Є. Снядецького (м. Гданськ, Польща)

Романчук О. П., доктор медичних наук, професор, Одеський медичний інститут (м. Одеса, Україна)

Скальські Даріуш, кандидат наук з фізичної культури, ад'юнкт, Академія фізичного виховання і спорту ім. Є. Снядецького (м. Гданськ, Польща)

Смирнов Д. В., доктор педагогічних наук, професор, Федеральна державна наукова установа «Інститут стратегії розвитку освіти Російської академії освіти» (м. Москва, Росія)

Сондак В. В., доктор біологічних наук, професор, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна).

Відповідальний секретар:

Ногас А. О., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне, Україна)

Ministry of Education and Science of Ukraine
National University of Water and Environmental Engineering

Rehabilitation & recreation

Scientific Journal

№3

Rivne

2018

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief

Igor Grygus, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Associate Editor-in-Chief

Nataliia Nesterchuk, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Editorial board

Albena Andonova, Trakia University, Bulgaria

Olha Andriychuk., Lesya Ukrainka Eastern European National University, Ukraine

Gunchin Batbaatar, Health Sciences University, Mongolia

Nadiia Bohdanovska, Zaporizhzhia National University, Ukraine

Vasyl Klapchuk, Zaporizhzhia National Technical University, Ukraine

Zaneta Kozina, H. S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University, Ukraine

Olena Lazareva, National University of Ukraine on Physical Education and Sport

Anatoliy Mahlovanyy, Danylo Galatsky Lviv National Medical University, Ukraine

Mykola Maistruk, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Evgeniy Myhaliuk, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Olha Nagorna, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Krzysztof Prusik, Gdansk University of Physical Education and Sport, Poland

Olexandr Romanchuk, Odessa Medical Institute of the International humanitarian university, Ukraine

Dariusz Skalski, Gdansk University of Physical Education and Sport, Poland

Dmitriy Smirnov, Russian Academy of Education, Russia

Vasyl Sondak, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Secretary

Angela Nogas, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Наукове видання

Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation) : науковий журнал. – Рівне : НУВГП, 2018. – № 3. – 141 с.

У науковому журналі подано окремі положення розвитку фізичної реабілітації, рекреації, туризму, фізичного виховання, оздоровчих технологій різних груп населення. Охарактеризовано сучасні методи та засоби відновлення здоров'я, особливості проведення діагностичних та реабілітаційних заходів, ефективність яких підтверджується педагогічними, психологічними, реабілітаційними та медико-біологічними дослідженнями.

Видається за рішенням вченої ради Національного університету водного господарства та природокористування (протокол № 3 від 26.04.2018 р.).

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ 21285-11085Р від 16.03.2015 р.

Адреса редакції: вул. М. Карнаухова, 53А, м. Рівне, 33018, Україна.

ЗМІСТ

<i>Григус І. М., Мельничук Д. В.</i> Фізична реабілітація осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта.....	7
<i>Григус І. М., Невірковець В. В., Скальські Даріуш.</i> Фізична реабілітація вагітних з супутньою артеріальною гіпертензією	13
<i>Григус І. М., Ральська Х. О., Сондак В. В.</i> Застосування програми фізичної реабілітації хворих після перенесеного геморагічного інсульту	18
<i>Григус І. М., Ригун М. Г.</i> Ефективність застосування комплексної програми фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму.....	21
<i>Григус І. М., Човпило М. Б.</i> Фізична реабілітація при вагітності.....	27
<i>Грушевська А. О., Григус І. М.</i> Фізична реабілітація при ішемічному інсульті	34
<i>Карпінський А. Ю., Ногас А. О.</i> Фізична реабілітація дітей підліткового віку з дитячим церебральним паралічем.....	39
<i>Нагорна О. Б., Кратко І. І.</i> Методи фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем.....	46
<i>Нагорна О. Б., Мельник О. В.</i> Фізична реабілітація дітей, хворих на сколіоз	51
<i>Нестерчук Н. Є., Булавська М. Р.</i> Покращення антропометричних та фізичних показників у недоношених дітей за допомогою лікувальної фізичної культури та масажу	55
<i>Нестерчук Н. Є., Осінчук І. О.</i> Теоретичне обґрунтування сучасних підходів до застосування фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна	60
<i>Нестерчук Н. Є., Пацаловський П. А.</i> Фізична реабілітація дітей зі сколіозом.....	66
<i>Ногас А. О., Клан Т. М.</i> Застосування засобів фізичної реабілітації хворих на туберкульоз легень	73
<i>Ногас А. О., Швед Н. П.</i> Сучасні погляди щодо застосування фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит	80
<i>Романишин Н. Я.</i> Современная доказательная база в менеджменте спастичности после инсульта	85
<i>Самоленко Т. В., Гордийчук Б. В.</i> Влияние комплексной программы физической реабилитации на подростков с остеохондрозом позвоночника	93
<i>Barczak Mariusz, Brudnicki Robert, Prus Piotr.</i> Stan obecny i perspektywy rozwoju dla turystyki uzdrowiskowej w województwie kujawsko-pomorskim.....	99
<i>Brudnicki Robert.</i> Rozwój produktów turystyki zdrowotnej w Polsce – aktualne problemy i wyzwania.	109
<i>Mirzayev J. A.</i> Periodization of the training process: comparative analysis of two models through the prism of modern research	117
<i>Nowicki Rafał G.</i> Zabytkowa infrastruktura uzdrowiskowa jako nośnik wartości kulturowych – na przykładzie uzdrowisk sudeckich.....	124
<i>Skalski Dariusz, Lizakowski Piotr, Nesterchuk Nataliia, Grygus Igor.</i> Klasowe i warstwowe uwarunkowania uczestnictwa w sporcie a edukacja zdrowotna.....	132
<i>Інформація для авторів</i>	139

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

PHYSICAL REHABILITATION OF THE ELDERLY WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL SPINE

Григус І. М., Мельничук Д. В.

Національний університет водного господарства та природокористування

Анотації

Метою дослідження є практично обґрунтувати застосування засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі шийного відділу хребта у осіб похилого віку. В роботі представлено дослідження, яке проводилося на базі Рівненського регіонального центру з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», де під спостереженням знаходилися жінки у віці 60–85 років, які мають в анамнезі остеохондроз шийного відділу хребта. У статті висвітлене теоретичне та практичне підґрунтя особливостей застосування запропонованої програми фізичної реабілітації осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта. Визначено, що впроваджена програма фізичної реабілітації, в яку входить лікувальна фізична культура в поєднанні з лікувальним масажем, є досить ефективною та має позитивний вплив на весь лікувальний процес осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта, сприяє швидкому відновленню втрачених рухів та фізичного здоров'я в цілому.

Ключові слова: похилий вік, шийний остеохондроз, фізична реабілітація.

Целью исследования является практически обосновать применение средств физической реабилитации при остеохондрозе шейного отдела позвоночника у лиц пожилого возраста. В работе представлено исследование, которое проводилось на базе Ровенского регионального центра по физической культуре и спорту инвалидов «Инваспорт», где под наблюдением находились женщины в возрасте 60–85 лет, имеющие в анамнезе остеохондроз шейного отдела позвоночника. В статье освещено теоретическое и практическое обоснование особенностей применения предложенной программы физической реабилитации лиц пожилого возраста с остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Определено, что внедренная программа физической реабилитации, в которую входит лечебная физическая культура в сочетании с лечебным массажем, является достаточно эффективной и оказывает положительное влияние на весь лечебный процесс пожилых людей с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, способствует быстрому восстановлению утраченных движений и физического здоровья в целом.

Ключевые слова: преклонный возраст, шейный остеохондроз, физическая реабилитация.

The purpose of the study is to substantiate the use of physical rehabilitation facilities for the cervical spine osteochondrosis in the elderly. The research presented on the basis of the Rivne Regional Center for Physical Culture and Sport of the Invalids «Invasport», where under the supervision were women aged 60–85 years who have a history of osteochondrosis of the cervical spine. The article outlines the theoretical and practical grounds for using the proposed program of physical rehabilitation of the elderly with osteochondrosis of the cervical spine. It is determined that the program of physical rehabilitation, which includes medical physical culture in combination with medical massage, is quite effective and has a positive influence on the whole medical process of the elderly with osteochondrosis of the cervical spine, promotes the rapid recovery of lost movements and physical health in general. **Key words:** elderly age, cervical osteochondrosis, physical rehabilitation.

Key words: elderly age, cervical osteochondrosis, physical rehabilitation.

Вступ. Остеохондроз шийного відділу хребта є одним з розповсюджених захворювань опорно-рухового апарату, яке часто призводить до втрати працездатності, погіршення якості життя людей різного віку. При цьому біль у шийному відділі хребта частіше спостерігається у жінок [1].

У даний час більшість людей відрізняються малорухливим, сидячим способом життя. З усіх м'язових груп постійне навантаження несуть лише м'язи тулуба і шиї, які своєю невеликою, але постійною

статичною напругою зберігають і підтримують робочі та побутові пози. При наростанні стомлення м'язів тулуба і шиї їх амортизаційну функцію беруть на себе структури хребта. При незмінності способу життя в ньому розвиваються вторинні дегенеративні зміни, в першу чергу в міжхребцевих дисках. Це і обумовлює виникнення остеохондрозу [2, 7].

До основних консервативних методів лікування хворих на остеохондроз шийного відділу хребта відноситься також лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіо-

терапія та мануальна терапія. Хоча питання про відбір хворих для проведення мануальної терапії залишається актуальним ще й тому, що доволі часто при мануальному впливі на шийний відділ хребта спостерігаються побічні реакції [2, 9, 16].

У пацієнтів літнього та похилого віку шийний остеохондроз є фактором ризику щодо розвитку вікових порушень кровопостачання мозку та часто є причиною спондилогенних, дисциркуляторних енцефалопатій, вегетативних розладів. Дане захворювання у зв'язку з важким і безперервно рецидивуючим процесом призводить до інвалідності [4].

Оскільки за останні роки у всіх розвинутих країнах світу спостерігається неухильне зростання числа осіб, що страждають на хронічний біль у спині, то ця проблема, напевно, залишиться вельми актуальною і в майбутньому [3].

Медикаментозна терапія при цьому захворюванні виявляється в більшості випадків недостатньо ефективною та часто викликає побічні явища, такі як токсичні та алергічні. В той же час використання засобів фізичної реабілітації дозволяють в значній мірі затримати розвиток процесу, попередити виникнення загострень, скоротити термін лікування і зберегти працездатність [8, 10].

Для ефективного реабілітаційного процесу необхідно комплексне лікування. Широке застосування фізичних засобів, лікувальної фізичної культури та лікувального масажу у системі реабілітації хворих шийним остеохондрозом засвідчують їх сприятливий вплив на різні ланки патогенезу захворювання [9].

Раннє застосування фізичних чинників, сприяє оптимізації адаптаційно-компенсаторних процесів. Застосовуючи різні методи ЛФК, масажу і фізіотерапії вдається досягти зміцнення фіксаційних структур хребта, знизити ступінь вираженості больового синдрому, зменшити запальний процес і стимулювати процеси регенерації [11, 15, 21].

У зв'язку з цим, актуальною є розробка методики активного відновлення компенсаторних функцій хребта у осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта за допомогою засобів фізичної реабілітації [13, 20].

Матеріали та методи дослідження. *Мета дослідження* – теоретично та практично

обґрунтувати застосування засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі шийного відділу хребта у осіб похилого віку.

Завдання дослідження – дати оцінку ефективності фізичної реабілітації осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта.

Предмет дослідження – ефективність впливу засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі шийного відділу хребта у осіб похилого віку.

Методи дослідження: інструментальні (гоніометрія, дослідження міжхребцевих суглобів шийного відділу хребта).

Організація дослідження. Відсутність досліджень щодо впливу різних комплексів лікувальної гімнастики, диференційованого підходу до їх використання в лікуванні остеохондрозу шийного відділу хребта у хворих похилого віку обумовили необхідність подальшого їх вивчення.

Дослідження проводилося на базі Рівненського регіонального центру з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Під нашим спостереженням знаходилися жінки віком 60–85 років, які мають у анамнезі остеохондроз шийного відділу хребта. Контингент досліджуваних методом рандомізації було розподілено на дві групи:

I група – контрольна, хворі (n=10), в яких реабілітація проводилася за загальноприйнятою методикою, згідно рекомендацій лікуючого лікаря та традиційною схемою занять ЛФК;

II група – основна, хворі (n=10), в яких реабілітація проводилася з застосуванням запропонованої програми фізичної реабілітації, зокрема ЛФК та лікувального масажу.

Дослідження проводилося протягом шести тижнів, за цей період хворі пройшли курс впроваджені нами комплексної програми фізичної реабілітації. З хворими основної групи проводилися заняття за комплексною програмою фізичної реабілітації, а з хворими контрольної групи – за програмою закладу.

Дослідження проводилось за такими етапами:

на *першому етапі* дослідження був вивчений сучасний стан питання за літературними джерелами, опановані методики вивчення функціонального стану серцево-судинної та

дихальної систем, опорно-рухового апарату жінок похилого віку;

на *другому етапі* проведені вивчення та оцінка функціональних і фізичних можливостей досліджуваних основної та контрольної груп; з врахуванням отриманих даних при обстеженні жінок похилого віку, розроблялась програма реабілітаційних заходів на основі використання лікувальної фізичної культури, лікувальної гімнастики, лікувального масажу.

На *третьому етапі* – проводилось застосування спеціальних комплексів лікувальної фізичної культури, лікувальної гімнастики, масажу для відновного лікування остеохондрозу шийного відділу хребта у жінок похилого віку.

Четвертий етап – дослідження ефективності ЛФК, лікувальної гімнастики в поєднанні з лікувальним масажем для відновлення шийного відділу хребта у жінок похилого віку, проведені аналіз та узагальнення отриманих результатів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході проведення дослідження нами була впроваджена комплексна програма фізичної реабілітації осіб похилого віку з остеохондрозом шийного відділу хребта, яка включала такі засоби фізичної реабілітації, як лікувальна фізична культура та масаж.

У дослідженні дотримувалися принципу індивідуального підходу до хворого.

Мета програми: зупинити прогресування захворювання та ліквідація супутніх ускладнень.

Програма фізичної реабілітації, розроблена для проведення дослідження, спрямована на:

- відновлення нормальної амплітуди рухів у суглобах шийного відділу хребта;
- зняття спастичної напруги м'язів;
- зміцнення м'язово-зв'язкового корсету хребта;
- зниження больових відчуттів у шийному відділі хребта;
- підвищення адаптації організму до фізичного навантаження.

Для оцінки ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації було проведено дослідження функціонального стану шийного відділу хребта (вимірювався обсяг рухів шийного відділу хребта на початку і після проведення дослідження).

Слід зазначити, що початковий стан хворих основної групи за всіма показниками був трохи гіршим, ніж у хворих контрольної групи.

Кут при бічному нахилі голови на початку дослідження в основній групі складав: $48,8 \pm 1,93$, в контрольній $49,9 \pm 0,60$; при згинанні в основній групі – $37,6 \pm 0,67$, в контрольній групі – $39,3 \pm 0,59$; при розгинанні в основній групі – $47,2 \pm 1,16$, в контрольній групі – $45,9 \pm 0,64$; при ротації в основній групі – $46,1 \pm 1,32$, в контрольній групі – $49,8 \pm 0,65$ градусів.

Таблиця 1

Динаміка зміни рухливості в шийному відділі хребта в процесі реабілітації

Група	Показники							
	Боковий нахил		Згинання		Розгинання		Ротація	
	до	після	до	після	до	після	до	після
Основна	$48,8 \pm 1,93$	$56,6 \pm 1,38$	$37,6 \pm 0,67$	$43,3 \pm 0,89$	$47,2 \pm 1,16$	$55,1 \pm 1,49$	$46,1 \pm 1,32$	$57,1 \pm 1,19$
Контрольна	$49,9 \pm 0,60$	$53,5 \pm 1,13$	$39,3 \pm 0,59$	$41,4 \pm 0,67$	$45,9 \pm 0,64$	$49,5 \pm 1,23$	$49,8 \pm 0,65$	$56 \pm 2,05$
Приріст показників, %	6,4		5		7,4		11	

Проте, після проведення програми реабілітації, приріст показників в основній групі значно покращився, в порівнянні з контрольною групою (при порівнянні достовірності за критерієм Стьюдента $p \leq 0,05$).

Так, після проведення дослідження, отримані дані показали, що кут при бічному нахилі

в основній групі склав $56,6 \pm 1,38$, в контрольній групі – $53,5 \pm 1,13$; при згинанні в основній групі показник дорівнює $43,3 \pm 0,89$, в контрольній групі $41,4 \pm 0,67$; при розгинанні показник в основній групі склав $55,1 \pm 1,49$, в контрольній групі $49,5 \pm 1,23$; при ротації показник в

основній групі склав $57,1 \pm 1,19$, в контрольній групі – $56,0 \pm 2,05$ градусів.

Приріст показників (Δ ,%) в ході дослідження був наступним: в основній групі – бічний нахил – 14,4%, згинання – 12,3%, розгинання – 16,5%, ротація – 23,3%; в контрольній групі – бічний нахил – 6,4%, згинання – 5%, розгинання – 7,4%, ротація – 11%.

Отже, використовуючи такі засоби фізичної реабілітації, як лікувальна фізична культура в поєднанні з лікувальним масажем, на базі Рівненського регіонального центру з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» нам вдалося досягти позитивних результатів.

Лікувальна фізична культура займає одне з провідних місць в реабілітації хворих на остеохондроз хребта. Відомі методики, що застосовуються для лікування цього захворювання в залежності від характеру та вираженості його клінічних проявів не враховують особливості реакції організму людини літнього віку на фізичне навантаження. Залишається не вивченим вплив різних комплексів лікувальної гімнастики на мозковий кровообіг, показники стану вегетативної нервової системи у хворих старших вікових груп з остеохондрозом шийного відділу хребта. Разом з тим, доцільність вивчення змін мозкового кровообігу при застосуванні лікувальної гімнастики диктується частими ускладненнями, які виникають при

безконтрольному застосуванні рухів у шийному відділі хребта пацієнтами різного віку, що обумовлено неадекватною реакцією церебральної гемодинаміки, вегетативної нервової системи на даний вид лікування [6, 8, 15, 19].

Висновки. Розроблено комплексну програму відновлювального лікування для хворих на остеохондроз шийного відділу хребта, куди увійшли такі реабілітаційні процедури як: лікувальна гімнастика та лікувальний масаж. На основі отриманих результатів в основній групі відзначається позитивна динаміка досліджуваних показників. У контрольній групі збільшення цих же показників незначне в порівнянні з основною групою. Слід відзначити позитивну динаміку в обох групах, у зв'язку з адаптацією до фізичних навантажень. Результати дослідження показують, що проаналізований комплекс вправ ЛФК і масажу при шийному остеохондрозі хребта в осіб похилого віку несе позитивний ефект. Таким чином, впроваджена програма фізичної реабілітації є ефективним засобом відновлення осіб похилого віку хворих з остеохондрозом шийного відділу хребта і може використовуватися з даною патологією пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні впливу запропонованої програми фізичної реабілітації на хворих різного віку.

Література

1. Болезни позвоночника. Радикулит, ишиас, остеохондроз. – М. : АСТ, Сова, ВКТ, 2008. – 128 с.
2. Боголюбов В. М. Медицинская реабилитация / В. М. Боголюбов. – М. : Медицина, 2007. – С. 245–255.
3. Блаженов, В. В. Маски остеохондроза / В. В. Блаженов. – М. : Триада – Х, 2012. – 208 с.
4. Вацеба О. П. Фізичне виховання. Фізична реабілітація / О. П. Вацеба, Н. А. Журавльова. – Львів : Фенікс, 2000. – 58 с.
5. Гершбург М. И. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника / М. И. Гершбург, Г. А. Кузнецова. – М. : Эксмо, 2012. – 192 с.
6. Гитт В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов / В. Д. Гитт. – М. : Единение, 2010. – 128 с.

References

1. Bolezni pozvonochnika. Radikulit, ishias, osteohondroz. – М. : AST, Sova, VKT, 2008. – 128 s.
2. Bogolyubov V. M. Meditsinskaya reabilitatsiya / V. M. Bogolyubov. – М. : Meditsina, 2007. – S. 245–255.
3. Blazhenov, V. V. Maski osteohondroza / V. V. Blazhenov. – М. : Triada – H, 2012. – 208 s.
4. Vatseba O. P. Fizichne vihovannya. Fizichna reabilitatsiya / O. P. Vatseba, N. A. Zhuravlova. – Lviv : Feniks, 2000. – 58 s.
5. Gershuburg M. I. Kinezoterapiya ot boli v spine. Kurs lechebnoy gimnastiki dlya profilaktiki i lecheniya osteohondroza pozvonochnika / M. I. Gershuburg, G. A. Kuznetsova. – М. : Eksmo, 2012. – 192 s.
6. Gitt V. D. Zdorovyiy pozvonochnik. Lechenie narusheniy osanki i teloslozheniya, skoliozov, osteohondrozov / V. D. Gitt. – М. : Edinienie, 2010. – 128 s.

7. Григорьев В. Ю. Жизнь без боли в спине. Лечение сколиоза остеопороза, остеохондроза, межпозвонковой грыжи без операций / В. Ю. Григорьев. – М. : Книжный клуб «Клуб семейного досуга», 2015. – 384 с.
8. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника / В. А. Епифанов // Восстановительное лечение заболеваний и ушибов позвоночника / Под ред. В. А. Епифанова, А. В. Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 135–188.
9. Жолондз М. Новый взгляд на остеохондроз. Причины и лечение / М. Жолондз. – М. : Питер, 2010. – 160 с.
10. Клешина О. А. Нет остеохондрозу / О. А. Клешина, Т. В. Гитун. – М. : Феникс, 2003. – 256 с.
11. Лучевая диагностика остеохондроза шейного отдела позвоночника. – М. : Артифекс, 2012. – 168 с.
12. Мазнев Н. И. Лечение остеохондроза / Н. И. Мазнев. – М. : Лада, Этрол, 2007. – 352 с.
13. Малахов Г. П. Профилактика и лечение заболеваний позвоночника / Г. П. Малахов. – Донецк : Сталкер, Генеша, 2007. – 239 с.
14. Николайчук Л. В. Лечимся дома. Остеохондроз и болезни суставов: моногр. / Л. В. Николайчук, Э. В. Владимиров. – М. : Современное слово, 2010. – 288 с.
15. Попов С. Н. Физическая реабилитация / С. Н. Попов. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 608 с.
16. Попов С. Н. ЛФК при остеохондрозах хребта / С.М. Попов // Лечебная физическая культура / С. Н. Попов. – М. : «Академия», 2006. – 18 с.
17. Рой И. В. Концепция розвитку первинного остеохондрозу хребетного стовпа // Вісник ортопед., травматол. та протезув. – 2003. – № 3. – С. 65–70.
18. Родионова О. М. Остеохондроз. Лучшие методы лечения / О. М. Родионова, Г. А. Никитина. – СПб. : Невский проспект; Вектор, 2007. – 49 с.
19. Романовская Н. В. Как победить остеохондроз / Н. В. Романовская, А. А. Романовский. – М. : Современный литератор, 2001. – 224 с.
20. Тумко И. Н. Лучшие методы лечение остеохондроза / И. Н. Тумко. – М. : Фолио, 2012. – 154 с.
7. Grigorev V. Yu. Zhizn bez boli v spine. Lechenie skolioza osteoporoz, osteochondroza, mezhpozvonkovoy gryzhi bez operatsiy / V. Yu. Grigorev. – M. : Knizhnyiy klub «Klub semeynogo dosuga», 2015. – 384 s.
8. Epifanov V. A. Osteochondroz pozvonochnika / V. A. Epifanov // Vosstanovitelnoe lechenie zabolevaniy i ushibov pozvonochnika / Pod red. V. A. Epifanova, A. V. Epifanova. – M. : MEDpress-inform, 2008. – S. 135–188.
9. Zholondz M. Novyyiy vzglyad na osteochondroz. Prichinyi i lechenie / M. Zholondz. – M. : Piter, 2010. – 160 s.
10. Kleshnina O. A. Net osteochondrozu / O. A. Kleshnina, T. V. Gitun. – M. : Feniks, 2003. – 256 s.
11. Luchevaya diagnostika osteochondroza sheynogo otdela pozvonochnika. – M. : Artifeks, 2012. – 168 s.
12. Maznev N. I. Lechenie osteochondroza / N. I. Maznev. – M. : Lada, Etrol, 2007. – 352 s.
13. Malahov G. P. Profilaktika i lechenie zabolevaniy pozvonochnika / G. P. Malahov. – Donetsk : Stalker, Genesha, 2007. – 239 s.
14. Nikolaychuk L. V. Lechimsya doma. Osteochondroz i bolezni sustavov: monogr. / L. V. Nikolaychuk, E. V. Vladimirov. – M. : Sovremennoe slovo, 2010. – 288 s.
15. Popov S. N. Fizicheskaya reabilitatsiya / S. N. Popov. – Rostov n/D : Feniks, 2005. – 608 s.
16. Popov S. N. LFK pri osteochondrozah hrebta / S.M. Popov // Lechebnaya fizicheskaya kultura / S. N. Popov. – M. : «Akademiya», 2006. – 18 s.
17. Roy I. V. KontseptsIya rozvitku pervinnogo osteochondrozu hrebetnogo stovpa // Visnik ortoped., travmatol. ta protezuv. – 2003. – # 3. – S. 65-70.
18. Rodionova O. M. Osteochondroz. Luchshie metodyi lechenie / O. M. Rodionova, G. A. Nikitina. – SPb. : Nevskiy prospekt; Vektor, 2007. – 49 s.
19. Romanovskaya N. V. Kak pobedit osteochondroz / N. V. Romanovskaya, A. A. Romanovskiy. – M. : Sovremennyiy literator, 2001. – 224 s.

21. Moshynsky V., Mykhaylova N., Grygus I. Podwyższony poziom zdrowia przez stosowanie się do zdrowego stylu życia // Journal of Health Sciences. 2013; 3 (10): 123–132.

20. Tumko I. N. Luchshie metodyi lechenie osteohondroza / I. N. Tumko. – M. : Folio, 2012. – 154 s.

21. Moshynsky V., Mykhaylova N., Grygus I. Podwyższony poziom zdrowia przez stosowanie się do zdrowego stylu życia // Journal of Health Sciences. 2013; 3 (10): 123–132.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАГІТНИХ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

PHYSICAL REHABILITATION OF PREGNANT WITH COMPATIBILITY ARTERIAL HYPERTENSION

Григус І. М.¹, Невірковець В. В.¹, Скальські Даріуш²

*Національний університет водного господарства та природокористування¹,
Академія фізичного виховання і спорту ім. Є. Снядецького в Гданську²*

Анотації

У статті теоретично досліджено причини виникнення, подано класифікацію та клінічні ознаки артеріальної гіпертензії у вагітних. Проведено аналіз науково-методичної літератури з питань фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі у вагітних. Виявлено, що однією з основних причин материнської і дитячої перинатальної захворюваності та смертності у вагітних лишається артеріальна гіпертензія. Розкриті основні засоби фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі у вагітних.

Ключові слова: вагітність, артеріальна гіпертензія, засоби фізичної реабілітації.

В статті теоретически исследованы причины возникновения, представлена классификация и клинические признаки артериальной гипертонии у беременных. Проведен анализ научно-методической литературы по вопросам физической реабилитации при гипертонической болезни у беременных. Выявлено, что одной из основных причин материнской и детской перинатальной заболеваемости и смертности у беременных остается артериальная гипертония. Раскрыты основные средства физической реабилитации при гипертонической болезни у беременных.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертония, средства физической реабилитации.

The paper theoretically investigated the causes, the classification and clinical features of hypertension in pregnancy. The analysis of the scientific and methodological literature on physical rehabilitation of hypertension in pregnancy. Found that a major cause of maternal and infant perinatal morbidity and mortality in pregnant women remains hypertension. The basic physical rehabilitation for hypertension in pregnancy.

Key words: pregnancy, hypertension, physical rehabilitation.

Вступ. В останні роки спостерігається значне збільшення частоти екстрагенітальних захворювань у вагітних, зокрема гіпертонічної хвороби (первинної артеріальної гіпертензії), що пов'язано, головним чином, із збільшенням рівня психоемоційного напруження, несприятливими соціальними факторами та екологічними умовами.²

Гіпертонічна хвороба (ГХ), як свідчать епідеміологічні дослідження, проведені в Україні, є достатньо поширеною патологією в жінок дітородного віку, а у вагітних лишається однією з основних причин материнської і дитячої перинатальної захворюваності та смертності як у високорозвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються [2, 3, 6].

Значне збільшення числа вагітних з супутньою артеріальною гіпертензією, несвоєчасне та неадекватне проведення лікувально-реабілітаційних заходів при даній патології обумовлює надзвичайну актуальність цієї проблеми і

диктує необхідність подальшого удосконалення та розробки ефективних методів фізичної реабілітації [1, 2, 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури свідчить про те, що гіпертонічна хвороба є однією з найпоширеніших причин ускладнень вагітності та пологів (пізніх гестозів, невиношування, кровотечі), порушення розвитку плода і стану новонародженого.

Для лікування хворих з різними рівнями гіпертензії широко застосовують препарати, багато з яких негативно впливають на організм вагітної жінки і плода, викликають їх алергізацію, мають тератогенну і ембріотоксичну дію.

В той же час вирішення цих питань сприятиме реалізації завдання зниження материнської та перинатальної захворюваності і смертності при гіпертонічній хворобі у вагітних [2, 3].

Останнім часом єдиним безпечним виходом з цієї ситуації є широке використання в акушерській практиці методів немедикаментозної

терапії. В цьому плані велике значення набуває санаторно-курортне лікування вагітних жінок з гіпертонічною хворобою, що обумовлено можливістю застосування природних та фізичних факторів. Найбільша роль належить використанню різних методів фізичної реабілітації.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості проведення фізичної реабілітації при артеріальній гіпертензії у вагітних жінок.

Методи дослідження – аналіз літературних джерел, системний аналіз та синтез, методи аналогій, узагальнення та абстрагування.

Завдання дослідження – визначити основні аспекти проведення фізичної реабілітації вагітних при гіпертонічній хворобі.

Результати дослідження та їх обговорення. Артеріальна гіпертензія у майбутньої мами – це серйозна небезпека для її життя, а також великий ризик для плоду в утробі.

Ця патологія досить поширена серед даної категорії пацієнток, а виношування вагітності на її фоні супроводжується значною кількістю тяжких ускладнень, причому дуже часто стра-

ждають плід і новонароджений, високим є рівень перинатальних втрат.

У вагітних жінок ризик розвитку артеріальної гіпертензії вищий, ніж серед загального населення, оскільки зміни, що відбуваються в організмі під час вагітності, сприяють розвитку захворювання. Більшість жінок з гіпертензією під час вагітності мають первинну артеріальну гіпертензію. Найбільш частим загрозливим ускладненням для здоров'я і навіть життя матері та дитини є поєднана прееклампсія [8].

Високий артеріальний тиск під час вагітності може бути першою ознакою прееклампсії, серйозного захворювання другої половини вагітності та перших тижнів післяпологового періоду. Діагноз прееклампсії включає підвищений артеріальний тиск та наявність білку у сечі [3].

Класифікація артеріальної гіпертензії у вагітних за рівнем тиску до останнього часу була тотожною такій поза вагітністю. Лише 2012 року ESC запропонувало замість звичних трьох ступенів артеріальної гіпертензії використовувати два ступені артеріальної гіпертензії (Таблиця 1).

Таблиця 1

Класифікація АГ за рівнем тиску		
Ступінь	WHO-ISH, 1999 (усі пацієнти)	ESC, 2011 (вагітні жінки)
Легкий	140-159/90-99 мм рт. ст.	140-159/90-109 мм рт. ст.
Помірний	160-179/100-109 мм рт. ст.	–
Помірний	≥180/110 мм рт. ст.	≥160/110 мм рт. ст.

Клінічні ознаки прееклампсії: крім тріади симптомів (набряки, протеїнурія, гіпертензія), при подальшому розвитку захворювання з'являються головні болі, запаморочення, відчуття перебоїв в серці. Поряд з цим, значно збільшується маса тіла жінки, за рахунок прихованих набряків (надбавка у вазі перевищує 900 г/тиждень). В подальшому можуть виникати погіршення зору, миготіння зірочок перед очима, потемніння в очах. При стійкому підвищенні артеріального тиску можливий розвиток набряку зорового нерва і відшарування сітківки ока. Поява інтенсивного болю в епіга-

стральній ділянці, нудоти і блювання є достовірною ознакою розвитку важкого ступеня захворювання [2, 3].

В результаті аналізу та в процесі опрацювання різної спеціальної медичної, наукової літератури було підтверджено ефективність застосування фізичної реабілітації у вагітних на артеріальну гіпертензію.

Великий арсенал лікарських засобів, що використовуються в терапії ГХ, не завжди можна застосовувати під час вагітності у зв'язку з тератогенною, ембріон- та фетотоксичною дією багатьох із них, несприятливим впливом

на матково-плацентарний кровообіг, систему гемостазу і скоротливу діяльність матки.

Тому в системі надання реабілітаційної допомоги вагітним з ГХ, особливого значення набуває розробка немедикаментозних методів реабілітації.

При правильній розробці програми і застосуванні фізичної реабілітації у вагітних спостерігалось підвищення психоемоційного стану, покращення функції дихальної, а головне серцево-судинної системи, зниження симптомів артеріальної гіпертензії, підвищення працездатності, а також зменшення медикаментозної терапії.

Рухова активність вагітних жінок та вибір фізичних вправ протягом вагітності залежить від її терміну і перебігу, функціональних можливостей організму та реакції вагітної жінки на фізичне навантаження. У процедурі лікувальної гімнастики використовують прості за характером вправи, у виконанні яких беруть участь великі м'язові групи. Вихідне положення може бути різним. Темп виконання фізичних вправ – середній або повільний; амплітуда рухів – повна і середня. Частину гімнастичних вправ можна виконувати з використанням спеціального приладдя; співвідношення статичних дихальних вправ із загальноорозвиваючими та спеціальними – 1:2; 1:3. До спеціальних вправ належать: вправи для м'язів черевного пресу, що виконуються у вихідному положенні лежачи на спині, на боці, у колінно-ліктьовому положенні; вправи на розслаблення м'язів і дихальні вправи. Не слід призначати вправи, що спричинюють різке підвищення внутрішньочеревного тиску (підйом прямих ніг, переходи з положення лежачи в положення сидячи, різкі нахили, прогинання тулуба та ін.). У дні, що відповідають дням останньої менструації рекомендується давати менше фізичне навантаження, ніж у звичайні дні, слід виключити складні для виконання вправи і скоротити тривалість занять на 5–7 хвилин. Крім процедури лікувальної гімнастики рекомендуються тренувально-оздоровчі заходи (піші прогулянки, катання на лижах, плавання, їзда на велосипеді та ін.), трудові заняття [5].

Масаж як лікувальний метод показаний при I-II стадіях артеріальної гіпертензії у вагітних. Масажують шию, міжлопаткову ділянку на рівні хребта T₂₋₇ (D₂₋₇), комірцеву ділянку, лоб-

ну частину голови. Всі рухи виконуються зверху вниз: погладження, розтирання, розминання, вібрація. Під час процедури пацієнтка може сидіти або лежати на боку. Тривалість процедури – 10–15 хвилин. При головному болі дану методику можна проводити по 2 рази на день, при лікуванні гіпертензії I–II ступеня курс складається з 20–24 процедур. Також при відсутності судинних кризів і виражених явищ склерозу судин головного мозку, серця і нирок використовують масаж паравертебральної ділянки шийних і верхніх грудних сегментів C₇-C₂. Прийоми глибокого погладження, розтирання і розминання використовують на ділянку голови, включаючи лобну і волосисту частину, шию, комірцеву ділянку. Тривалість – 10–15 хвилин, курс лікування – 12–20 процедур, щоденно або через день. Масаж проводиться в спокійній обстановці, можна поєднувати масаж із ароматерапією, а також із використанням розслаблюючої повільної музики. В III стадії артеріальної гіпертензії застосування масажу протипоказано [9].

Фізіотерапевтичні процедури мають заспокійливий, психотерапевтичний, а в ряді випадків умовно-рефлекторний вплив. Цими методами нерідко можна досягти не тільки поліпшення самопочуття хворих, а й деякого зменшення артеріального тиску. Покази до призначення фізіотерапії: артеріальна гіпертензія I–II стадії; в III стадії окремі види фізіотерапевтичного лікування для профілактики ускладнень. Протипоказання: гіпертонічна хвороба III стадії; часті гіпертонічні кризи (більше 5 разів на рік); виражені порушення ритму і серцевої провідності; наявність ускладнень – порушення мозкового кровообігу. Позитивний ефект дають водні процедури, які мають виражений заспокійливий і тонізуючий ефект (застосовують контрастний душ). А також контрастний душ попереджає виникнення розтяжок на животі і стегнах майбутньої мами. У III стадії захворювання фізіотерапевтичні процедури в більшості випадків протипоказані. При артеріальній гіпертензії рекомендують застосовувати елементи психотерапії, а саме: когнітивно-поведінкову терапію, аутотренінг, рефлексотерапію, кольоротерапію, вольову дихальну гімнастику, раціональний відпочинок [7].

Елементи працетерапії призначаються для зняття нервово-психічного навантаження, зо-

середження уваги, покращення координації рухів, відволікання від захворювання, а також для створення в хворій позитивних емоцій. Працетерапія призначається із урахуванням побажань хворої, її індивідуальних особливостей. Застосовують: в'язання, вишивання, ліплення, малювання, деякі картонажні роботи [9].

Висновки. Фізичні вправи всебічно і сприятливо впливають на організм, збільшуючи його фізіологічні резерви, зменшуючи кисневу недостатність, удосконалюють діяльність всіх фізіологічних органів і систем, і як наслідок сприяють нормальному протіканню вагітності. Впливаючи позитивно на функціональний стан організму, фізичні вправи створюють сприятливий емоційний фон, забезпечують нормальну реакцію нервової системи на спричинену вагітністю функціональну перебудову організму. Спеціальні фізичні вправи сприяють зміцненню м'язів, що беруть участь у пологовій діяльності, покращують її еластичні властивості, сприяють більшій рухливості по-

перекової частини хребта, особливо у місці зчленування останнього поперекового хребця з крижами. Внаслідок цього жінки спокійно переносять вагітність, є психологічно краще підготовленими до пологів. Також фізичні вправи допомагають скоротити пологовий акт, знизити травматизм, зміцнити м'язи, що беруть участь у пологах. Завдяки застосуванню фізичних вправ під час передпологової підготовки виникає менше ускладнень при пологах та у післяпологовому періоді. Отже систематичне застосування фізичних вправ сприяє нормалізації не лише артеріальної гіпертензії під час вагітності, росту і розвитку плода, а й полегшенню, прискоренню і знеболюванню пологів, оптимальному перебігу післяпологового періоду.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження будуть спрямовані на визначення результативності впровадження засобів фізичної реабілітації вагітних при артеріальній гіпертензії.

Література

1. Брега Л. Перинатальні аспекти фізичної реабілітації неправильного членорозміщення при тазовому передлежанні та неправильному положенні плода / Л. Брега, І. Григус // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. – Вип. 19. – С. 120–124.
2. Вороненко Ю. В. Актуальні питання акушерства у практиці сімейного лікаря / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Ю. П. Вдовиченко. – К., 2016. – 348 с.
3. Грищенко В. І. Акушерство: підручник для лікарів-інтернів / В. І. Грищенко. – Харків : Основа, 2000. – 425 с.
4. Гусєв Т. П. Фізична реабілітація при комплексному лікуванні вагітних з артеріальною гіпертензією : спец. 24.00.02 / Т. П. Гусєв. – К., 2003. – 190 с.
5. Михайлова Н. Є. Лікувальна фізична культура і лікарський контроль: навчальний посібник / Н. Є. Михайлова. – Рівне, 2011. – 232 с.
6. Пархомей І. М. Physical rehabilitation of pregnant women with obesity Фізична ре-

References

1. Breha L. Perynatal'ni aspekty fizychnoyi rehabilitatsiyi nepravyl'noho chlenorozmishchennya pry tazovomu peredlezhanni ta nepravyl'nomu polozhenni ploda / L. Breha, I. Grygus // Molodizhnyy naukovyy visnyk Skhidnoyevropeys'koho natsional'noho universytetu imeni Lesi Ukrayinky. Fizychnе vykhovannya i sport : zhurnal / uklad. A. V. Ts'os', A. I. Al'oshyna. – Luts'k : Skhidnoyevrop. nats. un-t im. Lesi Ukrayinky, 2015. – Vyp. 19. – С. 120–124.
2. Voronenko Yu. V. Aktual'ni pytannya akusherstva u praktytsi simeynoho likarya / Yu. V. Voronenko, O. H. Shekera, Yu. P. Vdovychenko. – K., 2016. – 348 s.
3. Hryshchenko V. I. Akusherstvo: pidruchnyk dlya likariv-interniv / V. I. Hryshchenko. – Kharkiv : Osнова, 2000. – 425 s.
4. Husyev T. P. Fizychna rehabilitatsiya pry kompleksnomu likuvanni vahitnykh z arterial'noyu hipertenziyeyu : spets. 24.00.02 / T. P. Husyev. – K., 2003. – 190 s.
5. Mykhaylova N. Ye. Likuval'na fizychna kul'tura i likars'kyu kontrol': navchal'nyy posibnyk / N. Ye. Mykhaylova. – Rivne, 2011. – 232 s.
6. Parkhomey I. M. Physical rehabilitation of pregnant women with obesity Fizychna reabi-

абілітація вагітних жінок з ожирінням / І. М. Пархомей, І. М. Григус // Section 9. Medicine. Proceedings of V International scientific conference “Science of the third millennium”. – Morrisville, Lulu Press, 2017. – P. 186–189.

7. Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия / Г. Н. Пономаренко. – К., 2004. – 384 с.

8. Радченко Г. Д. Чинники, які впливають на контроль артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від віку / Г. Д. Радченко, Т. Г. Слащева, Ю. М. Сіренко, Л. О. Муштенко // Український кардіологічний журнал, 2015. – №5. – С. 19–31.

9. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок. Методичні рекомендації / Владимиров О. А., Тофан Н. І., Клименко С. К. – К. : ПАГ Україна. – 2004. – 32 с.

litatsiya vahitnykh zhinok z ozhyrinnyam / I. M. Parkhomey, I. M. Grygus // Section 9. Medicine. Proceedings of V International scientific conference “Science of the third millennium”. – Morrisville, Lulu Press, 2017. – R. 186–189.

7. Ponomarenko H. N. Obshchaya fyzyoterapiya / H. N. Ponomarenko. – K., 2004. – 384 s.

8. Radchenko H. D. Chynnyky, yaki vplyvayut' na kontrol' arterial'noho tysku u khvorykh na arterial'nu hipertenziyu zalezchno vid viku / H. D. Radchenko, T. H. Slashcheva, Yu. M. Sirenko, L. O. Mushtenko // Ukrayins'kyu kardiologichnyy zhurnal, 2015. – #5. – S. 19–31.

9. Rukhovi rezhymy i komplekxy LFK dlya vahitnykh zhinok. Metodychni rekomendatsiyi / Vladymyrov O. A., Tofan N. I., Klivenko S. K. – K. : IPAH Ukrayina. – 2004. – 32 s.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

THE USAGE OF PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM TO THE PATIENTS AFTER INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Григус І. М., Ральська Х. О., Сондак В. В.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

Метою дослідження є вивчення впливу засобів фізичної реабілітації, а саме кінезотерапії та ерготерапії у хворих, що перенесли геморагічний інсульт. Методами дослідження є аналіз і узагальнення літературних джерел по даній темі, аналіз карт обстежень пацієнтів та вивчення методів фізичної реабілітації хворих після геморагічного інсульту. В статті розглянуто застосування кінезотерапії та ерготерапії як складових фізичної реабілітації та способи досягнення поставлених цілей і завдань у реабілітаційному процесі після перенесеного ГПМК за геморагічним типом.

Ключові слова: ГПМК (гостре порушення мозкового кровообігу), геморагічний інсульт, фізична реабілітація, кінезотерапія, ерготерапія.

Целью исследования является изучение влияния средств физической реабилитации, а именно кинезиотерапии и эрготерапии на больных, перенесших геморагический инсульт. Методами исследования является анализ и обобщение литературных источников по данной теме, анализ карт обследованных пациентов и изучение методов физической реабилитации больных после геморагического инсульта. В статье рассмотрено применение кинезиотерапии и эрготерапии как составляющих физической реабилитации и способы достижения поставленных целей и задач в реабилитационном процессе после перенесенного ОНМК по геморагическому типу.

Ключевые слова: ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения), геморагический инсульт, физическая реабилитация, кинезиотерапия, эрготерапия.

The purpose of the investigation is to study the influence of physical rehabilitation, that is kinesiotherapy and occupational therapy, on patients undergoing cerebral bleed. Research methods are the analysis and generalization of literary sources on the given topic, analysis of patients medical cards and the study methods of physical rehabilitation on patients undergoing cerebral bleed. This research considers the use of kinesiotherapy and occupational therapy as components of physical rehabilitation and the means of achieving the goals and objectives in the rehabilitation process after Intracerebral bleed.

Key words: stroke, intracerebral hemorrhage, physical rehabilitation, kinesiotherapy, occupational therapy.

Вступ. Інсульт і досі залишається другою глобальною причиною смертності населення у світі, щороку реєструють близько 16 млн випадків інсульту, $\frac{2}{3}$ з яких припадає на країни з низьким і середнім рівнем добробуту. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі відзначається тенденція до зростання смертності від інсульту: так, у 2005 р. цей показник становив 5,7 млн випадків, а у 2030 р. він прогностично становитиме 7,8 млн випадків.

Інсульт – значний соціально-економічний тягар як для родини хворого, так і для суспільства.

Станом на 2017 р. в Україні захворюваність на мозковий інсульт становила 266,5 на 100 тис. населення, з них 33 % особи працездатного віку. Найбільшу поширеність захворювання має у Волинській (380,7 на 100 тис.

населення) та Вінницькій (369,1 на 100 тис. населення) областях. Найнижчі показники зареєстровано у Львівській (199,9 на 100 тис. населення), Чернівецькій (207,3 на 100 тис. населення).

Інсульт вражає людей від 15 до 59 років, найвищий ризик виникнення інсульту відзначають серед осіб працездатного віку. В Україні рівень інвалідизації після перенесеного інсульту перевищує 60 %, а 5–13 % людей, повністю позбавлені здатності до самообслуговування. Такий показник хворих, що перенесли геморагічний інсульт, підкреслює актуальність цієї проблеми і піднімає ряд питань, які вимагають розробки комплексів організаційно-методичних заходів фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення функціональних можливостей організму.

Проведений аналіз та узагальнення науково-медичної літератури підтвердили те що проблема інсульту є однією з основних причин інвалідизації населення. Інвалідами стають 70–

80 %, які вижили після інсульту, а 20–30 % із них потребують постійної сторонньої допомоги. Аналіз даної літератури, дозволяє розглянути фізичну реабілітацію, як метод для набуття оптимальної самостійності пацієнтови в житті.

Аналіз літературних джерел дозволив виявити, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування [7].

Більшість вітчизняних досліджень щодо застосування засобів фізичної реабілітації стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлені проблеми та особливості фізичної реабілітації хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу.

Мета дослідження: дослідити вплив засобів фізичної реабілітації, а саме кінетотерапії та ерготерапії на хворих, що перенесли геморагічний інсульт.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення літературних джерел по даній темі, вивчення статистичних даних, аналіз карт обстежень хворих на геморагічний інсульт, вивчення і узагальнення методів фізичної реабілітації хворих після геморагічного інсульту.

Завдання дослідження: оцінити ефективність застосування кінетотерапії та ерготерапії, як однієї з складових фізичної реабілітації після геморагічного інсульту.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилось на базі медичного центру «Реавіта». Дослідження тривало 4 місяці. Під спостереженням було 15 людей з геморагічним інсультом, з них 6 жінок та 9 чоловіків, крововилив у паренхіму відбувся у 11 осіб, а субарахноїдальний – у 4.

При первинному обстеженні за шкалами Бартел, Рівермід, МоКа та Ловет. Було встановлено середній показник: Індекс Бартел – 35 балів, тест МоКа – 18,6 шкала Рівермід – 3,35 балів, тест Ловетта – 0,93 балів.

Проведене обстеження сприяло розробці програми фізичної реабілітації з метою покращення рівня функціональних можливостей людей, що перенесли геморагічний інсульт.

Дана програма передбачала застосування засобів кінетотерапії та ерготерапії.

Кінетотерапія допомагає відновити нормальний рух у суглобах та м'язах за допомогою практичних технік. Надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення функцій тіла. Кінезіологічне втручання може проводитися за допомогою фізичних (ручних) чи механічних засобів [2].

Під час занять з кінетотерапії, фахівці оцінюють силу, витривалість, амплітуду рухів, порушення ходьби та сенсорний дефіцит для розробки індивідуальної програми кінезіотерапії, спрямованої на відновлення контролю над руховими функціями. Особи після перенесеного інсульту навчаються компенсаторній стратегії для зменшення впливу залишкового дефіциту та залучаються до постійного дозованого фізичного навантаження, що допомагає зберегти нові рухові вміння та навички.

Загалом кінезіотерапія акцентує свою увагу на практикуванні ізольованих рухів, переходячи від одного виду руху в інший та повторення складних рухів, що вимагають значної координації й рівноваги, наприклад ходьба вгору або вниз по сходах чи безпечне переміщення між перешкодами [1].

Ерготерапевти працюють для покращення рухових і сенсорних можливостей та надання безпеки пацієнтам. Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) підкреслює необхідність застосування різних реабілітаційних технологій і комплексів, що сфокусовані на відновленні втрачених пацієнтом навичок самообслуговування та здатності до виконання завдань як у повсякденному житті, так і в умовах виробничого середовища [3].

Під час занять, ерготерапевти заохочують, розвивають, відновлюють та підтримують навички, необхідні для незалежного функціонування та благополуччя в повсякденній діяльності людини, таких як догляд за собою, приготування їжі, прибирання (так звана зайнятість). Ерготерапевт разом із пацієнтом, зосереджує увагу на індивідуальних потребах, а також особливостях оточуючого середовища.

Індивідуальні ерготерапевтичні програми призначені сприянню максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах.

Пацієнти під час проходження курсу ерго-

терапії працювали над покращенням своєї незалежності в багатьох галузях:

- навички самообслуговування (прийняття їжі, розчісування, прийняття ванни або одягання);
- рухові навички (переміщення в ліжку, ходьба або їзда в інвалідному візку);
- когнітивні навички (пам'ять або вирішення завдань чи проблем);
- соціальні навички для взаємодії з іншими людьми [5].

Фахівці з ерготерапії допомагають пацієнтам облаштувати своє помешкання для підвищення рівня безпеки, усунення бар'єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад установка поручнів у ванній кімнаті, підлаштування меблів і так далі [3].

Щоденно було проведено: 4 кінезотерапевтичних занять тривалістю по 30 хвилин кожне та 3 ерготерапевтичних занять тривалістю 30 хвилин.

При обстеженні наприкінці досліджуваного періоду середні показники покращились: Ін-

декс Бартел збільшився на 39,6 бали, тест Мо-Ка на 6,4 бали, шкала Рівермід на 8,8 балів, тест Ловетта на 1,67 балів. Це підтверджує позитивну динаміку застосування засобів фізичної реабілітації після перенесеного геморагічного інсульту.

Висновки. Заняття з фізичної реабілітації при ГПМК за геморагічним типом носять суто індивідуальний характер: добірка вправ, та інтенсивність залежать від характеру ураження та його наслідків, стану хворого, його віку, тренуваності та інших параметрів. Було проаналізовано реабілітаційне втручання у 15 пацієнтів після перенесеного геморагічного інсульту, всього було зроблено два заміри: на початку лікування та наприкінці. Після кінцевого обстеження було отримано підтвердження того, що використання засобів фізичної реабілітації, а саме кінетотерапії та ерготерапії, підвищує ефективність лікування та покращує функціональні можливості хворих з ГПМК за геморагічним типом.

Література

1. Рокошевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації після перенесеного мозкового геморагічного інсульту / В. В. Рокошевська // Молода спортивна наука України : зб. наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Л., 2008. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 193–196.
2. Шкловський В. М. Концепція нейрореабілітації больних с последствиями инсульта / В. М. Шкловский // Инсульт. – 2003. – № 8. – С. 10–27.
3. Камаева О. В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Эрготерапия / О. В. Камаева, Полина Монро, З. Ф. Буракова. – Санкт-Петербург, 2003. – Часть 6. – С. 40–42.
4. Поліщук М. Є. Всеукраїнська громадська організація «Українська організація боротьби з інсультом» Судинні захворювання головного мозку / М. Є. Поліщук, Д. В. Гуляєв, В. А. Голик. – Київ, 2014. – 19 с.
5. Всесвітня федерація ерготерапевтів. Режим доступу <http://www.wfot.org>
6. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atlas

References

1. Rokoshevska V. V. Model individualnoi prohramy fizychnoi reabilitatsii pislia perenesenoho mozkovoho hemorahichnoho insultu / V. V. Rokashevskia // Moloda sportyvna nauka Ukrainy : zb. naukovykh prats z haluzi fizychnoi kultury i sportu. – L., 2008. – Vyp. 12. – T. 3. – S. 193–196.
2. Shklovskiy V. M. Kontseptsyia neiroteabylytatsyy bolnykh s posledstvyiamy ynsulta / V. M. Shklovskiy // Ynsult. – 2003. – № 8. – S. 10–27.
3. Kamaeva O. V. Mul'tidisciplinarnyj podhod v vedenii i rannej rehabilitacii nevrologicheskikh bol'nyh: Metodicheskoe posobie. Ergoterapiya / O. V. Kamaeva, Polina Monro, Z. F. Burakova. – Sankt-Peterburg, 2003. – CHast' 6. – S. 40–42.
4. Polishchuk M. Ye. Vseukrainska hromadska orhanizatsiia «Ukrainska orhanizatsiia borotby z insultom» Sudynni zakhvoriuvannia holovnoho mozku / M. Ye. Polishchuk, D. V. Huljaiev, V. A. Holyk. – Kyiv, 2014. – 19 s.
5. Vsesvitnia federatsiia erhoterapevtiv. Rezhym dostupu: <http://www.wfot.org>
6. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Elektronnyi resurs] Rezhym dostupu: http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atlas

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

EFFECTIVENESS OF THE APPLICATION COMPLEX PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Григус І. М., Ригун М. Г.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

У статті охарактеризовано ефективність комплексної програми фізичної реабілітації у лікуванні хворих на бронхіальну астму, з використанням традиційних та нетрадиційних засобів. Методами дослідження є аналіз і узагальнення літературних джерел по даній темі, вивчення статистичних даних, вивчення і узагальнення методів фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму, клінічні та інструментальні дослідження, функціональні проби та тести. Застосування цієї програми сприяло покращенню показників зовнішнього дихання та функціонального стану хворих на бронхіальну астму.

Ключові слова: бронхіальна астма, фізична реабілітація, функція зовнішнього дихання, функціональні проби.

В статті охарактеризовано ефективність комплексної програми фізичної реабілітації в лікуванні хворих на бронхіальну астму, з використанням традиційних та нетрадиційних засобів. Методами дослідження являються аналіз і обобщення літературних джерел по даній темі, вивчення і обобщення статистичних даних, вивчення і обобщення методів фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму, клінічні та інструментальні дослідження, функціональні проби та тести. Применение этой программы способствовало улучшению показателей внешнего дыхания и функционального состояния больных бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, физическая реабилитация, функция внешнего дыхания, функциональные пробы.

The article describes the effectiveness of a comprehensive program of physical rehabilitation in the treatment of patients with bronchial asthma, using traditional and non-traditional means. The research methods are the analysis and generalization of literary sources on this subject, statistical data study, study and synthesis of physical rehabilitation methods asthma bronchial patients, clinical studies and instrumental, tests and functional tests. The application of this program contributed to the improvement of the external respiration parameters and functional status of patients with bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, physical rehabilitation, external respiration function, functional tests.

Вступ. Протягом останніх трьох десятиліть медична статистика констатує неухильне зростання алергічних захворювань, до яких належить і бронхіальна астма [2]. Бронхіальна астма – найбільш поширене хронічне захворювання у дітей і дорослих, а за критеріями тяжкості перебігу, складності у діагностиці, терапії та реабілітації бронхіальна астма займає провідне місце серед «захворювань століття» [6]. На цю патологію страждають близько 300 мільйонів мешканців планети. Показники захворюваності на бронхіальну астму варіюють у різних країнах та популяціях і становлять від 1 до 18 %. У дітей цей показник коливається в межах 5–10 % у популяції і залежить від статеві-вікових характеристик [8]. На бронхіальну астму страждає кожен двадцятий житель Землі. При цьому правильно та ефективно лікується лише 5 % хворих [14]. Такий відсоток осіб із захворюванням на бро-

нхіальну астму підкреслює актуальність цієї проблеми і піднімає ряд питань, що вимагають розробки комплексів організаційно-методичних заходів фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення дихальних функцій організму [4].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Бронхіальна астма, як підкреслює М. С. Регеда, є одним з найбільш поширених захворювань органів дихання. Широке розповсюдження, необхідність тривалого лікування, значні фінансові збитки для держави та індивідуума визначають важливість проблеми бронхіальної астми у суспільстві. Із року в рік захворюваність, інвалідність і смертність, пов'язаних із бронхіальною астмою, зберігається, не дивлячись на значні успіхи у вивченні даного захворювання [13].

Фізична реабілітація, як вважає О. К. Марченко, це складова частина медичної і соціально-трудова реабілітації, що використовує засоби і методи фізичної культури, масаж і фізичні чинники [10].

Заняття лікувальною фізичною культурою, як підкреслює О. П. Фадєєв, є могутнім психотерапевтичним чинником. З їх допомогою пацієнта привертають до активної участі в лікуванні, вселяють в нього упевненість в можливість допомогти самому собі [14].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі Новоград-Волинської центральної районної лікарні. Накопичення результатів дослідження проводилося в міру поступлення пацієнтів на стаціонарне лікування в терапевтичне відділення.

Всі хворі віком від 20 до 45 років були розподілені на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи. З хворими ОГ (n=10), додатково до медикаментозного лікування, за їх згодою, ми проводили комплексну фізичну реабілітацію, що включала масаж, ЛФК з застосуванням елементів танцювально-рухової гімнастики та елементів йоги, фізіотерапію. Хворі КГ (n=10) з аналогічним діагнозом лікувалися за загальноприйнятою медикаментозною методикою. Всі хворі були обстежені, визначені ступені рухових можливостей, функціональний стан дихальної системи (ФЗД), також було обстежено 30 практично здорових студентів віком 18–25 років. Найбільш точну оцінку обструкції дихальних шляхів забезпечує оцінка ФЗД, визначена за допомогою спірометрії. Критеріями порушення вважали значення життєвої ємкості легень (ЖЄЛ) та об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) < 80 % від належних. Отримані результати були піддані математико-статистичній обробці.

Результати дослідження та їх обговорення. Ступінь важкості хворих оцінювали на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження.

Враховуючи дані обстежень та проблеми, які найчастіше зустрічаються у хворих, ми розробили комплексну програму фізичної реабілітації, яка базується на результатах обстеження функціонального стану та особливостях протікання хвороби. Програма фізичної реабілітації коригувалася індивідуально для кожного хворого, враховуючи руховий режим, наявність супутніх патологій та показники функціонального стану організму. Головні завдання

комплексної програми фізичної реабілітації на лікарняному етапі були наступні:

- за допомогою засобів фізичної реабілітації збільшити період між нападами бронхіальної астми;
- нормалізувати діяльність ЦНС;
- покращити діяльність дихальної системи та зменшити прояви бронхоспазму.

Для досягнення поставлених завдань застосовували такі традиційні засоби фізичної реабілітації, як масаж, фізіотерапію та лікувальну фізичну культуру (ЛФК). Серед нетрадиційних засобів застосовували танцювально-рухову терапію, заняття з використанням елементів йоги, аутогенне тренування.

Фізична реабілітація на стаціонарному етапі лікування була розділена на 2 періоди:

- I – щадний (ввідний);
- II – функціональний (основний).

Під час I періоду ЛФК призначали в період між нападами, за умови задовільного загального стану хворого.

Під час побудови занять з хворими на бронхіальну астму дотримувалися визначеної послідовності призначення фізичних тренувань і виділяли три частини заняття: вступну, основну і заключну. У вступній частині хворих навчали вольовому керуванню своїм диханням, регулюванню тривалістю вдиху та видиху, правильної поведінки і вправам при наблизненні нападу задишки і під час них. Основна частина займала 50–70 % загального часу занять. У заключній частині поступово знижували фізичне навантаження. Заняття фізичними вправами проводили не раніше, ніж через 2–3 години після останнього прийому їжі, в інтервалі з 10 до 14 і з 17 до 20 годин.

Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ) і лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття 4–5 разів на день. РГГ виконували протягом 15 хвилин. В комплекс входили вправи загальнорозвиваючі, спеціальні та гімнастичні, вправи для розвитку сили і витривалості дихальних м'язів, ізометричні та ідеомоторні.

Постійно акцентували увагу хворих на продовження видиху і підсилення його додатковими рухами. Вправи повторювалися 4–5 разів, темп – повільний, амплітуда рухів – неповна. Заняття проводилися індивідуально та в малих групах.

З метою покращення відходження мокро-

тиння проводили пасивізацію видиху, яка полягала в натисканні фізичним реабілітологом на грудну клітку хворого, поступальний дренаж.

У II (функціональному) періоді кількість вправ, тривалість заняття та кількість повторень вправ поступово збільшували. До попередніх форм ЛФК додали також лікувальну ходьбу, специфічність якої полягала в тому, що хворого навчали керувати своїм диханням під час руху: спочатку рекомендували на 1–2 кроки зробити вдих, на 3-й видих.

В рамках запропонованої програми фізичної реабілітації у пацієнтів ОГ застосовували перкусійний і вібраційний масаж грудної клітки. Лікувальний масаж за класичною методикою проводили в положенні сидячи за 1,5–2 год до процедури ЛГ.

Масаж виконувався за наступним планом: масаж комірцевої зони, ділянки спини, грудей. За необхідності масажували ділянки живота, голови, носа та приносіві ділянки. Тривалість масажу становила 7–10 хв. Протипоказаними були різкі, переривчасті, швидкі рухи та сильні натискування.

У міру поліпшення стану хворого поступово збільшували тривалість процедури масажу до 20–25 хв.

У функціональний період додатково включили в процес реабілітації дренажний масаж. Коли хворий знаходився в дренажному положенні, масажист проводив ніжні стрясування грудної клітки. Після цього хворому рекомендували виконати триразове покашлювання, під час якого масажист, обіймаючи руками грудну клітку, стискав її в ритм покашлювання. Повторювали 3–5 разів, сеанси проводили в першій половині дня. Після цього пацієнт лягав на кушетку з піднятим ножним кінцем. Тривалість масажу становила – 15–25 хв, на курс 10–12 процедур.

Серед засобів фізіотерапії застосовували інгаляції аерозолями: бронхолітичними, антибактеріальними, відхаркувальними, гіпосенсибілізуючими засобами. Ультрафіолетове опромінення на область грудини, нижньошийної і верхньогрудної ділянок проводили з метою підвищення захисних властивостей організму. Застосовували медикаментозний електрофорез, гірчичники, сухі банки, УФО, солюкс, індуктотермію, мікрохвильову терапію, магнітотерапію, оксигенотерапію.

У 2 періоді стаціонарного етапу реабілітації в комплексі застосовували танцювально-рухову терапію. Щодня проводили одне заняття, тривалістю 15–20 хвилин. Значення цієї терапії полягало в виконанні загальнорозвиваючих вправ, в середньому та прискореному темпі під музичний супровід. Дана терапія застосовувалася з метою корекції психофізичного та психоемоційного стану хворих у процесі фізичної реабілітації. Заняття проводилися в невеликих групах по 3–5 хворих.

Ще один з засобів нетрадиційної реабілітації, який застосовували в комплексній програмі фізичної реабілітації, заняття з елементами йоги. Одним зі складників систем йоги виступає хатха-йога, де основою є виконання дихальних вправ (пранаяма) в певних позах (асани). Дихальні вправи хатха-йоги рекомендували застосовувати для зняття нападів кашлю, задишки, ядухи.

Оцінку ефективності лікування і фізичної реабілітації проводили за комплексом клінічних показників: приступи утрудненого дихання, кашель, хрипи при аускультатії, рухомість нижніх легеневих країв, зміни показників ФЗД (ЖЄЛ, ОФВ₁, ЧД, ДО, МОД).

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 20 хворих на бронхіальну астму контрольної (n=10) і основної (n=10) груп, було виявлено наступне. У хворих основної та контрольної груп показники на початку проведення дослідження між собою майже не відрізнялися та були на однаковому рівні.

Після застосування запропонованої програми фізичної реабілітації за результатами об'єктивного обстеження хворих відмічалось покращення загального фізичного та психоемоційного стану. Збільшилася екскурсія грудної клітки, зменшилися прояви задишки під час фізичного навантаження, поліпшилися відходження мокротиння та показники функції зовнішнього дихання, період між нападами став тривалішим.

У хворих ОГ в результаті застосування засобів фізичної реабілітації зменшився хвилиний об'єм дихання з $11,1 \pm 0,29$ до $10,4 \pm 0,18$ л/хв, що становить 6,3 % від початкового значення. В КГ цей показник змінився лише на 3,6 % (на початку становив $11,1 \pm 0,28$ л/хв, в кінці дослідження $10,7 \pm 0,13$ л/хв).

Показники ДО обох груп на початку дослідження не досягали межі норми. В КГ цей показник становив 96,66 % від норми ($0,29 \pm 0,01$ л), а в ОГ лише 89,17 % ($0,32 \pm 0,06$ л). Динамічні показники легеневої вентиляції в кінці проведення дослідження у пацієнтів ОГ збільшилися ($0,49 \pm 0,03$ л) та стали сягати 100% від показників здорових осіб. ДО у пацієнтів контрольної групи після проведеного традиційного лікування досягнув нижньої межі норми, але становив лише $0,4 \pm 0,07$ л.

Дані дослідження показали, що середня ЖЄЛ хворих ОГ на початку дослідження дорівнювала $2,07 \pm 0,09$ л що становить 65,9 % від належної величини, у хворих КГ – $2,13 \pm 0,09$ л, що складає 66,5 %. ЖЄЛ у хворих КГ змінилася,

але не досягла межі норми – $2,43 \pm 0,28$ л, що становить 73,4 %, у пацієнтів ОГ показник ЖЄЛ досягнув $2,87 \pm 0,12$ л, що становить 85,7 %.

За результатами на початку дослідження ОФВ₁ в КГ був на рівні 68,3 % від норми і становив $1,64 \pm 0,04$ л, майже такими ж були показники і хворих ОГ – 68,8 % від норми ($1,67 \pm 0,03$ л). Збільшення показників ОФВ₁ спостерігалось в більшій мірі в пацієнтів ОГ – з 68,6 % зріс до 89,4 % ($2,18 \pm 0,08$ л), тобто збільшився на 20,8 %, в свою чергу показники КГ збільшилися на 15,2 % ($1,76 \pm 0,07$ л) (рис.1).

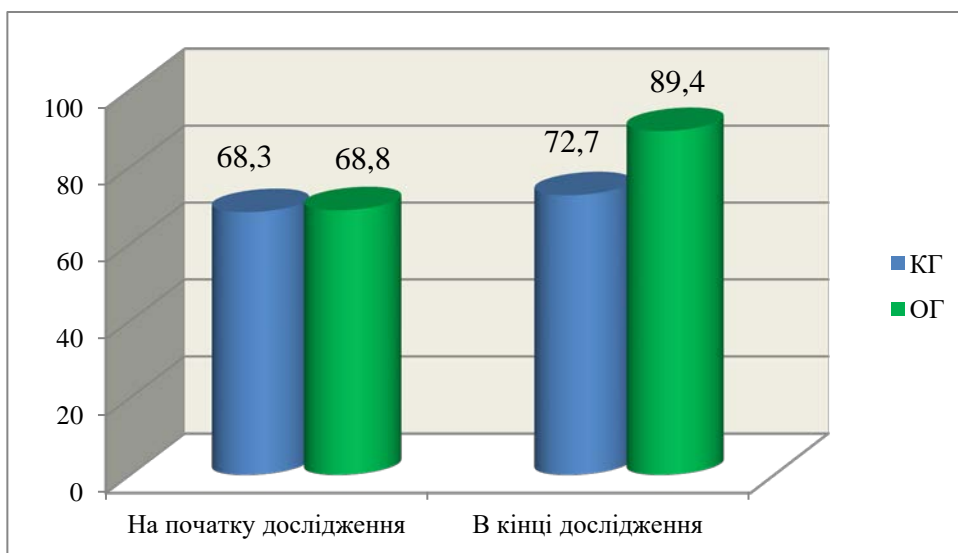


Рис. 1. Середні значення показників ОФВ₁ (в % від належних величин) у хворих на бронхіальну астму

На початку дослідження (табл. 1) середній рівень фізичної працездатності (за результатами проби Руфф'є) хворих чоловічої і жіночої статі ОГ був низьким та становив у чоловіків – $11,05 \pm 0,9$, у жінок – $12,68 \pm 1,13$; наприкінці дослідження показники ОГ стали задовільни-

ми – у чоловіків $6,8 \pm 0,7$ і у жінок $8 \pm 1,1$. У хворих КГ показники змінилися з поганих на незадовільні, покращилися у чоловіків з $10,71 \pm 0,74$ до $9,1 \pm 0,7$, у жінок з $12,68 \pm 1,13$ до $10,03 \pm 0,5$.

Таблиця 1

Показники функціональної проби Руфф'є пацієнтів ОГ та КГ

Показник	Контрольна група		Основна група	
	На початку дослідження	В кінці дослідження	На початку дослідження	В кінці дослідження
чоловіки	$10,71 \pm 0,74$	$9,1 \pm 0,7$	$11,05 \pm 0,9$	$6,8 \pm 0,7$
жінки	$12,68 \pm 1,13$	$10,03 \pm 0,5$	$12,68 \pm 1,13$	$8 \pm 1,1$

Показники функціональних проб Штанге та Генчі, порівняно з вихідними даними, зареєст-

рованими на початку формувального експерименту, достовірно покращилися. Середні ве-

личини максимального часу затримки дихання на вдиху зросли в КГ на 15,5%, з $26,5 \pm 2,5$ с до $32,5 \pm 3,01$ с, а в ОГ на 24,7% – з $23,50 \pm 1,05$ с до $36 \pm 3,7$ с. Показник затримки дихання на видиху (проба Генчі) в КГ зріс на 13,27% (з $15,25 \pm 1,5$ с до $18,75 \pm 0,78$ с), а в ОГ на 27,3% (з $15,25 \pm 1,39$ с до $21,00 \pm 1,15$ с).

Аналізуючи середні показники функціонального стану дихальної системи хворих на бронхіальну астму обох груп, визначено, що на початку дослідження показники обох груп значно не відрізнялися, але наприкінці дослідження в пацієнтів ОГ ці показники приблизились до належних. Це свідчить про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією, за розробленою методикою, на загальний стан хворих.

Хворі ОГ в результаті застосування засобів фізичної реабілітації стали менш обмеженими в виборі способу життя.

Література

1. Григус І. М. Доцільність застосування фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму: аналіз закордонного досвіду / І. М. Григус // Збірник матеріалів VI Всеукраїнської науково-методичної конференції «Теоретичні та організаційні проблеми фізичної реабілітації». – Херсон, 2016. – С. 122–133.
2. Григус І. М. Фізична реабілітація в пульмонології : навч. посібник / І. М. Григус. – Рівне : НУВГП, 2015. – 258 с.
3. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. (Гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/11-8114 від 29.08.11 р.) / Григус І. М. – Рівне : [б. в.], 2011. – 186 с.
4. Григус І. Регенерація функціонального стану хворих на інтермітуючу бронхіальну астму / І. Григус // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвропейського нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – 2015. – №3(31). – С. 211–216.
5. Григус І. М. Толерантність до фізичного навантаження у хворих на легку персистуючу бронхіальну астму у процесі фізичної реабілітації / І. М. Григус // Спортивна медицина. – 2011. – № 1–2. – С. 115–119.
6. Григус І. М. Фізична реабілітація хворих на бронхіальну астму : монографія. – Saarbrücken : LAMBERT Academic Publishing, 2017. – 278 с.

Висновки. Застосування комплексної програми фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму на лікарняному етапі сприяло покращенню рівня фізичного здоров'я, нормалізації показників функції зовнішнього дихання, збільшенню екскурсії грудної клітки, зменшенню частоти нападів, кращому відходженню мокротиння. За допомогою нетрадиційних засобів фізичної реабілітації досягли покращення психоемоційного стану хворих, створення мотивації до занять лікувальною фізичною культурою.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження будуть пов'язані з розробкою нових та удосконаленням вже наявних комплексних програм фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму на різних етапах відновного лікування.

References

1. Grygus I. M. Dotsilnist zastosuvannia fizychnoi rehabilitatsii khvorykh na bronkhialnu astmu: analiz zakordonnoho dosvidu / I. M. Grygus // Zbirnyk materialiv VI Vseukrainskoi naukovno-metodychnoi konferentsii «Teoretychni ta orhanizatsiini problemy fizychnoi rehabilitatsii». – Kherson, 2016. – S. 122–133.
2. Grygus I. M. Fizychna rehabilitatsiia v pulmonologii : navch. posibnyk / I. M. Grygus. – Rivne : NUVHP, 2015. – 258 s.
3. Hryhus I. M. Fizychna rehabilitatsiia pry zakhvoriuvanniakh dykhalnoi systemy : navch. posib. (Hryf Ministerstva osvity i nauky, molodi ta sportu Ukrainy № 1/11-8114 vid 29.08.11 r.) / Grygus I. M. – Rivne : [b. v.], 2011. – 186 s.
4. Grygus I. Reheneratsiia funktsionalnoho stanu khvorykh na intermituiuchu bronkhialnu astmu / I. Grygus // Fizyчне vykhovannia, sport i kultura zdorovia u suchasnomu suspilstvi : zb. nauk. pr. Skhidnoievropeiskoho nats. un-tu im. Lesi Ukrainky. – 2015. – №3(31). – S. 211–216.
5. Grygus I. M. Tolerantnist do fizychnoho navantazhennia u khvorykh na lehku persystuiuchu bronkhialnu astmu u protsesi fizychnoi rehabilitatsii / I. M. Grygus // Sportyvna medytsyna. – 2011. – № 1–2. – S. 115–119.
6. Grygus I. M. Fizychna rehabilitatsiia khvorykh na bronkhialnu astmu : monohrafiia. – Saarbrücken : LAMBERT Academic Publishing, 2017. – 278 s.

7. Івасик Н. Фізична реабілітація при порушенні діяльності органів дихання : навч. посіб. / Н. Івасик. – 2-ге вид., випр. і допов. – Львів : Український бестселер, 2009 ; Триада плюс, 2012. – 192 с.
8. Майданник В. Г. Бронхіальна астма у дітей : навчальний посібник / В. Г. Майданник, О. І. Сміян, П. І. Січненко та ін. – Суми : Сумський державний університет, 2017. – 243 с.
9. Малявін А. Г. Реабілітація при захворюваннях органів дихання / А. Г. Малявін, В. А. Епіфанов, І. І. Глазкова. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 350 с.
10. Марченко О. К. Фізична реабілітація при бронхіальній астмі / О. К. Марченко, В. І. Ігнат'єва, М. М. Василенко. – К. : Науковий світ, 2009. – 91 с.
11. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / Мухін В. М. – Вид. 3-тє. – Київ : Олімп. література, 2010. – 486 с.
12. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – Вид. 2-ге. – Київ : Медицина, 2008. – 246 с.
13. Редєга М. С. Бронхіальна астма : [монографія] / М. С. Редєга. – Л., 2012. – 146 с.
14. Фадєєв П. О. Бронхіальна астма / П. О. Фадєєв. – Т. : Навчальна книга, 2011. – 135 с.
15. Grygus I. The role of physical activity in the rehabilitation of patients suffering from mild persistent bronchial asthma. *Physical Activity Review*, 2017; 5: 155-166. e-ISSN 2300-5076 DOI: <http://dx.doi.org/10.16926/par.2017.05.20>
7. Ivasyk N. Fizychna rehabilitatsiia pry porushenni diialnosti orhaniv dykhannia : navch. posib. / N. Ivasyk. – 2-he vyd., vypr. i dopov. – Lviv : Ukrainskyi bestseler, 2009 ; Triada plus, 2012. – 192 s.
8. Maidannyk V. H. Bronkhialna astma u ditei : navchalnyi posibnyk / V. H. Maidannyk, O. I. Smiian, P. I. Sichnenko ta in. – Sumy : Sumskyi derzhavnyi universytet, 2017. – 243 s.
9. Malyavin A. G. Reabilitaciya pri zabolovaniiyah organov dyhaniya / A. G. Malyavin, V. A. Epifanov, I. I. Glazkova. – M. : GEOTAR-Media, 2010. – 350 s.
10. Marchenko O. K. Fizychna rehabilitatsiia pry bronkhialnii astmi / O. K. Marchenko, V. I. Ihnatieva, M. M. Vasylenko. – K. : Naukovyi svit, 2009. – 91 s.
11. Mukhin V. M. Fizychna rehabilitatsiia : pidruchnyk / Mukhin V. M. – Vyd. 3-tie. – Kyiv : Olimp. literatura, 2010. – 486 s.
12. Porada A. M. Osnovy fizychnoi rehabilitatsii : navch. posib. / A. M. Porada, O. V. Solodovnyk, N. Ye. Prokopchuk. – Vyd. 2-he. – Kyiv : Medytsyna, 2008. – 246 s.
13. Reheda M. S. Bronkhialna astma : [monohrafiia] / M. S. Redeha. – L., 2012. – 146 s.
14. Fadieiev P. O. Bronkhialna astma / P. O. Fadieiev. – T. : Navchalna knyha, 2011. – 135 s.
15. Grygus I. The role of physical activity in the rehabilitation of patients suffering from mild persistent bronchial asthma. *Physical Activity Review*, 2017; 5: 155-166. e-ISSN 2300-5076 DOI: <http://dx.doi.org/10.16926/par.2017.05.20>

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

PHYSICAL REHABILITATION AT PREGNANCY

Григус І. М., Човпило М. Б.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

Вагітність і пологи є надзвичайно серйозним випробуванням для жінки, як в фізичному, так і в психологічному плані. Під час вагітності (особливо в другій половині) спостерігаються значні зміни в організмі матері. У статті розглянуто особливості застосування засобів фізичної реабілітації при вагітності, а також їх вплив на організм вагітної і плоду. Крім того, застосування фізичних вправ під час вагітності сприяє зниженню ризику ускладнень, а також полегшує протікання самого процесу пологів. Описано позитивний ефект від застосування запропонованої програми фізичної реабілітації.

Ключові слова: вагітність, програма, фізичні вправи, фізична реабілітація.

Беременность и роды чрезвычайно серьезно испытанием для женщины, как в физическом, так и в психологическом плане. Во время беременности (особенно во второй половине) наблюдаются значительные изменения в организме матери. В статье рассмотрены особенности применения средств физической реабилитации при беременности, а также их влияние на организм беременной и плода. Кроме того, применение физических упражнений во время беременности способствует снижению риска осложнений, а также облегчает протекание самого процесса родов. Описан положительный эффект от применения предложенной программы физической реабилитации.

Ключевые слова: беременность, программа, физические упражнения, физическая реабилитация.

Pregnancy and childbirth is an extremely serious test for a woman, both physically and psychologically. During pregnancy (especially in the second half), there are significant changes in the mother's body. In the article the features of application of means of physical rehabilitation during pregnancy, as well as their influence on the body of the pregnant woman and the fetus are considered. In addition, the use of physical exercises during pregnancy helps reduce the risk of complications, as well as facilitates the process of childbirth itself. The positive effect from the application of the proposed program of physical rehabilitation is described.

Key words: pregnancy, program, physical exercises, physical rehabilitation.

Вступ. Вагітність і пологи є надзвичайно серйозним випробуванням для жінки, як в фізичному, так і в психологічному плані. Недостатня фізична активність може спричинити ряд морфофункціональних змін, як в організмі жінки, так і в організмі плоду. Тому, знаючи особливості свого організму, спеціальні фізичні вправи, які можна застосовувати в той чи інший період вагітності, майбутні матері, можуть досягти оптимального режиму функціонування всіх органів і систем в умовах, які були змінені, а також покращити протікання вагітності, ефективно підготуватися до пологів, уникнути ускладнень під час і після вагітності, сприяти швидкому протіканню післяпологового періоду, і найшвидшому поверненню організму в фізіологічну норму [2, 14].

Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури показав, що багатьма дослідниками підкреслюється несприятливий вплив емоційного стресу матері на вагітність і пологи.

Зокрема, Г. Б. Малигіна, Е. Г. Ветчаніна, Т. А. Проніна виявили, що характерними па-

тологіями вагітних з емоційним стресом є токсикоз першої половини вагітності (46%), ранній розвиток гестозів (45%), хронічна плацентарна недостатність у третьому триместрі (56%). Як результат, новонароджені в 76% випадків народжуються у стані гіпоксії різного ступеня і в 28% випадків їм потрібна тривала реабілітаційна терапія. Вагітність у жінок з ознаками емоційного стресу в 16% випадків закінчується передчасними пологома, в 10% – викиднями. А. І. Захаровим було систематизовано психологічні фактори, які сприяють появі емоційного стресу при вагітності, серед яких не останню роль відіграє тривожність (схильність до неспокою та страхів) [8, 12, 17].

Таким чином, ми бачимо, що психологічний стрес несе з собою цілий комплекс перинатальних проблем. Своєчасна корекція психологічного стану є аналогом профілактики аномалій пологової діяльності, безболісності родових перейм. Поліпшення здоров'я вагітної є пріоритетним напрямом розвитку не лише акушерства, але фізичної реабілітації.

Водночас, вивчення цих питань і розробка методів фізичної реабілітації у вагітних є

принципово новою системою, і в кінцевому результаті дозволить покращити завершення вагітності для матері і плода та суттєво знизити частоту і тяжкість ускладнень та перинатальну патологію.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати особливості проведення фізичної реабілітації у вагітних жінок в передпологовому періоді.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури з питань лікувальної фізичної культури при вагітності; вивчення і узагальнення досвіду роботи фахівців реабілітологів щодо застосування фізичної реабілітації вагітних жінок у передпологовому періоді; метод аналізу медичної документації; опрацювання інтернет-джерел; аналіз зібраних матеріалів.

Результати дослідження та їх обговорення. Вагітність є фізіологічним процесом, тривалістю близько 270–275 днів. За час вагітності відбуваються певні зміни, а саме пристосування організму до появи нового життя та приготування всього необхідного для його внутрішньоутробного існування. Період вагітності стає причиною подвійного навантаження майбутньої матері і впливає на всі аспекти життя жінки, змінюючи усі системи організму та їх функції. Частота дихання під час вагітності не змінюється і складає 16–18 вдихів-видихів за хвилину, проте через легені проходить більший обсяг повітря, внаслідок чого полегшується видалення продуктів газообміну плоду. Подвійне навантаження відбувається також і на нирки: вони виводять з організму жінки не тільки її власні «шлаки», а й продукти обміну плоду [4, 5].

Під час вагітності (особливо в другій половині) спостерігаються значні зміни в розташуванні органів черевної порожнини. Вони механічно стискаються, що частково порушує кровообіг (призводить до викликання застою крові в судинах малого таза). Це впливає на функцію кишечника, в першу чергу на просування їжі через травний тракт. Знижується моторика кишечника, що призводить до виникнення закрепів, загострення геморою, набряку тканин прямої кишки.

На сьогодні доведено, що немовлята, матері яких займалися під час вагітності лікувальною гімнастикою, за фізичним розвитком і руховими навичками значно випереджають своїх

однолітків-матерів, які вели малорухливий спосіб життя. Також відомо, що вправи є надзвичайно корисними для нервової системи, так як під час вагітності вона страждає найбільше за інші системи організму [1, 3, 9, 15].

Рухова активність вагітних жінок, вибір фізичних вправ протягом вагітності залежить від її терміну і перебігу, функціональних можливостей організму та реакції вагітної жінки на фізичне навантаження. Розрізняють три періоди вагітності, згідно з якими призначають фізичні вправи, різні за характером та дозуванням:

- 1-й триместр – до 16 тижня вагітності;
- 2-й триместр – від 17 до 32 тижня вагітності;
- 3-й триместр – від 33 тижня вагітності та до її завершення [10, 16].

Перший триместр характеризується складною перебудовою організму жінки у зв'язку з зачаттям. Плідне яйце ще недостатньо закріплене у матці, тому може трапитися переривання вагітності. У другому триместрі вагітності загроза переривання вагітності менша, плідне яйце закріплене у матці досить міцно, матка завдяки наявності в організмі жінки достатньої кількості гонадотропного гормону не приходить у тонус. У третьому триместрі вагітності виділяють дві фази – від 33-го до 36-го тижнів і після 37-го тижня і до пологів. Матка до 36-го тижня вагітності досягає реберних дуг, що обмежує екскурсію діафрагми, утруднює дихання. Серце набуває майже лежачого положення. Зростає потреба в кисні. Органи черевної порожнини зміщуються. З'являється пастозність і виникає небезпека розширення вен нижніх кінцівок. Спостерігається зниження кіркової активності та підвищується діяльність підкірки. Після 36-го тижня і до пологів в організмі матері – домінанта пологів [6, 7].

Нерідко під час вагітності виникають ускладнення, які зумовлюють ризик виникнення маткової кровотечі, передчасного відшарування плаценти, ДВЗ-синдрому, затримки внутрішньоутробного розвитку і росту плода, передчасних пологів, недоношеності і дистресу плода. Іноді вагітність може ускладнюватися інфекційними захворюваннями (краснуха, кір, грип), анемією, наявністю резус-конфлікту (виникає тільки у резус негативних мам, вагітних резус позитивною дитиною, організм матері сприймає плід як «чужорідний об'єкт»),

багатоводдям або ж маловоддям, токсикозом, тромбофлебітом, а також, прееклампсією, яка може призвести до виникнення: еклампсії, асфіксії, набряку легень, змінами кардіореспіраторної системи тощо [6, 11, 13, 15].

В результаті аналізу та опрацювання спеціальної медичної літератури було виявлено, що помірні фізичні навантаження позитивно впливають на організм вагітної жінки не лише в період вагітності, а й сприяють позитивному протіканню пологового та післяпологового періоду. За даними різних наукових праць та досліджень було виявлено та узагальнено основні принципи побудови програми і методики проведення занять в різні триместри вагітності.

Дослідження проводилося в 2 етапи на базі Рівненської центральної районної лікарні смт. Клевань. В дослідженні брали участь 10 вагітних на II-III триместрі, що народжуватимуть вперше, у віці від 18 до 24 років. Період дослідження складав три місяці. Вимірювання по-

казників проводилися на початку досліджуваної роботи і по завершенню.

На початковому етапі роботи було проведено індивідуальне обстеження вагітних у формі опитування за методами, що розробили Дж. Тейлор, Т. А. Немчинов, В. В. Бойко, та за допомогою «опитувальника Спілбергера». Опитування також включало загальний і спеціальний анамнез. Загальний анамнез складався з: паспортної частини; скарг; спадкового анамнезу; захворювань, які були перенесені: в дитинстві, в зрілому віці, під час вагітності; умов праці та побуту. При збиранні спеціального анамнезу зверталася увага на менструальну, статеву і дітородну функції, а також на протікання даної вагітності. Крім цього були проаналізовані об'єктивні методи дослідження, в тому числі і лабораторні, які майже не відхилялися від норми.

У таблиці 1 показані показники експрес-тесту за Пироговою, які були зафіксовані у вагітних на початку дослідження.

Таблиця 1

Показники рівня фізичного стану вагітних на початку дослідження

№	Показники фізичного стану	В.1	В.2	В.3	В.4	В.5	В.6	В.7	В.8	В.9	В.10
1	Характер трудової діяльності	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1
2	Вік	20	20	20	20	20	18	18	20	18	20
3	Рухова активність	5	0	0	5	0	5	0	0	5	0
4	Маса тіла	6	6	6	10	6	10	10	6	10	6
5	Пульс у стані спокою	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Артеріальний тиск	15	15	15	15	15	20	15	20	15	15
7	Скарги	0	0	0	0	5	5	0	5	0	0
Кількість підрахованих балів		49	42	44	53	47	59	46	52	49	42

Згідно отриманих результатів, ми спостерігаємо, що у більшості вагітних рівень їхнього фізичного стану відповідає середньому ступеню і коливається у межах 46–59 балів. Лише в 3-х вагітних спостерігається низький рівень фізичного стану і становить 42–44 бали.

Крім експрес-тесту, у дослідженні були застосовані наступні тести для виявлення рівня тривожності:

«Шкала реактивної та особистісної тривожності» (опитувальник Спілбергера);

«Особистісна шкала прояву тривоги» (Дж. Тейлор, адаптація Т. А. Немчинова);

«Схильність до невмотивованої тривожності» (В. В. Бойко).

Отримані результати після проведення даних тестів представлені у табл. 2.

Таблиця 2

Показники рівня тривожності вагітних на початку дослідження

№ вагітної	Опитувальник Спілбергера		Шкала Тейлора		Невмотивована тривожність
	СТ	ОТ	ШБ	ШТ	
1	52	61	5	31	6
2	49	49	3	38	9
3	46	42	3	26	8
4	34	39	3	21	3
5	46	66	5	34	10
6	60	71	4	34	6
7	48	39	4	38	6
8	59	71	4	44	8
9	50	61	3	36	7
10	41	48	2	34	7

Згідно проведених досліджень, спостерігаємо, що показник за «шкалою брехні» (Т. А. Немчинов) не перевищує норми, це свідчить про те, що відповіді досліджуваних є правдивими. За «шкалою ситуативної тривожності» (Дж. Тейлор) спостерігаємо, що із 10 вагітних лише в 1 спостерігається помірний ступінь вираження тривожності, в решти ж вагітних спостерігається високий рівень ситуативної тривожності. Що стосується особистісної тривожності (опитувальник Спілбергера), то високий рівень спостерігається у 7-х досліджуваних, а помірний – у 3-х. За «шкалою тривоги» – в 9 вагітних рівень тривоги є високим, в 1 – середній з тенденцією до високого.

Тест «Схильність до невмотивованої тривожності» (В. В. Бойко) показав, що лише в 1 вагітної схильності до тривожності не спостерігається, у 8 спостерігається незначна схильність до тривожності, і в 1 вагітної спостерігається необґрунтована тривожність, яка проявляється дуже яскраво, і стала невід'ємною рисою поведінки.

Для даного контингенту вагітних була розроблена програма фізичної реабілітації з урахуванням показників рівня фізичного стану та показників рівня тривожності.

Програма фізичної реабілітації включала застосування лікувальної фізичної культури у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, ритмічної гімнастики, дозованої ходьби, прогулянок, теренкуру, гідрокінезотерапії; рекомендацій щодо раціонального харчування; застосування масажу, фізіотерапії, психотерапії та елементів працетерапії. Основним акцентом програми фізичної реабілітації була лікувальна фізична культура.

На завершальному етапі роботи було знову проведено опитування, яке дозволило суб'єктивно та об'єктивно оцінити стан вагітних. Наприкінці дослідження проводилась перевірка ефективності програми фізичної реабілітації за тими ж методиками, які були використані при первинній діагностиці. Результати дослідження представлені в табл. 3 і 4.

Таблиця 3

Показники рівня фізичного стану вагітних наприкінці дослідження

№	Показники фізичного стану	В.1	В.2	В.3	В.4	В.5	В.6	В.7	В.8	В.9	В.10
1	Характер трудової діяльності	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1
2	Вік	20	20	20	20	20	18	18	20	18	20
3	Рухова активність	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Завершення таблиці 3

4	Маса тіла	10	6	10	10	6	10	10	10	10	6
5	Пульс у стані спокою	0	0	0	12	5	14	6	8	0	10
6	Артеріальний тиск	15	15	20	20	15	20	15	20	15	20
7	Скарги	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Кількість підрахованих балів		63	57	68	80	62	78	67	74	59	72

Таблиця 4

Показники рівня тривожності вагітних наприкінці дослідження

№ вагітної	Опитувальник Спілберґера		Шкала Тейлора		Невмотивована тривожність
	СТ	ОТ	ШБ	ШТ	
1	41	58	5	31	6
2	49	49	3	14	2
3	46	42	3	26	6
4	26	25	3	10	1
5	42	60	3	28	8
6	39	43	4	24	6
7	46	39	4	20	6
8	42	41	4	24	8
9	39	41	3	9	7
10	29	26	2	13	3

Дослідження показали, що показники фізичного стану вагітних покращилися, і низький рівень фізичного стану, який спостерігався у 3-х досліджуваних на початку дослідження, наприкінці дослідження змінився. У 7-х вагітних рівень фізичного стану став відповідати середньому ступеню і становив 57–68 балів, в 3-х вагітних рівень фізичного стану підвищився до високого рівня і коливається у межах 74–80 балів.

Порівняно із первинним обстеженням, рівень тривожності у вагітних знизився, але незначно. За «шкалою ситуативної тривожності» в 2 вагітних спостерігається низький ступінь тривожності – 26–29 балів, в 5-х – помірний ступінь – 39–42 бали і в 3-х високий ступінь тривожності – 46–49 балів. Що стосується особистісної тривожності, то високий рівень спостерігається у 3-х вагітних – 49–60 балів, в

5-х – помірний – 39–43, і у 2 – низький – 25–26 балів. За «шкалою тривоги» – в 4-х вагітних рівень тривоги є середній з тенденцією до низького – 9–14 балів, в 3-х – середній з тенденцією до високого – 20–24 балів і в 3-х вагітних рівень тривоги є високий – 26–31 бал. Тест «Схильність до невмотивованої тривожності» показав, що в 3-х вагітних схильності до тривожності не спостерігається – 1–3 бали, в 7-х вагітних спостерігається незначна схильність до тривожності – 5–8 балів.

Висновки. За результатами проведеного дослідження, аналізом та опрацюванням спеціальної медичної, наукової літератури було підтверджено ефективність застосування фізичної реабілітації у вагітних. При правильній розробці програми і застосуванні фізичної реабілітації спостерігалось підвищення психоемоційного стану, покращення функції дихаль-

ної та серцево-судинної системи, підвищення працездатності та зменшення втомлюваності.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних рекомендацій

Литература

1. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж : учебное пособие / Н. А. Белая. – М. : Советский спорт, 2001. – 270 с.
2. Белогай К. Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности / К. Н. Белогай. – М. : РГУ, 2004. – 498 с.
3. Брега Л. Б. Аналіз можливості фізичної реабілітації при тазових передлежаннях і неправильних положеннях плода під час вагітності / Л. Б. Брега, І. М. Григус // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : науковий журнал. – Харків : ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2011. – № 4. – С. 31–34.
4. Брега Л. Перинатальні аспекти фізичної реабілітації неправильного членорозміщення при тазовому передлежанні та неправильному положенні плода / Л. Брега, І. Григус // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. – Вип. 19. – С. 120–124.
5. Грищенко В. І. Акушерство / В. І. Грищенко, М. О. Щербина. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
6. Громова А. М. Акушерство і гінекологія / А. М. Громова, В. К. Ліхачова. – Полтава : Книга плюс, 2000. – 285 с.
7. Дуда В. І. Акушерство / В. І. Дуда. – Минск : РИПО, 2013. – 576 с.
8. Казанцева А. Ю. Беременность и фитнес до и после родов / А. Ю. Казанцева. – СПб. : «Нева», 2003. – 192 с.
9. Лікувальний масаж / Л. О. Вакуленко, Г. В. Прилуцька, Д. В. Вакуленко, П. П. Прилуцький. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 449 с.
10. Михайлова Н. Є. Лікувальна фізична культура і лікарський контроль : навчальний посібник / Н. Є. Михайлова. – Рівне, 2011. – 232 с.
11. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2009. – 488 с.

застосування фізичної реабілітації та комплексних програм, спрямованих на покращення фізичного та психологічного стану вагітних.

References

1. Belaja N. A. Lechebnaja fizkul'tura i massazh: uchebnoe posobie / N. A. Belaja. – M. : Sovetskij sport, 2001. – 270 s.
2. Belogaj K. N. Sovremennye podhody k psihologicheskomu issledovaniju beremennosti / K. N. Belogaj. – M. : RGU, 2004. – 498 s.
3. Breha L. B. Analiz mozhlyvosti fizychnoi reabilitatsii pry tazovykh peredlezhanniakh i nepravlynykh polozhenniakh ploda pid chas vahitnosti / L. B. Breha, I. M. Hryhus // Pedagogika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu : naukovyi zhurnal. – Kharkiv : KhOVNOKU-KhDADM, 2011. – № 4. – S. 31–34.
4. Breha L. Perynatal'ni aspekty fizychnoyi reabilitatsiyi nepravyl'noho chlenorozmishchennya pry tazovomu peredlezhanni ta nepravyl'nomu polozhenni ploda / L. Breha, I. Grygus // Molodizhnyy naukovyy visnyk Skhidnoyevropeys'koho natsional'noho universytetu imeni Lesi Ukrayinky. Fizyчне vykhovannya i sport : zhurnal / uklad. A. V. Ts'os', A. I. Al'oshyna. – Luts'k : Skhidnoyevrop. nats. un-t im. Lesi Ukrayinky, 2015. – Vyp. 19. – С. 120–124.
5. Grishhenko V. I. Akusherstvo / V. I. Grishhenko, M. O. Shherbina. – K. : Medicina, 2009. – 408 s.
6. Gromova A. M. Akusherstvo i ginekologija / A. M. Gromova, V. K. Lihachova. – Poltava : Kniga pljus, 2000. – 285 s.
7. Duda V. I. Akusherstvo / V. I. Duda. – Minsk : RIPO, 2013. – 576 s.
8. Kazanceva A. Ju. Beremennost' i fitnes do i posle rodov / A. Ju. Kazanceva. – SPb. : «Neva», 2003. – 192 s.
9. Likuval'nij masazh / L. O. Vakulenko, G. V. Priluc'ka, D. V. Vakulenko, P. P. Priluc'kij. – Ternopil' : Ukrmedkniga, 2005. – 449 s.
10. Myhajlova N. Є. Likuval'na fizichna kul'tura i likars'kij kontrol' : navchal'nij posibnik / N. Є. Myhajlova. – Rivne, 2011. – 232 s.
11. Muhin V. M. Fizichna reabilitacija / V. M. Muhin. – K. : Olimpijs'ka literatura, 2009. – 488 s.
12. Nogas A. O. Osnovi refleksoterapii: navchal'no-metodichnij posib. / A. O. Nogas. – Rivne, 2012. – 120 s.

12. Ногас А. О. Основи рефлексотерапії : навчально-методичний посіб. / А. О. Ногас. – Рівне, 2012. – 120 с.
13. Пархомей І. М., Григус І. М. Physical rehabilitation of pregnant women with obesity Фізична реабілітація вагітних жінок з ожирінням / І. М. Пархомей, І. М. Григус // Section 9. Medicine. Proceedings of V International scientific conference “Science of the third millennium”. – Morrisville, Lulu Press, 2017. – P. 186–189.
14. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2008. – 248 с.
15. Соколовський В. С. Лікувальна фізична культура : підручник / В. С. Соколовський, Н. О. Романова, О. Г. Юшковська. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 234 с.
16. Сухан В. С. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології / В. С. Сухан, Л. В. Дичка, О. С. Блага. – Ужгород, 2014. – 42 с.
17. Язловецький В. С. Основи реабілітації : навчальний посібник / В. С. Язловецький, Г. Е. Верич, В. М. Мухін. – Кіровоград : РВВ КДПУ імені Володимира Винниченка, 2004. – 238 с.
13. Parkhomey I. M. Physical rehabilitation of pregnant women with obesity Fizychna reabilitatsiya vahitnykh zhinok z ozhyrinnyam / I. M. Parkhomey, I. M. Grygus // Section 9. Medicine. Proceedings of V International scientific conference “Science of the third millennium”. – Morrisville, Lulu Press, 2017. – R. 186–189.
14. Porada A. M. Osnovi fizichnoi reabilitacii / A. M. Porada, O. V. Solodovnik, N. E. Prokopchuk. – K. : Medicina, 2008. – 248 s.
15. Sokolovs'kij V. S. Likuval'na fizichna kul'tura: Pidruchnik / V. S. Sokolovs'kij, N. O. Romanova, O. G. Jushkovs'ka. – Odesa : Odes. derzh. med. un-t, 2005. – 234 s.
16. Suhan V. S. Likuval'na fizichna kul'tura v akusherstvi ta ginekologii / V. S. Suhan, L. V. Dichka, O. S. Blaga. – Uzhgorod, 2014. – 42 s.
17. Jazlovec'kij V. S. Osnovi reabilitacii : navchal'nij posibnik / V. S. Jazlovec'kij, G. E. Verich, V. M. Muhin. – Kirovograd : RVV KDPU imeni Volodimira Vinnichenka, 2004. – 238 s.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

PHYSICAL REHABILITATION AT ISCHEMIC STROKE

Грушевська А. О., Григус І. М.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

На основі аналізу, синтезу, узагальнення науково-методичної літератури було досліджено фізичну реабілітацію при інсульті за ішемічним типом. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, інсульт протягом останніх 15 років лідирує серед причин смерті людей на планеті, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. До теперішнього часу не винайдено ліків, які усунуть повністю наслідки інсульту. Навіть при успішному лікуванні далеко не завжди людині вдається повернутися до праці і колишнього способу життя самостійно без реабілітаційного втручання. У статті представлено реабілітаційні заходи які проводять при інсульті до яких відносять фізичну терапію та ерготерапію, за потреби психотерапію та мовну терапію. Обґрунтовано необхідність комплексного застосування реабілітаційних заходів для швидшого та ефективного відновлення пацієнтів та адаптації їх до побуту. Ефективність застосування фізичної реабілітації у першу чергу залежить від відповідності фізичних навантажень функціональним можливостям хворих.

Ключові слова: інсульт, фізична реабілітація, комплексність, адаптація, відновлення.

На основе анализа, синтеза, обобщения научно-методической литературы было исследовано физическую реабилитацию при инсульте по ишемическому типу. По статистике Всемирной организации здравоохранения, инсульт в течение последних 15 лет лидирует среди причин смерти людей на планете, уступая лишь ишемической болезни сердца. До настоящего времени не изобретено лекарств, которые устранят полностью последствия инсульта. Даже при успешном лечении далеко не всегда человеку удается вернуться к труду и прежнему образу жизни самостоятельно без реабилитационного вмешательства. В статье представлены реабилитационные мероприятия которые проводят при инсульте к которым относят физическую терапию и эрготерапию, при необходимости психотерапию и языковую терапию. Обоснована необходимость комплексного применения реабилитационных мероприятий для быстрого и эффективного восстановления пациентов и адаптации их к быту. Эффективность применения физической реабилитации в первую очередь зависит от соответствия физических нагрузок функциональным возможностям больных.

Ключевые слова: инсульт, физическая реабилитация, комплексность, адаптация, восстановление.

On the basis of analysis, synthesis, generalization of scientific and methodological literature, physical rehabilitation during stroke was investigated by ischemic type. According to World Health Organization statistics, stroke has been leading the deaths of people on the planet over the last 15 years, yielding only to coronary heart disease. To date, no drugs have been invented that completely eliminate the effects of a stroke. Even with a successful treatment, it is not always possible for a person to return to work and to the former lifestyle independently without rehabilitation intervention. The article presents rehabilitation measures that are performed during a stroke, which include physical therapy and ergotherapy, psychotherapy and linguistic therapy if necessary. The necessity of the comprehensive application of rehabilitation measures for faster and effective recovery of patients and their adaptation to life is substantiated. The effectiveness of the use of physical rehabilitation in the first place depends on the correspondence of physical activity to the functional capabilities of patients.

Key words: stroke, physical rehabilitation, complexity, adaptation, recovery.

Вступ. Інсульт є серйозним захворюванням, що загрожує життю і виникає при порушенні мозкового кровообігу. Ця хвороба може виникнути у будь-кого у будь-який час. Ішемічний інсульт розвивається при закупорці магістральних судин шийі або головного мозку тромбом, емболом (емболія) чи при недостатньому припливі крові через звужену атеросклеротичним процесом чи спазмом кровоносну судину. Коли це відбувається то припливи до клітин головного мозку кисню і поживних

речовин зменшується або припиняється і вони починають відмирати. Коли клітини мозку гинуть під час інсульту, втрачаються здібності, що контролюються ділянкою мозку [8, 11].

Наслідки інсульту залежать від локалізації процесу та розміру осередку ішемічного ураження. Наприклад, особа яка мала мікроінсульт, може мати лише незначні проблеми, такі як тимчасову слабкість рук або ніг. У людей, які мають більш важкі інсульти, може виникнути параліч однієї сторони тіла, афазія (втрата здатності говорити) і різні когнітивні розлади. Деякі люди повністю відновлюються

після інсульту, але більше двох третіх людей, що залишилися живими, матимуть відповідну групу інвалідності.

Тому навіть при успішному лікуванні далеко не завжди людині вдається повернутися до праці і колишнього способу життя самостійно без реабілітаційного втручання [6, 7].

За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, інсульт протягом останніх 15 років лідирує серед причин смерті людей на планеті, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. Щорічно інсульт є причиною смерті 5,7 млн. осіб в усьому світі. А за інформацією Харківського міського центру здоров'я, в Україні жертвами інсульту щорічно стають понад 100 тис. осіб, серед яких третина молодше 65 років. Навіть в США інсульт є основною причиною інвалідності дорослих та п'ятою провідною причиною смерті. Вчені США встановили що інсульт трапляється кожні 40 с і кожні 4 хв в світі хтось помирає від інсульту [10, 11].

Високий рівень захворюваності на інсульт зумовлює актуальність пошуку оптимальних підходів для реабілітації хворих з метою поліпшення їх відновлення та пристосування до побуту.

Питання комплексного лікування та реабілітації хворих на інсульт досліджене у багатьох роботах вітчизняних і зарубіжних фахівців. Але навіть зараз, коли медицина зробила крок далеко вперед, перемогти інсульт дуже складно. На сьогоднішній день інсульт помолодшав, і від нього страждає найбільш працездатне населення у віці від 35–40 до 50 р., також він може трапитись навіть у дітей. На жаль, до теперішнього часу не винайдено ліків, які усунуть повністю наслідки інсульту, тому розробка нових реабілітаційних програм та пошук ефективних методів подолання наслідків інсульту та відновлення втрачених навичок хворих шляхом проведення лікування та реабілітації в спеціалізованих реабілітаційних центрах є необхідним для суспільства.

Мета дослідження – обґрунтувати роль фізичної реабілітації у відновленні хворих на інсульт за ішемічним типом.

Завдання дослідження:

1. Розглянути основні засоби фізичної реабілітації при інсульті за ішемічним типом.
2. Визначити доцільність застосування фізичної реабілітації при інсульті за ішемічним

типом.

Результати дослідження та їх обговорення. Інсульт змінює життя людини, як фізично, так і емоційно. Після інсульту, успішне одужання часто включає в себе специфічну терапію та підтримку близьких. До реабілітаційних заходів при інсульті відносять фізичну терапію та ерготерапію, за потреби психотерапію та мовну терапію, які проводять комплексно [11].

Інсульт може мати найрізноманітніші наслідки такі як:

- утруднене ковтання, яке називається дисфагія;
- нетримання сечі;
- болі різної локалізації;
- втома;
- параліч;
- судоми;
- проблеми сну;
- поганий контроль м'язів;
- м'язові спазми.

Менш поширеними симптомами, які впливають на реабілітацію наприклад є агнозія (означає ускладнення впізнавання знайомих облич або предметів), неглект (неврологічний синдром, при якому хворий з ураженням мозку не реагує на стимули, пропонувані в половині простору, протилежній до ураженої області), апраксія (порушення цілеспрямованих рухів і дій при збереженні складових їх елементарних рухів) [6, 8].

В кожного хворого симптоми проявляються по різному: в одних може бути більшість перерахованих симптомів, в інших - тільки один або два. Симптоми в кожній людині також відрізняються за ступенем тяжкості.

При поступленні хворого в реабілітаційний центр перед початком проведення реабілітаційного втручання проводиться обстеження хворого за участі: лікаря, фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда-афазіолога, медичної сестри.

Найбільшого поширення отримала шкала повсякденної життєдіяльності Бартела для оцінки рівня побутової активності. Основна мета заключається у встановленні ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б і навіть мінімальної, і з будь-якої причини. Шкала використовується, як скринінговий метод. Вона проста у виконанні, не вимагає великих затрат часу, має

високу надійність і зручність для застосування перед проведенням реабілітації. Максимальна сума балів, що відповідає повній незалежності в повсякденному житті, дорівнює 100. Показники від 0 до 20 балів відповідають повній залежності, від 21 до 60 балів – вираженій залежності, від 61 до 90 балів – помірній, від 91 до 99 балів – легкій залежності в повсякденному житті. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає. При оцінці за шкалою Бартела допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності та реєструється те, що хворий дійсно робить, а не те що міг би зробити. Шкалою зручно користуватися, як для визначення початкового рівня активності пацієнта, так і для проведення моніторингу з метою визначення ефективності реабілітації для адаптації пацієнта в побуті, оцінки його якості життя, необхідності догляду [1, 2].

Для подальшого обстеження пацієнта необхідно визначити силу м'язів за допомогою мануального м'язового тесту Ловетта. Визначення м'язової сили – є важливим компонентом обстеження, особливо у неврологічних пацієнтів. Даний метод використовується для оцінки сили м'язів з метою диференціювання істинної слабкості від порушень координації рухів або невитривалості в неврології. Методика опублікована в 1932 році і на сучасному етапі є найпоширенішою методикою. Вона заснована на мануальному тестуванні сили м'язів, коли рух виконує один м'яз, який відповідає за цей рух в положенні тіла людини, при якому під час роботи максимально віддалені м'язи- синергісти. Цей метод включає в себе тестування основних м'язових груп верхніх і нижніх кінцівок екзаменатором і оцінку сили пацієнта за шкалою від 0 до 5 балів [2, 4].

Також ще для повного обстеження пацієнтів застосовуються інші тести і шкали, які визначають баланс, рівновагу швидкість, спритність пацієнтів та їхній когнітивний рівень.

Ранній початок реабілітації сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій. У гострому періоді інсульту виникає

ряд ускладнень, багато в чому зумовлених гіпокінезією (тромбофлебіти нижніх кінцівок, тромбоемболії легеневої артерії, застійні явища в легенях і ін.). При інсульті мозку середніх і невеликих розмірів активізацію хворих, переведення їх у вертикальне положення, можна починати з 5–7 дня. При інсультах з великою зоною ураження терміни активізації хворих визначаються за допомогою методів нейровізуалізації (комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія). В середньому ці терміни становлять від 1,5 до 3 тижнів. Використання ряду методів реабілітації (електростимуляції, масажу, лікування положенням, пасивної гімнастики, деяких видів активної гімнастики) можливо і в більш ранні терміни. Для профілактики спастичності, виникнення набряків важливу роль відіграє правильне позиціонування пацієнтів в ліжку. При наявності тромбів в нижніх кінцівках показане їх бинтування [1, 6].

Відновлення рухових функцій відбувається в основному в перші 6 місяців після інсульту, і в цей період найбільш ефективним є проведення інтенсивної фізичної терапії. Паралельно з фізичною терапією проводиться відновлювальне лікування хворих з афазією, яке повинно тривати довше і проводитися протягом перших 2–3 років після інсульту. Найбільш ефективно проведення фізичної реабілітації та відновного лікування здійснюється в три етапи: реабілітація починається під час перебування хворих у відділенні для лікування гострих порушень мозкового кровообігу, куди вони доставляються машиною швидкої допомоги; потім вона триває в реабілітаційному відділенні тієї ж лікарні або в реабілітаційному центрі, з якого через 1–2 місяці пацієнти виписуються на амбулаторне відновне лікування або реабілітаційний стаціонар [3, 5].

Для хворих з тяжкими руховими дефектами, за необхідності, показане повторне проведення лікування в реабілітаційному центрі. Комплексність реабілітації полягає у використанні не одного, а декількох методів, спрямованих на подолання дефекту. При рухових порушеннях комплекс реабілітації включає різні методи кінезотерапії (пасивну і активну гімнастику, навчання їзди на кріслі-каталці, ходьбі і т. д.) також застосовуються методи ерготерапії (навчання навичкам самообслуговування, приготування їжі, адаптація середо-

вища проживання), методи, спрямовані на зниження спастичності. При мовленнєвих вадах необхідні регулярні заняття з логопедом-афазіологом з відновлення мови, письма, читання і рахування. Для покращення кровообігу і лімфообігу застосовується масаж. Він впливає позитивно на серцево-судинну і нервову системи, не залежно від того в якому вигляді він застосовується. Також для зменшення застійних явищ та запобігання виникнення застійної пневмонії застосовують дренажний масаж. Заняття в стаціонарі проводяться під наглядом лікаря, який медикаментозно сприяє проведенню реабілітації [8, 9].

Висновки. Фізична реабілітація при інсульті за ішемічним типом є провідною ланкою для відновлення його фізичних можливостей. Вона застосовується в комплексі, до якого входять фізична терапія, ерготерапія, масаж та заняття з афазіологом. Проведення всіх заходів сприяє більш повному та швидкому відновленню пацієнтів з інсультом та допомагає стабілізувати стан організму. Ранній початок реабілітації запобігає виникненню багатьох ускладнень, які можуть виникнути в подальшому, наприклад, застійна пневмонія, підвищення спастичності, виникнення набряків. Позичіонування пацієнтів є одним із провід-

них заходів які проводяться для запобігання ускладнень в гострому періоді.

Застосування фізичної реабілітації спрямоване на повне відновлення або за умови неможливості першого максимальне пристосування пацієнта до побуту та оточуючого середовища. За допомогою фахівців мультидисциплінарної команди та їхньої злагодженої роботи пацієнт зможе досягти максимального результату. Адекватне навантаження підібране відносно можливостей хворого надає тренувальну дію і підвищує адаптаційні можливості, за умови, що реабілітолог знає і враховує ряд методичних правил і принципів фізичного тренування, тому я дійшла до висновку, що фізична реабілітація хворих на інсульт за ішемічним типом впливає на покращення роботи багатьох системи, підвищення резистентності організму пацієнта до різних фізичних навантажень, та адаптацію хворих до професійної та побутової діяльності.

Перспективи подальших досліджень передбачають вдосконалення та впровадження у практику нових максимально ефективних методик фізичної реабілітації з чіткими рекомендаціями щодо проведення заходів для відновлення та адаптації пацієнтів та сприяння їх родичів на всіх етапах проведення реабілітаційного втручання.

Література

1. Боголюбов В. М. Медицинская реабилитация / под. ред. В. М. Боголюбова. Книга II. – ИЗД. 3-е, испр. и доп. – М. : Издательство БИНОМ, 2010. – 368 с.
2. Гуляева М. В. Шкали в нейрореабілітації / Укладачі М. В. Гуляева, Н. І. Піонтківська, М. І. Піонтківський Наукові редактори В. А. Голик, Д. В. Гуляєв, М. Я. Романишин. – К. : Видавець Д. В. Гуляєв, 2014. – 68 с.
3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: учебное пособие / В. А. Епифанов и др. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 568 с.
4. Мурза В. П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник / В. П. Мурза. – К. : «Олан», 2005. – 559 с.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – Київ : Олімпійська література, 2009. – 424 с.
6. Рьжков В. Д. Инсульт. Срочная реабилитация: Клиника, критерии диагностики и экс-

References

1. Bogolyubov V. M. Medicinskaya rehabilitaciya / pod. red. V.M. Bogolyubova. Kniga II. – IZD. 3-e, ispr. i dop. – M. : Izdatel'stvo BINOM, 2010. – 368 s.
2. Huljaieva M. V. Shkaly v neiroreabilitatsii / Ukladachi M. V. Huljaieva, N. I. Piontkivska, M. I. Piontkivskiyi Naukovi redaktory V. A. Holyk, D. V. Huljaiev, M. Ia. Romanyshyn. – K. : Vydavets D. V. Huljaiev, 2014. – 68 s
3. Epifanov V. A. Lechebnaya fizicheskaya kul'tura: uchebnoe posobie / V. A. Epifanov i dr. – 2-e izd., ispr. i dop. – M. : GEHOTAR-Media, 2012. – 568 s.
4. Murza V. P. Fizychna rehabilitatsiia. Navchalnyi posibnyk / V. P. Murza. – K. : «Olan», 2005. – 559 s.
5. Myxin V. M. Fizychna rehabilitatsiia / V. M. Mukhin. – Kyiv : Olimpiiska literatura, 2009. – 424 s.
6. Ryzhkov V. D. Insul't Srochnaya rehabilitaciya : Klinika, kriterii diagnostiki i ehkspertizu.

- пертизы. Тактика ведения и реабилитация / В. Д. Рыжков. – Санкт-Петербург : СпецЛит., 2016. – 157 с.
7. Родионов К. В. Инсульт. До и после / К. В. Родионов. – М. : Эксмо, 2016. – 160 с.
8. Фадеев П. А. Инсульт. Доступно и достоверно / Фадеев П. А. – М. : Мир и образование, 2008. – 160 с.
9. Фокин В. Н. Полный курс массажа: учеб. пособие / В. Н. Фокин. – М. : Фаир-Пресс, 2004. – 512 с.
10. Кушнир Г. Всемирный день инсульта: внезапный удар, который можно предотвратить [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <http://timeua.info/post/obshestvo/vsemirnyj-den-insul-ta-vnezapnyj-udar-kotoryj-mozhno-predotvratit--09451.html> (10.10.2018).
11. Everything you need to know about stroke [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/7624.php?iacp> (10.10.2018).
- Taktika vedeniya i rehabilitaciya / V. D. Ryzhkov. – Sankt-Peterburg : SpecLit., 2016. – 157 s.
7. Rodionov K. V. Insul't. Do i posle / K. V. Rodionov. – M.: Eksmo, 2016. – 160 s.
8. Fadeev P. A. Insul't. Dostupno i dostoverno / Fadeev P. A. – M. : Mir i obrazovanie, 2008. – 160 s.
9. Fokin V. N. Polnyj kurs massazha: ucheb. posobie / V. N. Fokin. – M. : Fair-Press, 2004. – 512 s.
10. Kushnir G. Vsemirnyj den' insul'ta: vnezapnyj udar, kotoryj mozjno predotvratit' <http://timeua.info/post/obshestvo/vsemirnyj-den-insul-ta-vnezapnyj-udar-kotoryj-mozhno-predotvratit--09451.html> (10.10.2018).
11. Everything you need to know about stroke <https://www.medicalnewstoday.com/articles/7624.php?iacp> (10.10.2018).

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

PHYSICAL REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH INFANTILE CEREBRAL PALSY

Карпінський А. Ю., Ногас А. О.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

У статті розкрито наукові основи реабілітації школярів 15–16 років із церебральним паралічем засобами фізичного виховання. Визначено основні показники морфо-функціонального стану, охарактеризовано рівень фізичного розвитку школярів 15–16 років з дитячим церебральним паралічем. Результати досліджень свідчать про те, що вирішення проблеми фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем не може бути забезпечене лише медикаментозними засобами. Обґрунтовано можливість здійснення оздоровчого та соціально-педагогічного впливу засобами фізичного виховання на фізичний стан школярів з дитячим церебральним паралічем. Доведено, що запропонована методика, яка ґрунтується на комплексному підході із застосуванням традиційних та нетрадиційних засобів фізичного виховання, є ефективною і може бути використана в роботі реабілітаційних закладів.

Ключові слова: фізична реабілітація, неповносправні, школярі 15–16 років, церебральний параліч, комплексний підхід.

В статье раскрыты научные основы реабилитации школьников 15–16 лет с церебральным параличом средствами физического воспитания. Определены основные показатели морфо-функционального состояния, охарактеризованы уровень физического развития школьников 15–16 лет с детским церебральным параличом. Результаты исследований свидетельствуют о том, что решение проблемы физической реабилитации детей с церебральным параличом не может быть обеспечено только медикаментозными средствами. Обосновано возможности осуществления оздоровительного и социально-педагогического воздействия средствами физического воспитания на физическое состояние школьников с детским церебральным параличом. Доказано, что предложенная методика, основанная на комплексном подходе с применением традиционных и нетрадиционных средств физического воспитания, является эффективной и может быть использована в работе реабилитационных учреждений.

Ключевые слова: физическая реабилитация, инвалиды, школьники 15–16 лет, церебральный паралич, комплексный подход.

In the article was uncovered the scientific bases of rehabilitation of schoolchildren in the age 15–16 with cerebral palsy by means of physical education are revealed. The main indicators of the morpho-functional state are determined, the level of physical development of schoolchildren in the age 15–16 with infantile cerebral palsy is characterized. The results of the research indicate that the solution of the problem of physical rehabilitation of children with cerebral palsy can not be provided only by medicinal means. The feasibility of implementing health and social and pedagogical effects through physical education on the physical condition of schoolchildren with infantile cerebral palsy is justified. It is proved that the proposed methodology, based on an integrated approach using traditional and non-traditional physical education, is effective and can be used in the work of rehabilitation institutions.

Key words: physical rehabilitation, invalids, schoolchildren aged 15–16, cerebral palsy, complex approach.

Вступ. Серед інвалідів особливе місце посідають особи з порушеннями опорно-рухового апарату, у тому числі й з церебральним паралічем. За останні роки ця патологія вийшла на одне з перших місць у всіх країнах світу за частотою порушень нервової системи в дитячому віці і є одним з інвалідизуючих захворювань дитячого організму [2, 15].

Згідно з державною звітністю МОЗ України, частота захворюваності церебрального паралічу коливається від 1,6 до 4,2 випадка на 1 тисячу новонароджених. Дитячий церебральний параліч посідає третє місце після вро-

джених деформацій і поліомієліту [13, 16]. В Україні кожного року реєструється біля 3 тисяч діагнозів дитячий церебральний параліч, поставлених вперше в житті [4]. Міністерство праці і соціальної політики України наводить такі дані: «За останні 8 років в Україні кількість дітей-інвалідів та інвалідів з дитинства (у віці до 16 років) збільшилася відповідно на 153 тисячі і 150 тисяч чоловік. У цілому за період з 1994 року кількість інвалідів в Україні збільшилася з 2,2 мільйона чоловік майже до 2,6 мільйона» [9].

Кількість дітей з обмеженими можливостями зростає на фоні падіння загальних показників народжуваності. Однією з головних при-

чин збільшення інвалідності серед дітей є зниження якості генофонду України, погіршення загального стану здоров'я нації. На збільшення інвалідності значно впливають екологічні фактори, зокрема наслідки Чорнобильської катастрофи, техногенні, а також загострені соціальні проблеми (МОЗ) [5, 14].

Тяжкість інвалідизації у 20–30 % хворих виявляється настільки значною, що вони не спроможні обслуговувати себе, не можуть переміщатися, не здатні до навчання. Гострота цієї проблеми визначається соціальною значущістю тяжкої інвалідизації, яка є наслідком захворювання [6, 8, 11].

Сьогодні ведеться інтенсивний пошук шляхів удосконалення відновлювальних заходів для дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч, робляться спроби використовувати як лікувальні та реабілітаційні прийоми не тільки традиційні, але й нетрадиційні засоби фізичного виховання. Зокрема, у працях О. А. Мерзликіної, 2002; М. С. Ковінько, 2005; О. В. Гузій, 2010 розроблялися програми застосування дозованих фізичних навантажень у поєднанні з лікувально-фізкультурними засобами в комплексі лікувально-корекційних заходів для підлітків з церебральним паралічем. Проте запропоновані програми торкаються лише вузьких аспектів [4, 9, 13].

Науковці П. А. Віндюк, 2014; А. І. Альошина, 2016, акцентують увагу на тому, що одне з основних місць у комплексі реабілітаційних заходів посідає фізична реабілітація, яка ґрунтується на широкому використанні засобів фізичної культури [1, 3].

Для вирішення корекційно-виховних і оздоровчих завдань, передусім, необхідно збільшити рухову активність підлітків з церебральним паралічем [18, 19]. Багато вчених (К. Bobath, 1967; В. І. Козьявкін, 2011; В. В. Cohen, 2014) мають спільну думку, що весь розвиток моторики у дітей з церебральним паралічем має здійснюватися за тими ж етапами і в тій же послідовності, що й у здорової дитини [10, 20].

Рухова активність, що відповідає можливостям організму дітей підліткового віку з церебральним паралічем, удосконалює їх фізичний статус, сприяє розвитку рухових якостей, підвищує емоційний стан, створює необхідні передумови для виконання трудових завдань. Цілеспрямовані заняття фізичними вправами забезпечують корекцію рухових порушень і

підвищують працездатність організму дитини [7, 12, 14].

Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури та досвід роботи спеціальних шкіл, зміст корекційних та оздоровчих програм з фізичного виховання підлітків з церебральним паралічем у сучасних умовах недостатньо розроблений [4, 16, 17].

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на базі Рівненського навчально-реабілітаційного центру «Особлива дитина». Було задіяно 19 неповносправних школярів з діагнозом дитячий церебральний параліч віком 15–16 років, з них 7 дівчат і 12 хлопців.

Методи дослідження: соціологічні методи дослідження (теоретичний аналіз науково-методичної літератури); педагогічне спостереження (педагогічні спостереження, педагогічний експеримент, тестування рухової функції людини); медико-біологічні методи (оцінка морфофункціонального стану підлітків); визначення рухової активності; методи математичної статистики.

Результати дослідження. Метою констатувального експерименту був збір інформації про фізичний стан, рухову активність і функціональні можливості опорно-рухового апарату неповносправних. Ми провели обстеження фізичного розвитку школярів 15–16 років з церебральним паралічем. За вихідними результатами дослідження фізичного стану неповносправних школярів 15–16 років можна констатувати, що діти даної категорії за деякими показниками фізичного розвитку відстають від своїх більш здорових ровесників. Зріст знаходиться в межах 134,7–148,5 см у хлопців та 133,1–143,6 см у дівчат, що значно нижче від загальноновизначених норм. Вага тіла як у хлопців, так і у дівчат також є меншою від відповідних показників здорових дітей (44,1–54,5 кг у хлопців і 47,6–53,9 кг у дівчат); на відміну від інших показників фізичного розвитку, значних розбіжностей в окружності грудної клітки між неповносправними школярами та їх здоровими однолітками не виявлено. Щодо характеристики таких показників, як частота серцевих скорочень та артеріальний тиск, то вони відповідають допустимим нормам пубертатного віку: частота серцевих скорочень у хлопців становить $77,25 \pm 0,88$ уд./хв, у дівчат $74,1 \pm 1,7$ уд./хв; АТ (сист.) – відповідно $101,4 \pm 1,42$ і $110 \pm 2,19$ мм рт. ст., АТ (діаст.) – $71,0 \pm 0,88$ і $66,4 \pm 1,42$ мм рт. ст. Аналіз рухо-

вої активності неповносправних школярів 15–16 років виявив вкрай низький обсяг як загальної рухової активності, так і фізкультурно-оздоровчої рухової активності.

Характеризуючи розвиток рухової функції, можна зазначити, що дівчата мають незначну перевагу над хлопцями за всіма показниками рухової функції, що пояснюється більш швидкими темпами розвитку жіночого організму в пубертатному періоді та індивідуальними руховими можливостями, які у дівчат зумовлені більш легким ступенем та формою ураження рухової функції. На підставі отриманих результатів констатувального експерименту та математико-статистичної обробки даних було розроблено програму фізичної реабілітації неповносправних школярів. Комплексна програма фізкультурно-оздоровчих заходів, розроблена нами з урахуванням виявлених в результаті проведеного констатувального експерименту морфофункціональних особливостей школярів з церебральним паралічем включала наступне: комплекс фізіотерапевтичних процедур; лікувальний масаж; загартовувальні процедури; вправи лікувальної фізичної культури; індивідуальні заняття на тренажерах з корекційними м'ячами; ігрові фізкультурні заняття з елементами логоритміки.

Загальний обсяг організованої фізкультурно-рухової активності складав не менше 14–16 годин щотижня.

Застосування фізкультурно-оздоровчих заходів передбачало вирішення таких завдань:

здійснити оздоровчий вплив на організм школярів; сприяти відновленню втраченої рухової спроможності, розвитку компенсаторних рухових навичок; протидіяти утворенню контрактур; сприяти нормалізації тону м'язів; покращити координацію рухів; стимулювати розвиток мовлення й розширення кругозору; сприяти соціальній інтеграції та адаптації школярів з церебральним паралічем.

Методика відновлювальних заходів будувалася в залежності від форми захворювання та ступеня рухових порушень. При гіперкінетичній формі церебрального паралічу разом з вправами для загального розвитку координації рухів, рівноваги, зміцнення м'язів тулуба й кінцівок застосовувалися вправи з обтяжуваннями. При спастичній диплегії й геміпаретичній формі церебрального паралічу основна увага приділялася розвитку й покращенню координації рухів, рівноваги, дрібної моторики рук, збільшенню обсягу активних рухів у суглобах, розслабленню м'язів, охоплених спастикою.

Порівняльний аналіз вихідних і кінцевих даних педагогічного експерименту показав, що за даний період істотних змін у морфофункціональному розвитку неповносправних школярів 15–16 років не сталося, хоча за природними закономірностями росту та розвитку дитячого і юнацького організму у хлопців і дівчат дещо покращилися вихідні показники, що наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Зміни в показниках морфофункціонального розвитку школярів 15-16 років за період основного педагогічного експерименту (n = 19)

Показники морфофункціонального стану	Стать	Етапи дослідження	$M_x \pm S_{m_x}$	P
Довжина тіла (см)	Х	1	155,7±1,06	> 0,05
		2	157,4±2,56	
	Д	1	154,1±2,96	> 0,05
		2	155,8±3,11	
Маса тіла (кг)	Х	1	45,3±1,70	> 0,05
		2	48,8±1,41	
	Д	1	47,1±2,13	> 0,05
		2	52,1±1,85	
Окружність грудної клітки (см)	Х	1	75,1±1,77	> 0,05
		2	77,1±1,78	
	Д	1	77,0±2,27	> 0,05
		2	83,2±2,42	

Життєва ємність легень (см ³)	Х	1 2	1775±124,1 2216±115,2	< 0,01
	Д	1 2	1628±85,4 2057±56,9	< 0,001
Частота серцевих скорочень (уд./хв)	Х	1 2	77,25±0,88 68,10±1,30	< 0,001
	Д	1 2	74,1±1,70 70,1±0,85	< 0,05
Артеріальний систолічний тиск (мм рт. ст.)	Х	1 2	110,8±2,19 108,6±1,77	> 0,05
	Д	1 2	101,4±1,42 104,0±1,51	> 0,05
Артеріальний діастолічний тиск (мм рт. ст.)	Х	1 2	71,1±2,12 67,5±0,88	> 0,05
	Д	1 2	64,4±2,81 62,2±1,99	> 0,05

Як видно на рис. 1 та рис. 2, за визначеними показниками рухової активності неповносправні школярі перевершили свої вихідні дані, при цьому більший обсяг фізкультурно-оздо-

ровчої рухової активності був досягнутий хлопцями, а загальної рухової активності – дівчатами.

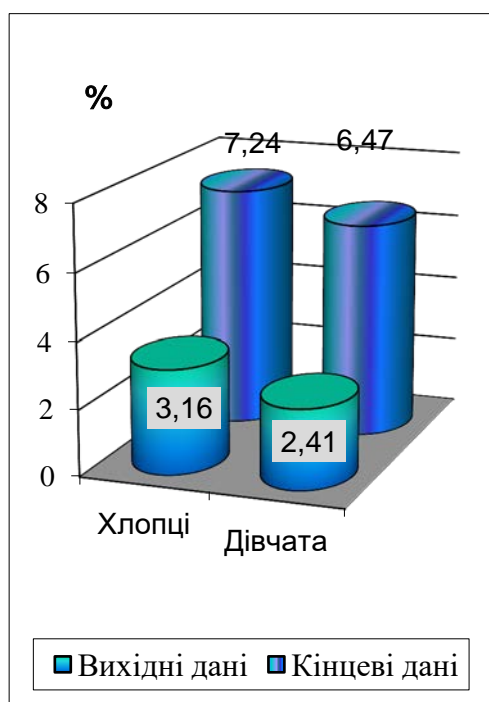


Рис. 1. Динаміка фізкультурно-оздоровчої рухової активності



Рис. 2. Динаміка загальної рухової активності

Незначну перевагу за кінцевими результатами дослідження в обсягу фізкультурно-оздоровчої рухової активності у хлопців ми пояснюємо тим, що вони більш активно брали участь навіть у позапланових фізкультурно-оздоровчих заходах, тоді як дівчата на дозвіллі більше часу приділяли перегляду телепередач, вишиванню, читанню літератури тощо.

По мірі того, як у школярів відбувалася адаптація до специфічних навантажень, вони переконувалися в підвищенні своїх можливостей; за наявності певних досягнень ставлення до занять фізичними вправами стало змінюватися в позитивний бік.

Дівчата найкраще сприймали вправи для розвитку гнучкості, координації рухів, для розвитку м'язів верхнього й нижнього поясу. Вправи на швидкість і спритність викликали інтерес тоді, коли вони подавалися у вигляді естафет або ігор.

Хлопців найбільше зацікавили вправи силового характеру, з протиборства, на витривалість, особливо коли вони проводилися у формі змагань.

Висновки.

1. На підставі аналізу науково-методичної та спеціальної літератури можна стверджувати, що неповносправні школярі 15–16 років найбільше потребують усіх видів реабілітаційних заходів. Доведено, що всі засоби й методи традиційного реабілітаційного впливу найбільше пристосовані для дітей з церебральним паралічем. Але й вони здебільшого виявляються недостатньо ефективними і сприяють лише тимчасовій корекції рухових порушень.

2. Виявлено віко-статеві відмінності між хлопцями та дівчатами 15–16 років, а саме: у морфофункціональному розвитку від 15 до 16 років хлопці мають незначну перевагу над дівчатами ($p > 0,05$); функціональний стан серцево-судинної системи знаходиться в межах норми пубертатного віку: артеріальний систо-

лічний тиск становить 101,4–110,8 мм рт. ст., діастолічний – 66,4–71,0 мм рт. ст.; частота серцевих скорочень за час педагогічного експерименту зменшилася на 4,0–9,1 уд./хв, життєва ємність легень збільшилася на 429–441 см³ ($p > 0,001$).

3. Порівняльний аналіз середньостатистичних показників рухової активності хлопців і дівчат свідчить про те, що в період з 15 до 16 років хлопці за всіма показниками рухової активності мають перевагу над дівчатами ($p > 0,05$), але порівняно зі здоровими однолітками мають дещо знижений індекс фізкультурно-оздоровчої рухової активності (на 4–5 % нижчий). Як свідчать дані опитування, це зумовлюється неспроможністю до повноцінної участі у фізкультурно-оздоровчих заходах.

4. Педагогічним експериментом доведена ефективність розробленої комплексної програми фізкультурно-оздоровчих заходів, спрямованих на забезпечення соціальної інтеграції та реабілітації школярів з церебральним паралічем. Зафіксовано істотні зміни у фізичному розвитку неповносправних школярів, а саме: збільшення амплітуди рухів у кульшовому, колінному та гомілковостопному суглобах ($p < 0,05–0,01$), що свідчить про зменшення контрактур, нормалізацію тону м'язів і покращення постави; покращення результатів за основними показниками рухової функції в середньому на 1,8–2,37 бала (з 5 можливих; $p < 0,05–0,01$); темпи приросту за основними показниками рухової функції порівняно з вихідними даними склали від 66,1 до 105,0 %, що вказує на зміцнення опорно-рухового апарату.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому дослідженні впливу комплексної програми реабілітації школярів з церебральним паралічем традиційними і нетрадиційними засобами фізичної терапії.

Література

1. Альошина А. І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.02 / Альошина Алла Іванівна ; Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. – К., 2016. – 40 с.

References

1. Alosyna A. I. Profilaktyka y korektsiia funktsionalnykh porushen oporno-rukhovoho aparatu ditei ta molodi u protsesi fizychnoho vykhovannia : avtoref. dys. ... d-ra nauk z fiz. vykhovannia ta sportu : 24.00.02 / Alosyna Alla Ivanivna ; Nats. un-t fiz. vykhovannia i sportu Ukrainy. – Kyiv, 2016. – 40 s.

2. Ваганов Н. Н. Концепция медико-социальной реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями, часто болеющих детей и детей-инвалидов / Н. Н. Ваганов, Э. Б. Боровик, В. И. Бондарь // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физ. культуры. – 1994. – № 6. – С. 34-37.

3. Віндюк П. А. Формування мотивації у підлітків з церебральним паралічем у процесі фізичної реабілітації / П. А. Віндюк // Наука і освіта. – 2014. – № 4. – С. 39-44.

4. Гузій О. В. Комплексна фізична реабілітація учнів 13–15 років з церебральним паралічем другої групи важкості захворювання : автореф. дис.... канд. наук з фіз. вих. і спорту / О. В. Гузій. – Л., 2002. – 20 с.

5. Гойда Н. Г. Першочергові заходи удосконалення дитячої реабілітації в неврології / Н. Г. Гойда, В. В. Бережний, В. Ю. Мартинюк. – Х., 1993. – Вип. 2. – С. 4-6.

6. Добровольская Т. А. Основные направления и методы реабилитационной психологической работы с инвалидами молодого возраста вследствие детского церебрального паралича / Т. А. Добровольская // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП : сб. науч. трудов. – М., 1991. – С. 112-120.

7. Калижнюк Э. С. Роль личностных реакций в патологии формирования характера при церебральных параличах: клинико-психологические исследования / Э. С. Калижнюк, Ю. С. Шевченко // Невропатология. – 1985. – № 3. – С. 589-592.

8. Кириченко Е. И. Пограничные состояния интеллектуальной недостаточности у детей с церебральными параличами и задачи социальной реабилитации / Е. И. Кириченко // Тез. II Всерос. конф., посвящ. медицинской реабилитации больных ДЦП. – М., 1987. – С. 275-277.

9. Ковінько М. С. Професійно-прикладна спрямованість занять фізичною культурою з підлітками з ДЦП : метод. рек. / М. С. Ковінько, О. С. Куц. – Л. : ЛДІФК, 2002. – 74 с.

10. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи: основы клинической реабилитационной диагностики / Козьявкин В. И. – Л. : Медицина світу, 1999. – 312 с.

11. Левченко И. Ю. Особенности психического развития больных ДЦП / И. Ю. Левченко // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. – М., 1991. – С. 22-24.

2. Vahanov N.N. Kontseptsyia medyko-sotsyalnoi reabylytatsyy detei, stradaiushchyykh khronycheskymy zabolevanyiamy, chasto boleiushchyykh detei y detei-ynvalydiv / N. N. Vahanov, Э. В. Borovyk, V. Y. Bondar // Voprosy kurortolohyy, fizyoterapyuy y lechebnoi fiz. kultury. – 1994. – № 6. – S. 34-37.

3. Vindiuk P. A. Formuvannia motyvatsii u pidlitkiv z tserebralnym paralichem u protsesi fizychnoi reabilitatsii / P. A. Vindiuk // Nauka i osvita. – 2014. – № 4. – S. 39-44.

4. Huzii O. V. Kompleksna fizychna reabilitatsiia uchniv 13-15 rokiv z tserebralnym paralichem druhoi hrupy vazhkosti zakhvoriuvannia: avtoref. dys.... kand. nauk z fiz. kult. i sportu / O. V. Huzii. – L., 2002. – 20 s.

5. Hoida N. H. Pershocherhovi zakhody udoskonalennia dytiachoi reabilitatsii v nevrolohii / N. H. Hoida, V. V. Bereznyi, V. Yu. Martyniuk. – Kh., 1993. – Vyp. 2. – S. 4-6.

6. Dobrovolskaia T. A. Osnovnye napravleniya y metody reabylytatsyonnoi psykholohycheskoi raboty s ynvalydamy molodoho vozrasta vsledstvye detskoho tserebralnoho paralycha / T. A. Dobrovolskaia // Medyko-sotsyalnaia reabylytatsyia bolnykh y ynvalydiv vsledstvye DTsP : sb. nauch. trudov. – M., 1991. – S. 112-120.

7. Kalyzhniuk Э. S. Rol lychnostnykh reaktsyi v patolohyy formirovaniya kharaktera pry tserebralnykh paralychakh: klynyko-psykhologhycheskye yssledovaniya / Э. S. Kalyzhniuk, Yu. S. Shevchenko // Nevropatolohyia. – 1985. – № 3. – S. 589-592.

8. Kyrychenko E. Y. Pohranychnye sostoiانيا yntellektualnoi nedostatochnosty u detei s tserebralnymy paralychamy y zadachy sotsyalnoi reabylytatsyy / E. Y. Kyrychenko // Tez. II Vseros. konf., posviashch. medytsynskoi reabylytatsyy bolnykh DTsP. – M., 1987. – S. 275-277.

9. Kovinko M. S. Profesiino-prykladna spriamovanist zaniat fizychnoiu kulturoiu z pidlitkamy z DTsP : metod. rek. / M. S. Kovinko, O. S. Kuts. – L. : LDIFK, 2002. – 74 s.

10. Koziavkyn V. Y. Detskye tserebralnye paralychy: osnovy klynycheskoi reabylytatsyonnoi diahnostyky / Koziavkyn V. Y. – L. : Medytsyna svitu, 1999. – 312 s.

11. Levchenko Y. Yu. Osobennosty psykhycheskoho razvytyia bolnykh DTsP / Y. Yu. Levchenko // Medyko-sotsyalnaia reabylytatsyia bolnykh y ynvalydiv vsledstvye detskoho tserebralnoho paralycha. – M., 1991. – S. 22-24.

12. Малука М. В. Физиологические изменения у детей с церебральным параличом в процессе реабилитации : автореф. дис... канд. биол. наук / М. В. Малука. – Краснодар, 1997. – 23 с.
13. Мерзлікіна О. А. Методика використання засобів фізичного виховання в корекції рухової функції підлітків з церебральним паралічем / О. А. Мерзлікіна, О. С. Куц. – Львів, 2002. – 87 с.
14. Мерзлікіна О. А. Корекція фізичних вад підлітків 15–17 років з церебральним паралічем засобами фізичного виховання : автореф. дис... канд. наук з фіз. вих. і спорту / О. А. Мерзлікіна. – Л., 2002. – 20 с.
15. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. / О. Б. Нагорна. – К. : ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України, 2013. – 196 с.
16. Нагорна О. Б. Засоби фізичної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами : навч. посіб. / О. Б. Нагорна. – Рівне : Національний університет водного господарства та природокористування, 2016. – 134 с.
17. Пятакова Г. В. Некоторые психологические аспекты внутренней картины болезни детей, страдающих ДЦП / Г. В. Пятакова // Актуальные проблемы практической психологии : сб. науч. трудов. – СПб., 1992. – С. 87–97.
18. Семенова К. А. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, А. Е. Штеренгерц, В. В. Польской. – К. : Здоров'я, 1986. – 289 с.
19. Шамарин Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т. Г. Шамарин, Г. И. Белова. – Элиста : АПП «Джангар», 1999. – 168 с.
20. Bobath K. Cerebral palsy. Person & William's physical therapy services in the developmental disabilities / K. Bobath, B. Bobath. – 5-th printing. – Springfield : C. Tomas publisher, 1977. – P. 83–93.
12. Maluka M. V. Fyzyolohycheskye yzmeneniya u detei s tserebralnym paralychom v protsesse reabylytatsyy: avtoref. dys... kand. byol. nauk / M. V. Maluka. – Krasnodar, 1997. – 23 s.
13. Merzlikina O. A. Metodyka vykorystannia zasobiv fizychnoho vykhovannia v korektsii rukhovoi funktsii pidlitkiv z tserebralnym paralichem / O. A. Merzlikina, O. S. Kuts. – Lviv, 2002. – 87 s.
14. Merzlikina O. A. Korektsiia fizychnykh vad pidlitkiv 15–17 rokov z tserebralnym paralichem zasobamy fizychnoho vykhovannia : avtoref. dys... kand. nauk z fiz. kult. i sportu / O. A. Merzlikina. – L., 2002. – 20 s.
15. Nahorna O.B. Osoblyvosti korektsiino-vykhovnoi roboty z ditmy z osoblyvymy osvitynymi potrebamy: Navch.-metod. posib. / O. B. Nahorna. – K.: DVNZ «Universytet menedzhmentu osvity» NAPN Ukrainy, 2013. – 196 s.
16. Nahorna O.B. Zasoby fizychnoi rehabilitatsii ditei z osoblyvymy osvitynymi potrebamy: Navch. posib. / O. B. Nahorna Rivne: DVNZ «Natsionalnyi universytet vodnoho hospodarstva ta pryrodokorystuvannia, 2016. – 134 s.
17. Piatakova H. V. Nekotorye psykolohycheskye aspekty vnutrennei kartyny bolezny detei, stradaiushchykh DTsP / H. V. Piatakova // Aktualnye problemy praktycheskoi psykolohyy : sb. nauch. trudov. – SPb., 1992. – S. 87–97.
18. Semenova K. A. Patohenetycheskaia vosstanovitelnaia terapiya bolnykh detskim tserebralnym paralychom / K. A. Semenova, A. E. Shterenherts, V. V. Polskoi. – K. : Zdorovia, 1986. – 289 s.
19. Shamaryn T. H. Vozmozhnosity vosstanovitelnoho lecheniya detskykh tserebralnykh paralychei / T. H. Shamaryn, H. Y. Belova. – Элиста : АПП «Dzhanhar», 1999. – 168 s.
20. Bobath K. Cerebral palsy. Person & William's physical therapy services in the developmental disabilities / K. Bobath, B. Bobath. – 5-th printing. – Springfield : C. Tomas publisher, 1977. – P. 83–93.

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

METHODS OF PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALICITY

Нагорна О. Б., Кратко І. І.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

Актуальність проблематики реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем викликана тим, що це не тільки медична проблема, а й соціальна, суспільна, що цілком закономірно збільшує до неї інтерес. Мета дослідження, яке висвітлено у статті, є обґрунтування засобів та методів фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. Завдання дослідження полягало у аналізі та узагальненні даних науково-методичної літератури за темою дослідження, ознайомленні із загальними характеристиками та особливостями фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем; теоретичного дослідження ефективності застосування засобів фізичної реабілітації хворих даної категорії. Застосовувалися наступні методи дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел. У процесі дослідження проаналізовано та узагальнено форми ДЦП за локалізацією, станом м'язового тону, висвітлено теоретичне підґрунтя особливостей впровадження фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем, розглянуто найбільш поширені методики відновлення даного захворювання, визначено основні аспекти фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем: ранній початок, організована робота, довготривалість, комплексність, участь батьків у даному процесі.

Ключові слова: рухові порушення, Войта-терапія, Бобат-терапія, нейродинамічна реабілітація, іпотерапія, м'язова система, дельфінотерапія, корекція.

Актуальность проблематики реабилитации детей с детским церебральным параличом вызвана тем, что это не только медицинская проблема, но и социальная, общественная, что вполне закономерно увеличивается к ней интерес. Цель исследования, которая освещена в статье, является обоснование средств и методов физической реабилитации детей с детским церебральным параличом. Задача исследования состояла в анализе и обобщении данных научно-методической литературы по теме исследования, ознакомлении с общими характеристиками и особенностями физической реабилитации детей с детским церебральным параличом; теоретического исследования эффективности применения средств физической реабилитации больных данной категории. Применялись следующие методы исследования – теоретический анализ и обобщение литературных источников. В процессе исследования проанализированы и обобщены формы ДЦП по локализации, по состоянию мышечного тонуса, освещены теоретические основы особенностей внедрения физической реабилитации детей с детским церебральным параличом, рассмотрены наиболее распространенные методики восстановления данного заболевания, определены основные аспекты физической реабилитации детей с детским церебральным параличом: раннее начало, организованная работа, продолжительность, комплексность, участие родителей в данном процессе.

Ключевые слова: двигательные нарушения, Войта-терапия, Бобат-терапия, нейродинамическими реабилитация, ипотерапия, мышечная система, дельфинотерапия, коррекция.

The urgency of the problems of rehabilitation of children with cerebral palsy is due to the fact that this is not only a medical problem, but also social and social, which quite naturally increases interest in it. The purpose of the study, which is highlighted in the article, is the substantiation of means and methods of physical rehabilitation of children with cerebral palsy. The research task was to analyze and summarize the data of scientific and methodical literature on the subject of research, acquaintance with general characteristics and features of physical rehabilitation of children with cerebral palsy; theoretical study of the effectiveness of the use of physical rehabilitation facilities for patients in this category. The following research methods were used: theoretical analysis and generalization of literary sources. In the course of the research the general forms of cerebral palsy have been analyzed by localization, the state of muscular tone, the theoretical basis of the peculiarities of the implementation of physical rehabilitation of children with cerebral palsy is highlighted, the most common methods of restoration of this disease are considered, the main aspects of physical rehabilitation of children with cerebral palsy are identified: the beginning, the organized work, the long-term, the complexity, the participation of parents in this process.

Key words: motor disorders, Voyt-therapy, Bobat-therapy, neurodynamic rehabilitation, hippotherapy, muscular system, dolphin therapy, correction.

Проблема дитячих церебральних паралічів є однією із актуальних проблем ортопедії та

неврології. Дане ураження є складним захворюванням центральної нервової системи, що призводить до рухових порушень та викликає затримку або патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення

зору і слуху. Проблематика визначається поширеністю і соціальною значимістю захворювання, оскільки тягне за собою важку інвалідизацію [1, 3].

До вивчення цієї патології та подолання її наслідків прикута увага багатьох вчених не тільки вітчизняних, але і за кордоном. За останні 10–15 років, після того як було розроблено та впроваджено ефективні методи лікування, ставлення до цих дітей змінилося. Спостереження останніх років показали, що комплексне, систематичне, довготривале відновне лікування може значно знизити ступінь інвалідизації дитини або навіть зовсім усунути тяжкі наслідки.

Аналіз науково-методичної, спеціальної літератури за проблемою дослідження показав, що на даний час розроблено та впроваджено різні методи та методики, комплексні програми з реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч. Вони спрямовані на формування рухових навичок у дитини, нормалізацію тону м'язів, покращенню дихання, благотворно впливають на центральну нервову та імунну системи, покращують обмін речовин, контроль рухів та підтримку рівноваги, формування мовленнєвої функції [2, 3].

Мета дослідження: обґрунтувати засоби та методи фізичної реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати і узагальнити дані науково-методичної літератури за темою дослідження.

2. Ознайомитись із загальними характеристиками та особливостями дитячого церебрального паралічу.

3. Теоретично дослідити ефективність застосування засобів фізичної реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч.

Результати дослідження. Аналіз літературних джерел [1, 3, 6] вказує на те, що така хвороба, як дитячий церебральний параліч, існує вже досить давно. Вільям Джон Літл у 1861 році класифікував дитячий церебральний параліч на різні форми, і одною з яких є хвороба Літля, або як її ще називають нижня спастична диплегія. З того часу неодноразово змінювалась назва захворювання, відповідно лікування і реабілітація.

В результаті проведених досліджень було визначено та підтверджено загальну та

специфічну симптоматику захворювання у дітей з даною патологією [1, 3].

Фахівці [3, 8] виокремлюють декілька форм дитячого церебрального паралічу. Спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію, геміплегію або тетраплегію.

Враховуючи локалізацію ураження та за станом м'язового тону розрізняють наступні форми:

1. Спастична: підвищення м'язового тону є визначальним симптомом у даному випадку. М'язи є напруженими, спастичними (тугими), а рухи незграбними або не можливими, в залежності від того, яка частина тіла вражається.

2. Гіперкінетична: провідним симптомом цієї форми є порушення координації, рухи хворого є незграбними. Якщо такий хворий може ходити, то хода є невпевнена і хитка, сидіти такі діти не можуть, або починають занадто пізно, інколи так і не вдається стояння і ходьба. Мова повільна і монотонна, інтелект зазвичай не страждає, вони інколи володіють високими розумовими здібностями.

3. Атонічно-астатична: м'язовий тонус знижений, м'язи слабкі і не здатні виконувати необхідні рухи, діти не можуть підтримувати позу, нормально ходити або сидіти, у них порушено рівновагу, «розхлябані» суглоби.

4. Змішана: поєднання спастичної та гіперкінетичної форми.

В рамках загальних характеристик спостерігається затримка досягнення розвитку, такого як тримання голови, перевертання, досягання предметів рукою, сидіння без підтримки, повзання чи хода. Переважне використання однієї руки до віку 18 місяців вказує на слабкість чи патологічний м'язовий тонус однієї сторони і може бути одним з ранніх ознак ДЦП. Характерним є тривале утримання „дитячих” рефлексів, рухи можуть бути різкими, раптовими, повільними та хробакоподібними. Вони можуть бути неконтрольованими або безцільними. Спостерігається патологічний м'язовий тонус, м'язи можуть бути дуже тугими або надмірно розслабленими; відсутність контролю над випорожненням та сечовипусканням внаслідок недостатності роботи над відповідною групою м'язів.

У дітей з ДЦП часто виникає карієс у зубах, внаслідок вродженого дефекту зубної емалі.

Діти з церебральним паралічем мають виражену косину назовні або всередину одного ока. Якщо косину вчасно не коригувати, то з часом можливе спричинення серйозних проблем зору. Характерними є повна або часткова втрата слуху, утруднене ковтання, проблеми зі смоктанням, питтям, прийомом їжі, саливація. Судомні стани зазвичай не помічають, вважаючи, що це просто мимовільні рухи рук або ніг [6].

Проте, не всі діти з ДЦП мають затримку розумового розвитку. Зазвичай, чим вираженіша затримка розвитку когнітивних функцій, тим вищий загальний рівень інвалідності дитини [6, 8].

У пацієнтів з дитячим церебральним паралічем часто рухи в суглобах стають тугими, з обмеженою амплітудою. Дана патологія виникає внаслідок нерівномірного тиску на відповідний суглоб різних м'язових груп. Виникнення скелетних деформацій, вкорочення кінцівки на ураженій стороні є ускладненням таких порушень м'язового тонусу, особливо в період швидкого росту [2, 3].

На даний час є багато різних методів та методик лікування та реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. Усі вони направлені на покращення соціально-побутової адаптації дитини, що залежить частково від моторних функцій.

Чеський лікар Вацлав Войта, який тривалий час працював у Мюнхенському центрі ДЦП, у 1954 році запропонував основні моделі рефлекторного руху вперед. Пізніше вони були класифіковані та запропоновані як метод фізичної терапії – рефлексна локомоція або Войта-терапія. Встановлено, що діти, які хворіли на дитячий церебральний параліч, після лікування із застосуванням даної методики могли самостійно сидіти, поступово підніматись, ходили, покращувалася їх мовленнєва функція. Перед початком проведення Войта-терапії дітям проводиться Войта-діагностика, їх оглядали невропатолог і педіатр, застосовувалися за потреби додаткові обстеження.

Основним принципом Войта-терапії є вплив не тільки на рухову сферу, а й на сенсорну, вегетативну та психічну системи організму. При проведенні терапії спостерігаються зміни частоти пульсу, дихання та кров'яного тиску. Основним завданням

методики є формування рухових навичок, відповідних віку дитини. Для вирішення цього завдання використовують рефлекси повзання і повороту, можливості руху вперед [3, 4].

Ефективність Войта-терапії залежить від терміну розпочатого лікування, «зрілості» функціональних систем нервової системи та ступеня й стадії розладів у руховій сфері дитини. Лікування за методом Войта дає можливість розпочати лікування рухових розладів з періоду новонародженості. Важливим є попереднє ознайомлення батьків з методикою, оскільки найбільша ефективність лікування досягається внаслідок забезпечення довготривалості та безперервності виконання вправ.

Ефективною методикою фізичної реабілітації дітей з ДЦП також є Бобат-терапія. Таку назву дана методика отримала від прізвищ її розробників: подружньої пари – фізіотерапевта Берти Бобат і її чоловіка, нейрофізіолога Карла Бобата. У 40-х роках минулого століття метод був заснований внаслідок тривалих спостережень за результатами реабілітації, аналізу її ефективності, систематизації відповідних вправ та положень тіла дитини. Бобат-терапія досить швидко поширювалася і отримала ще одну назву – нейродинамічна реабілітація. Встановлено, що Бобат-терапія допомагає дитині освоїти всі фізіологічні положення тіла без патологічних, неправильних рухів. Підґрунтям даної методики є постійне повторення поз – лежання, стояння на колінах, сидячи навпочіпки, що закріплює правильність рухів і спрощує стабілізацію вертикального положення. З часом правильні позиції починають превалювати, витісняючи патологічні і переходячи на рівень безумовних рефлексів [4, 5].

Проте, у своїх останніх публікаціях автори методики прийшли до висновку, що вони приділяли забагато уваги розвитку автоматичних реакцій випрямлення, дотримуючись помилкового припущення, що дитина зможе спонтанно перенести цей довід на свідомо контрольовані рухи. Було запропоновано почати більше розвивати в дитини можливості самій керувати своїми рухами, а саме рівновагою.

Методика Козьявкіна отримала назву Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР). Вона представлена відносно недавно, близько 15 років назад. Нині реабілітація за

даним методом проводиться у Львові, Трускавці, введена в дію міжнародна клініка відновного лікування. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації завоювала широкий міжнародний авторитет і за межами України. 95 % дітей, що пройшли курс реабілітації за методикою Козьявкіна, показали високу ефективність цієї системи: у них відбулася нормалізація м'язового тону, покращилися рухові функції. Головними компонентами методики Козьявкіна є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів у поєднанні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією й апітерапією [3]. У порівнянні з іншими розглянутими методиками, мобілізуюча гімнастика в системі реабілітації за методом В. І. Козьявкіна має свої особливості. Першою відмінністю цієї методики є те, що її застосовують на новому функціональному стані організму, який виникає після біомеханічної корекції хребта та великих суглобів, цей стан проявляється нормалізацією тону в пацієнтів, відновленням рухливості на всіх рівнях хребта та у великих суглобах, відновленням провідності ушкоджених моторних і сенсорних зв'язків, поліпшенням кровопостачання та трофіки тканин.

Анімалотерапію, коли у процес реабілітації залучають тварин, використовують для отримання позитивних емоцій та хорошого ефекту від реабілітації.

Іпотерапія – це метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, який адаптований до можливостей дитини. У процесі верхової їзди м'язи спини тварини, здійснюючи тривимірні рухи, масажують м'язи ніг дитини, внутрішню сторону стегон, гомілковостопну, пахову область, в роботу включаються основні групи м'язів. Пацієнт, намагаючись прийняти на коні надійну посадку, змушений щільно притискати ноги до коня, що збільшує ефективність терапевтичного впливу. Це відбувається на рефлекторному рівні, тому що дитина, рухаючись разом з конем, прагне зберегти рівновагу, щоб не впасти, тим самим спонукуючи до активної роботи уражені м'язи [6, 7].

Дельфінотерапія відома відносно недавно. Це нетрадиційний метод психотерапії, в основі якого лежить спілкування людини та дельфіна. Тварини благотворно впливають на центра-

льну нервову систему дитини, стимулюючи обмінні, імунні та інші процеси. Заняття, що проводяться з дельфінами, збільшують мовленнєві можливості пацієнтів з порушеннями слухового та артикуляційного апарату, покращує фізичний стан шляхом посилення роботи різних м'язових груп, знімають емоційний стрес і покращують неврологічний стан. Спілкування з дельфіном містить в собі ряд терапевтичних чинників: позитивні емоції, седативний, відволікаючий, активізуючий ефекти.

Дельфінотерапія поділяється на два напрямки:

1. Вільна взаємодія із твариною з мінімальною участю фахівців. У даному напрямку пацієнт сам вибудовує свої відносини з дельфіном, вибирає способи взаємодії в рамках своїх можливостей. Роль фахівців обмежується забезпеченням безпеки пацієнта і дельфінів.

2. Спеціально організоване спілкування. Спілкування із твариною здійснюється через фахівця, яке для пацієнта має психотерапевтичне значення, а дельфін виступає як засіб корекції, який привертає до себе увагу, демонструє дружелюбність, щирість намірів [7, 8].

Таким чином, різноманітність методик та засобів реабілітації дітей з ДЦП дозволяє варіативно та індивідуально формувати програму фізичної терапії для досягнення максимальної ефективності.

Висновки. Внаслідок проведеного аналізу літературних та інших інформаційних джерел з питань фізичної реабілітації хворих на церебральний параліч, можна зробити висновок, що дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, ускладненим не тільки руховими порушеннями, але й викликає затримку або патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення зору і слуху. Встановлено, що на даний час існує багато методик реабілітації хворих з ДЦП, що мають на меті покращення стану пацієнтів, а також їхню адаптацію у побуті та суспільстві.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на визначення результативності впровадження фізичної реабілітації щодо всебічного розвитку дітей з ДЦП.

Література

1. Абрамова Т. Ф. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Т. Ф. Абрамова, Г. А. Гончарова, Н. А. Гросс. – М. : Советский спорт, 2000.
2. Гузій О. В. Засоби фізичного виховання у фізичній реабілітації дітей з церебральним паралічем: методичні рекомендації / О. В. Гузій, О. С. Куц. – Львів, 2002. – 80 с.
3. Козьявкін В. І. Методика проф. В. І. Козьявкіна. Система інтенсивної Козьявкін-нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезіотерапії / В. І. Козьявкін, Б. Д. Волошин. – Міжнародна клініка відновного лікування. – Трускавець, 2004. – 125 с.
4. Лукина Л. Н. Дельфины в системе психологической реабилитации людей / Л. Н. Лукина. – Севастополь, 2010. – 170 с.
5. Лысенко В. И. Использование дельфино-терапии в реабилитации детей / В. И. Лысенко, И. В. Загоруйченко, Ю. К. Батозский // Матер. VI Конгресса педиатров России «Неотложные состояния у детей». – М. : 2000. – С. 177–178.
6. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація / В. П. Мурза. – К. : ОЛАН, 2005. – С. 219–237
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 436 с.
8. Основы медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи [Навч.-метод. посіб.] / За ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.

References

1. Abramova T.F. Fizicheskaya reabilitatsiya detey s narusheniyami funktsiy oporno-dvigatel'nogo apparata / Abramova T.F., Goncharova A. Gross N.A. i dr. – M.: Sovetskiy sport, 2000.
2. Guziy A.V. Sredstva fizicheskogo vospitaniya v fizicheskoy reabilitatsii detey s serebral'nym paralichom: metodicheskiye rekomendatsii / Guziy A.V., Kuts A.S. – L'vov, 2002. – 80 s.
3. Kozyavkin V.I. Metodika prof. V.I. Kozyavkina. Sistema intensivnoy Kozyavkin-neyrofiziologichnoi reabilitatsii. Blok kinezioterapii / V. I. Kozyavkin, B. D. Voloshin. – Mezhdunarodnaya klinika vosstanovitel'nogo lecheniya. – Truskavets, 2004. – 125 s.
4. Lukina L. N. Del'fyny v sisteme psikhofizicheskoy reabilitatsii lyudey / Lukina L. N. – Sevastopol', 2010. – 170 s.
5. Lysenko V. I. Ispol'zovaniye del'finoterapii v reabilitatsii detey / V. I. Lysenko, I. V. Zagoruychenko, YU. K. Batozskiy // Mater. VI Kongressa pediatrov Rossii «Neotlozhnyye sostoyaniya u detey». – M.: 2000. – S. 177–178.
6. Murza V. P. Psikhologo-fizicheskaya reabilitatsiya / V. P. Murza. – M. : OLAN, 2005. – S. 219–237.
7. Mukhin V. M. Fizicheskaya reabilitatsiya / V. M. Mukhin. – M. : Olimpiyskaya literatura, 2005. – 436 s.
8. Osnovy mediko-sotsial'noy reabilitatsii detey s organicheskim porazheniyem nervnoy sistemy: [Ucheb. posobiye.] / Pod red. V.Yu. Martynyuka, S. M. Zinchenko. – M.: Intermed, 2005. – 416 s.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH SCOLIOSIS

Нагорна О. Б., Мельник О. В.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

Якщо оцінювати режим дня школярів, то стає очевидним, що гіподинамія поступово витісняє рухову активність та спорт з життя дітей, а в школі вчителі через велику навчальну завантаженість не звертають належної уваги як сидить дитина за партою. Тому дослідження даної проблеми не втрачає актуальності. За результатами теоретичного дослідження у статті представлено загальну характеристику сколіозу та особливості засобів фізичної реабілітації хворих з даною хворобою. Метою дослідження було ознайомитись із загальною характеристикою сколіозу, специфікою застосування засобів фізичної реабілітації даної патології. Завдання дослідження передбачали систематизацію науково-методичної літератури, вивчення особливостей клінічного перебігу сколіозу у дітей; обґрунтування ефективності засобів фізичної реабілітації дітей зі сколіозом. Як метод дослідження використано аналіз та узагальнення даних науково-методичних джерел.

Відомості науковців та практиків дозволяють провести класифікацію сколіозу, виокремити найбільш вразливу категорію пацієнтів, проаналізувати ефективність засобів фізичної реабілітації у лікуванні даної патології. У методичних літературних джерелах підтверджено дієвість основних засобів фізичної терапії, оскільки вони сприяють благоприємному впливу на здоров'я дітей, зупинку прогресування викривлення хребта.

Ключові слова: рухова активність, сколіоз, засоби фізичної реабілітації, масаж, плавання, лікувальна фізична культура.

Если оценивать режим дня школьников, то становится очевидным, что гиподинамия постепенно вытесняет двигательную активность и спорт из жизни детей, а в школе учителя из-за большой учебной нагрузки не обращают должного внимания как сидит ребенок за партой. Поэтому исследование данной проблемы не теряет актуальности. По результатам теоретического исследования в статье представлена общая характеристика сколиоза и особенности средств физической реабилитации больных с данной болезнью. Целью исследования было ознакомиться с общей характеристикой сколиоза, спецификой применения средств физической реабилитации данной патологии. Задачи исследования предусматривали систематизацию научно-методической литературы, изучение особенностей клинического течения сколиоза у детей, обоснование эффективности средств физической реабилитации детей со сколиозом. Как метод исследования использованы анализ и обобщение данных научно-методических источников.

Сведения ученых и практиков позволяют провести классификацию сколиоза, выделить наиболее уязвимую категорию пациентов, проанализировать эффективность средств физической реабилитации в лечении данной патологии. В методических литературных источниках подтверждено действенность основных средств физической терапии, поскольку они способствуют благоприятному воздействию на здоровье детей, остановке прогрессирования искривления позвоночника.

Ключевые слова: двигательная активность, сколиоз, средства физической реабилитации, массаж, плавание, лечебная физическая культура.

When assessing the school day, it becomes apparent that hypodynamy gradually displaces motor activity and sports from the lives of children, and at school teachers do not pay due attention to how the child is sitting at the desk due to the high educational load. Therefore, the study of this problem does not lose its relevance. According to the results of the theoretical research, the article presents the general characteristic of scoliosis and features of physical rehabilitation facilities for patients with this disease. The aim of the study was to get acquainted with the general characteristics of scoliosis, the specifics of the use of physical means of rehabilitation of this pathology. The objectives of the study included systematization of scientific and methodological literature, the study of the peculiarities of the clinical course of scoliosis in children; substantiation of the effectiveness of physical rehabilitation facilities for children with scoliosis. As a research method, the analysis and generalization of data of scientific and methodical sources was used.

Information from scientists and practitioners allows us to classify scoliosis, to distinguish the most vulnerable category of patients, to analyze the effectiveness of physical rehabilitation in the treatment of this pathology. In methodical literary sources, the effectiveness of the main means of physical therapy is confirmed, as they contribute to the beneficial effects on the health of children, the stopping of the progression of the curvature of the spine.

Key words: motor activity, scoliosis, means of physical rehabilitation, massage, swimming, therapeutic physical culture.

Порушення постави є однією з ортопедичних патологій, що найчастіше трапляються у дітей і підлітків. Вони становлять 90 % усіх

відхилень від норми з боку опорно-рухової системи школярів. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5–6 осіб на 1000 формується сколіоз. В школярів у віці від

9 до 14 років порушення постави виявляють в 94 % випадків [2].

Серед дітей поширеність сколіозу становить приблизно 5–9 %. Зазвичай, у дітей дошкільного віку вже спостерігається викривлення хребта. Досить великі коливання поширеності цього захворювання обумовлені відсутністю єдиного підходу до діагностики сколіозу при обстеженні. Щорічно зростають показники поширеності сколіозу серед дорослого населення. За деякими даними вони складають близько 50 % серед населення працездатного віку [5].

Дослідженню проблематики сколіотичної хвороби та сколіозу зокрема присвячено роботи таких авторів як Л. Войчишин, Н. Б. Грейда, О.В. Пешкова.

У наукових дослідженнях багатьох авторів [1, 3, 4] розглядається ефективність комплексної програми реабілітаційно-відновного лікування із застосуванням лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур, гідротерапії для поліпшення функціонального стану й адаптаційних можливостей кардіореспіраторної системи, загального рівня фізичного здоров'я та якості життя хворих на сколіоз.

Мета роботи – на основі літературних джерел проаналізувати загальну характеристику сколіозу та вивчити особливості застосування засобів фізичної реабілітації хворих з даною патологією.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити дані науково-методичної літератури за темою дослідження;

2. Систематизувати причини виникнення, функціональні особливості та клінічний перебіг сколіозу у дітей;

3. Теоретично дослідити ефективність впливу засобів фізичної реабілітації на стан хворих даної нозології.

Методи дослідження – теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. Сколіоз – це захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній площині з торсією хребців навколо своєї вертикальної осі. Торсія сприяє деформації грудної клітки та її асиметрії, внутрішні органи при цьому стискаються і зміщуються, що призводить до фун-

кціональних порушень у роботі органів грудної клітки [5].

Сколіоз може бути простим, з однією бічною дугою викривлення, складним – за наявності декількох дуг викривлення в різні сторони, а також тотальним, якщо викривлення захопило увесь хребет. Він може бути фіксованим і нефіксованим [5].

Причини появи захворювання до кінця так і не вивчені по сьогоднішній день. Головна характеристика особливості такої патології – це загальна слабкість зв'язково-м'язового апарату, що призводить до появи даної патології [3].

Ускладненнями основного захворювання є ряд патологічних станів: при великих зсувах з'являється реберний горб, нахилиється таз, внутрішні органи відчують підвищене навантаження [2].

Як засвідчено у літературних джерелах, найчастіше сколіоз розвивається у дітей [4]. Це пов'язано з багатьма факторами. У першу чергу основою для розвитку сколіозу служить бурхливий ріст і розвиток дитячого організму. Досить часто різні органи і системи не встигають розвиватися одночасно. В цьому випадку створюється максимально сприятливі умови для розвитку сколіозу. Найчастіше це відбувається в період швидкого розвитку кісткової структури дитини. М'язово-зв'язковий апарат при цьому відстає у своєму розвитку. Це обумовлює нерівномірність навантажень на хребетний стовп і, як наслідок, формується викривлення хребта [5].

Ще одним фактором формування сколіозу в дитячому та підлітковому віці є неадекватні та одноманітні навантаження на ще незміцнілий опорно-руховий апарат. Це пов'язано з тим, що дитина змушена в процесі навчання в школі не тільки носити досить важкий портфель, але і сидіти в статичній позі протягом декількох навчальних годин. У даній ситуації не враховується ні зріст дитини, ні його комплекція [3].

Сколіоз може стати причиною дуже багатьох серйозних захворювань внутрішніх органів. Пов'язано це із створенням несприятливого положення внутрішніх органів на стороні викривлення. Особливо часто страждають легені, серце, нирки, система кровопостачання [1]. Через деякий час після формування сколіозу в організмі людини можуть статися незворотні зміни серцево-судинної системи. Після усунення сколіотичних змін хребта серце в нормальний стан вже не повертається. Це

тільки один з можливих наслідків викривлення хребта [1].

Фахівці звертають увагу на наступні основні ознаки сколіозу: одне плече трохи вище за інше; випирає кут лопатки; при нахилі тулуба вперед помітна кривизна хребта [2, 3, 5].

Найбільш інформаційним у визначенні сколіозу є рентгенологічний метод [4]. З його допомогою вдається відрізнити дійсний, «істинний», сколіоз від порушеної постави. Для цього рентгенографія хребта проводиться не тільки в положенні хворого стоячи, але і в положенні лежачи. Величина дуги викривлення на рентгенограмах визначається різними методами. Найбільше визнання з них одержали методи Кобба і Фергюссона [2, 5].

За методом Кобба величина сколіозу визначається величиною кута, утвореного перетином перпендикулярів, відновлених до горизонтальної осі нейтральних хребців.

У процесі визначення величини сколіозу за методом Фергюссона акцентується увага, що кут викривлення утворюється від перетину ліній, що сполучають середину нейтральних хребців з серединною центрально-розташованого хребця. Центр хребця визначається перетином діагоналей чотирикутника, утвореного тінню тіла хребця. По рентгенівських знімках в положеннях лежачи і стоячи, в положеннях сидячи з нахилом тулуба управо і вліво можна визначити ступінь рухливості хребта і можливості корекції кожної з сколіотичних дуг [5, 7].

В нашій країні розповсюджена класифікація, запропонована В. Д. Чакліним. Вимірюється викривлення наступним чином: на рентгенограмі треба провести декілька прямих ліній між хребцями, а потім виміряти кути між ними [6].

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою частиною медичної реабілітації хворих на сколіоз і застосовується в усіх періодах і етапах даного захворювання. Її засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, працетерапія [3].

Масаж – один з консервативних методів лікування сколіозу, який застосовується в поєднанні з лікувальною гімнастикою, плаванням і фізіотерапією. Правильно підібраний комплекс мануальних технік допомагає підвищити рухливість хребта і призупинити подальший розвиток хвороби. Процедура показана пацієнтам на будь-якій стадії недуги [1].

При лікуванні сколіозу курс масажу становить 10–15 процедур. Як показує практика, в рік потрібно проводити 3–4 курси масажу для виправлення постави. Одна процедура масажу при сколіозі триває від тридцяти і до шістдесяти хвилин [1].

Лікувальна фізична культура є одним із основних засобів фізичної реабілітації. Методика ЛФК визначається ступенем сколіозу: при сколіозі 1, 3, 4 ступенях вона спрямована на підвищення стійкості хребта, в той час як при сколіозі 2 ступеня – на корекцію деформації [1, 3]. Тому ЛФК є обов'язковим лікувальним засобом і невід'ємною складовою частиною процесу реабілітації.

З метою корекційної спрямованості заняття ЛФК проводиться в другій половині дня. Основними завданнями лікувальної фізичної культури передбачається покращити гнучкість хребта, рухливість хребта вперед, назад; бічну рухливість хребта (вліво, вправо); зміцнити силу м'язів черевного пресу, спини, бічних м'язів тулуба; покращити фізичні якості; зміцнити опорно-руховий апарат; розвиток просторової орієнтації; покращити кординацію рухів.

Методично правильне проведення занять з лікувальної фізичної культури базується на дотриманні наступних правил: індивідуальний підхід, систематичність впливу, поступовість збільшення навантаження, довготривалий час впливу [1, 3, 4].

Корекція сколіозу при виконанні фізичних вправ досягається зміною положення плечового, тазового поясу і тулуба хворого. Велике значення в поліпшенні функціонального стану і відновних процесів у дітей з початковими ступенями хвороби відіграють вправи на розслаблення. Вони виконуються з вихідного положення стоячи, сидячи і лежачи. Серед них найбільш поширеним в практиці лікування сколіозу є струшення рук, ніг і довільне розслаблення м'язів тулуба в вихідному положенні, лежачи на спині. Особливе місце на заняттях лікувальною гімнастикою займають спеціальні дихальні вправи [1].

Протипоказами до проведення ЛФК є: гострий період захворювання та його прогресуючий перебіг, сильний біль, загроза тромбоемболії, кровотеча чи можливість появи її у зв'язку з рухами, висока температура і збільшення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) понад 20–25 мм год., злоякісні пухлини [1, 7].

При лікуванні сколіозу важливе місце займає фізіотерапія, завданням якої передбачається надати загальну зміцнювальну і коригуючу дію на хребет, покращити кровообіг кістково-м'язових тканин, зміцнити м'язи спини й живота, нормалізувати функціональний стан нервово-м'язового апарату. У період статично-динамічного режиму під час носіння корсету, методами фізіотерапії є електрофорез, індуктотермія, УФО, водолікування, масаж або підводний душ-масаж [4].

Лікувальне плавання – одна з форм лікувальної фізичної культури, особливістю якої є одночасний вплив на організм людини води та активних, пасивних рухів. Фізичні вправи у воді, плавальні рухи укріплюють м'язи, зв'язки, формують правильну поставу, попереджують формування сколіозу. Хребет у дітей м'який, еластичний, у воді він формується правильно. Завдяки плаванню діти уникають розвитку порушення постави. Плавання допомагає формувати м'язовий корсет, розвиває слабкі м'язи спини, що утримують хребет у правильному положенні. Регулярні заняття плаванням сприяють загальному зміцненню здоров'я, покращують роботу серцево-судинної і дихальної системи, загартовуванню

організму. Заняття плаванням усувають порушення постави, гармонійно розвивають майже всі групи м'язів: плечового поясу, рук, грудей, живота, спини і ніг [4, 7]. Плавання є одним найефективніших методів профілактики захворювань спини, зокрема сколіозу.

Висновки. Систематизація та аналіз даних спеціалізованої методичної літератури дозволяє зробити висновки, що проблематика профілактики і лікування дітей із сколіозом опрацьована багатьма науковцями та практиками. Розглянуто причини виникнення захворювання, досліджено найбільш вразливі категорії дітей, висвітлено методики діагностування даної патології, сколіоз класифіковано за ступенем тяжкості.

Встановлено, що засоби фізичної терапії є обов'язковою складовою лікування сколіозу у дітей. Відповідна методологія масажу, ЛФК, фізіотерапії, гідротерапії відновлює фізіологічне положення хребта, сприяє зміцненню загального здоров'я, забезпечує ефективну профілактику даного захворювання.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні застосування засобів фізичної реабілітації при різних формах сколіозу.

Література

1. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия) / В. И. Дубровский. – М. : Гуманит. Изд. Центр. ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
2. Корж Н. А. Сколиотическая болезнь / Н. А. Корж, А. А. Мезенцев // Лікування та діагностика. – 2004. – № 4. – С. 9–16.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2010. – 559 с.
4. Панасюк Е. М. Загальна фізіотерапія і курортологія / Е. М. Панасюк, Я. М. Федорів, В. М. Могилевський. – Львів : Світ, 1990. – 136 с.
5. Склярєнко Є. Т. Травматологія і ортопедія : підручник / Є. Т. Склярєнко. – К. : Здоров'я, 2005. – 384 с.
6. Чаклін В. Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии / В. Д. Чаклин. – М. : Медицина, 1964. – 738 с.
7. Черкашина З. А. Травматология и ортопедия / З. А. Черкашина. – М. : Медицинское информационное агентство, 2017. – 2048 с.

References

1. Dubrovskiy V. I. Lechebnaya fizicheskaya kul'tura (kinezoterapiya) / V. I. Dubrovskiy. – M. : Gumanit. Izd. Tsentr. VLADOS, 2001. – 608 s.
2. Korzh N.A. Skolioticheskaya bolezn' / N. A. Korzh, A. A. Mezentsev // Lecheniye i diagnostika. – 2004. – № 4. – S. 9–16.
3. Mukhin V. N. Fizicheskaya reabilitatsiya: uchebnik / V. Mukhin. – M. : Olimpiyskaya literatura, 2010. – 559 s.
4. Panasyuk Ye. M. Obshchaya fizioterapiya i kurortologiya / Ye. M. Panasyuk, YA. M. Fedorov, V. M. Mogilevskiy. – L'vov: Mir, 1990. – 136 s.
5. Sklyarenko Ye. T. Travmatologiya i ortopediya: uchebnik / Ye. T. Sklyarenko. – K. : Zdorov'ye, 2005. – 384 s.
6. Chaklin V. D. Osnovy operativnoy ortopedii i travmatologii / V. D. Chaklin. – M.: Meditsina, 1964. – 738 s.
7. Cherkashina S. A. Travmatologiya i ortopediya / S. A. Cherkashina – M.: Meditsinsko-ye informatsionnoye agentstvo, 2017. – 2048 s.

ПОКРАЩЕННЯ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ТА ФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА МАСАЖУ

IMPROVEMENT OF ANTROPOMETRIC AND PHYSICAL INDICATORS IN UNLIMITED CHILDREN WITH A TREATMENTAL PHYSICAL CULTURE AND MASSAGE

Нестерчук Н. Є., Булавська М. Р.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

Метою дослідження було оцінити ефективність комплексу ранніх профілактичних заходів із застосуванням лікувальної фізичної культури для недоношених новонароджених. Педагогічне спостереження та обстеження проводилося на базі дитячої поліклініки №1 в м. Рівне. Всі діти, які брали участь у дослідженні проходили лікування у КЗ «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради. Проаналізовані основні проблеми недоношеності та шляхи покращення розвитку таких дітей. Доведено те, що недоношені діти потребують тривалого виходжування і лікування, дбайливого догляду, постійного диспансерного спостереження та корекції психосоматичних розладів. Описані основні аспекти розробки комплексу лікувальної фізичної культури та доведена його ефективність.

Ключові слова: недоношені діти, лікувальна фізична культура, масаж, фізична реабілітація.

Целью исследования было оценить эффективность комплекса ранних профилактических мероприятий с применением лечебной физической культуры для недоношенных новорожденных. Педагогическое наблюдение и обследование проводилось на базе детской поликлиники №1 в г. Ровно. Все дети, которые участвовали в исследовании проходили лечение в КЗ «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета. Проанализированы основные проблемы недоношенности и пути улучшения развития таких детей. Доказано, что недоношенные дети нуждаются в длительном выхаживании и лечении, бережном уходе, постоянного диспансерного наблюдения и коррекции психосоматических расстройств. Описаны основные аспекты разработки комплекса лечебной физической культуры и доказана его эффективность.

Ключевые слова: недоношенные дети, лечебная физическая культура, массаж, физическая реабилитация.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the complex of early preventive measures with the use of therapeutic physical culture for premature newborns. Pedagogical observation and examination was carried out on the basis of the children's polyclinic №1 in the city of Rivne. All children who participated in the study were treated at the regional hospital "Regional Perinatal Center" of the Rivne Oblast Council. The basic problems of prematurity and ways of improving the development of such children are analyzed. It is proved that preterm infants need long-term care and treatment, caring care, constant clinical supervision and correction of psychosomatic disorders. The main aspects of development of the complex of medical physical culture are described and its efficiency is proved.

Key words: preterm infants, physical therapy, massage, physical rehabilitation.

Вступ. На сьогодні в Україні серед проблем неонатології, перинатології та педіатрії однією з найбільш актуальних є проблема виходжування глибоко недоношених новонароджених та їх реабілітація з забезпеченням повноцінного життя в сім'ї та суспільстві. Цей контингент хворих, не зважаючи на те, що він не є численним, суттєво впливає на такі демографічні показники, як перинатальна, неонатальна, дитяча смертність та інвалідизація дітей в розвинених країнах світу. Показник перинатальної смертності в 2017 році становив 9,10%. Проблема є нагальною ще і тому, що національна клінічна медицина ще не має достатнього свого досвіду виходжування глибоко недоношених дітей [3, 8].

На жаль, сьогодні існує розрив між високими технологіями виходжування недоношених дітей у спеціалізованих стаціонарах та подальшим наглядом і реабілітацією їх в умовах амбулаторно-поліклінічної мережі. Тому актуальним постає питання розробки програм фізичної реабілітації недоношених новонароджених.

Аналіз результатів останніх досліджень. Аналіз науково-методичної, спеціальної літератури з проблеми дослідження довів, що на даний час сучасні досягнення репродуктивних технологій (зокрема екстракорпоральне запліднення, штучне пролонгування патологічної вагітності, досягнення в первинній реанімації новонароджених та інтенсивній терапії в неонатології) обумовили як підвищення частоти передчасних пологів, так і збільшення числа

виживання глибоко недоношених дітей. Такі немовлята потребують тривалого виходжування і лікування, дбайливого догляду, постійного диспансерного спостереження та корекції психосоматичних розладів [2, 6]. Розвиток недоношеної дитини протягом першого року життя безпосередньо залежить від правильно і своєчасно проведеної фізичної реабілітації. Водночас, відсутність послідовності та єдиного науково обґрунтованого підходу до ведення таких пацієнтів часто приводить до призначення діаметрально протилежних схем лікування та реабілітації. Гіпердіагностика і невіправдано агресивна терапія обертається для дітей надмірною стимуляцією, а вичікувальна тактика часто, навпаки, призводить до пізнього початку лікування [1, 5, 9].

Мета дослідження – оцінити ефективність комплексу ранніх профілактичних заходів із застосуванням лікувальної фізичної культури для недоношених новонароджених.

Завдання дослідження – дослідити позитивний вплив засобів фізичної реабілітації, зокрема лікувальної фізичної культури та провести аналіз її ефективності.

Методи й організація дослідження. Для проведення дослідження були використані наступні методи: клінічні: антропометричні дані дітей, фізичні показники, частота і тривалість захворювань; соціологічні (анкетування).

Дослідження проводилось на базі дитячої поліклініки №1 в м. Рівне. Всі діти, які брали участь у дослідженні проходили лікування у КЗ «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради і після виписки у даному закладі проводився огляд у катamnестичному кабінеті.

Були проаналізовані диспансерні картки хворих 20 дітей, з яких ми відібрали 4 недоношених дітей, ідентичних по своїм показникам та розподілили на дві групи: контрольна група: діти, лікування яких проводилось лише медикаментозно в стаціонарі, а після виписки засоби фізичної реабілітації не застосовувались, основна група: діти, лікування яких проводилось медикаментозно в стаціонарі, а після виписки додому застосовувались методи фізичної реабілітації, а саме лікувальна фізична культура.

Результати дослідження та їх обговорення. Перший рік життя – найвідповідальніший

етап розвитку дитини, особливо народженої передчасно. Науковці стверджують, що від того, як вона зможе пристосуватися до нових умов життя (поза материнським організмом), подолати порушення в стані здоров'я, залежить благополуччя і гармонія її розвитку. Поряд з цим, на першому році життя організм дитини пластичний, володіє великими потенційними можливостями до відновлення пошкоджених та затриманих у своєму розвитку функцій органів і систем.

Основні засоби фізичної реабілітації недоношених дітей на першому році життя це лікувальна фізична культура і масаж, які ґрунтуються на фізіологічних особливостях організму дітей: недостатнє дозрівання кори головного мозку до моменту народження, незрілість його структур, недосконалість дихальної функції, низькі адаптаційні можливості до умов зовнішнього середовища, що змінюється. В перші місяці життя у недоношених дітей можуть відмічатись понижений тонус м'язів, загальна в'язість, малорухомість, слабо виражені безумовні рефлекси або навіть їх відсутність. У деяких дітей у віці 2–3 місяці починають переважати процеси збудження: можуть спостерігатись порушення сну, підвищений тонус м'язів, значна рухова активність [4, 7, 10].

У зв'язку з пониженою опірністю організму більшість недоношених дітей більш схильні до гострих респіраторних вірусних інфекцій. У них розвиваються ускладнення.

Комплекс лікувальної фізичної культури для недоношених дітей був розроблений з урахуванням їх фізіологічних особливостей, а також даних сучасної науки про нормалізацію важливих функцій організму внаслідок оздоровлення психіки і нервово-м'язового апарату. Встановлено, що лікувальна фізична культура позитивно впливає на ЦНС, органи дихання, кровообіг, сприяє загартуванню організму – тренує теплорегуляційні механізми, підвищує опірність організму недоношених дітей.

Крім того, лікувальна фізична культура і масаж сприяли більш швидкій нормалізації м'язового тонусу, відновленню безумовних рефлексів, покращенню емоційного стану, у них раніше з'являлася усмішка, гуління, вони раніше починали слідкувати за предметами що

рухаються. Такі діти швидше наздоганяли в психомоторному розвитку своїх доношених однолітків, з якими заняття з фізичної реабілітації не проводилися.

На першому році життя дитини відбувається становлення її психомоторного розвитку. В перші тижні рухи дитини хаотичні. До 3-4 місячного віку тонус м'язів-згиначів рук і ніг підвищений, зв'язку з чим руки і ноги дитини зігнуті в суглобах. Поступово рухи вдосконалюються. Спочатку з'являються координовані рухи голови, плечового поясу, рук, потім рухи в горизонтальному положенні у вигляді повороту на бік, на живіт, на спину, повзання. Одночасно відбувається розвиток хапання, опори рук, ніг, сидіння, стояння і ходьби. Рухи сприяють укріпленню опорно-рухового апарату,

тому без руху дитина не може нормально розвиватися.

На кожному віковому етапі застосовують ті вправи, до яких в даному віці нервово-м'язовий апарат дитини готовий. Фізична реабілітація на тому, о на першому році життя організм дитини володіє великими потенційними можливостями до відновлення пошкоджених або затриманих в своєму розвитку функцій органів і систем.

Щоб довести ефективність запропонованих комплексів лікувальної фізичної культури та масажу, було проведено спостереження протягом 6 місяців та обстеження недоношених дітей. Спостереження дітей починалось із 3 місячного віку. Лікувальний масаж виконувався курсами 10 днів 3 рази, через місяць, а всі інші вправи щоденно (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Результати обстеження антропометричних показників дітей

Показники	Етапи дослідження	Контрольна група		Основна група	
		1 дитина	2 дитина	1 дитина	2 дитина
Вага	на початку	2110	2150	2050	2100
	наприкінці	5400	5490	5740	5850
Зріст	на початку	44	45	49	47
	наприкінці	60	58	65	67
Об'єм голови	на початку	32	31,5	31	32
	наприкінці	38,5	40	40	43
Об'єм грудної клітки	на початку	28	29	28,5	30
	наприкінці	36	38	39	41,5

Таблиця 2

Результати обстеження фізичних показників дітей

Групи	Фізичні показники
Контрольна група	Самостійно тримають голову у 3,5 місяці
	Самостійно перевертаються в 5 місяців
	Самостійно сидять в 7,5 місяця
Основна група	Самостійно тримають голову у 3 місяці
	Самостійно перевертаються в 4 місяці
	Самостійно сидять в 6,5 місяця

Усі недоношені діти відстають у фізичному розвитку від доношених однолітків. Дані результатів обстеження свідчать про те, що застосування фізичної реабілітації допомагають недоношеним діткам не відставати у фізичному стані. Діти основної групи мають кращі показники в прирості маси тіла, росту,

окружності голови і грудей, швидше почали тримати голову, перевертатись і сидіти ніж діти з контрольної групи, де фізична реабілітація не застосовувалась.

Важливо відмітити, що стимуляція психомоторного розвитку поступово здійснювалася по тим же етапам і в тій же послідовності, що

і в здорових доношених дітей. Якщо для здорових доношених дітей фізична реабілітація має суттєве значення, то для більш швидкого відновлення здоров'я хворих воно абсолютно необхідно.

Висновки. Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновки, що лікувальна фізична культура та масаж позитивно впли-

вають на розвиток недоношених дітей. У недоношених дітей, з якими займалися фізичною реабілітацією, в 2–3 рази рідше виникали респіраторні вірусні інфекції, швидше нормалізувався м'язовий тонус, поліпшувався емоційний стан: діти раніше починали посміхатися, стежити за рухомими предметами.

Література

1. Бомбардірова Е. П. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни / Е. П. Бомбардірова, Г. В. Яцык, А. А. Степанов // *Лечащий врач*. – 2005. – № 2. – С. 67–69.
2. Василенко Е. В. Основные направления физической реабилитации недоношенных детей с перинатальными поражениями нервной системы / Е. В. Василенко // *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. – Вип. 18. – 275 с.
3. Василенко Е. В. Физическая реабилитация при поражениях опорно-двигательного аппарата у недоношенных детей, заболевших рахитом / Е. В. Василенко // *Спортивный вестник Приднепровья : науч.-практ журн. Днепропетровский гос. ин-т физической культуры и спорта*. – 2015. – № 3. – С. 205–208.
4. Дудіна О. О. Характеристика стану здоров'я дитячого населення / за ред. О. Квіташвілі // *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік – МОЗ України ; ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2015. – 460 с.
5. Козьявкін В. І. Метод Козьявкіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / В. І. Козьявкін // *Посібник реабілітолога*. – Львів–Трускавець, 2011. – 240 с.
6. Красикова И. С. Массаж и гимнастика для детей от рождения до трех лет / И. С. Красикова – СПб.: Корона, 2000. – 230 с.
7. Красикова И. С. Дитячий масаж. Масаж і гімнастика для дітей від народження до трьох років / И. С. Красикова. – Київ, 2000. – 180 с.
8. Педиатрия : учеб. для мед. вузов / под ред. Н. П. Шабалова. – СПб. : Спецлит, 2003. – 893 с.

References

1. Bombardirova E. P. Lechenie i reabilitaciya perinatal'nyh porazhenij nervnoj sistemy u detej pervyh mesyacev zhizni / E. P. Bombardirova, G. V. Yacyk, A. A. Stepanov // *Lechashchij vrach*. – 2005. – № 2. – S. 67–69.
2. Vasilenko E. V. Osnovnye napravleniya fizicheskoy rehabilitacii nedonoshennyh detej s perinatal'nymi porazheniyami nervnoj sistemy / E. V. Vasilenko // *Molodizhnij naukovij visnik Skhidnoevropejs'kogo nacional'nogo universitetu imeni Lesi Ukrainki*. – Luc'k : Skhidnoevrop. nac. un-t im. Lesi Ukrainki, 2015. – Vip. 18. – 275 s.
3. Vasilenko E. V. Fizicheskaya reabilitaciya pri porazheniyah oporno-dvigatel'nogo apparata u nedonoshennyh detej, zabolevshih rahitom / E. V. Vasilenko // *Sportivnij vestnik Dnepropetrovskij gos. in-t fizicheskoy kul'tury i sporta*. – 2015. – № 3. – S. 205–208.
4. Dudina O. O. Kharakterystyka stanu zdorovia dytiachoho naseleennia / za red. O. Kvitashvili // *Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemicnu situatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2014 rik – MOZ Ukrainy ; DU «UISD MOZ Ukrainy»*. – K., 2015. – 460 s.
5. Koziavkin V. I. Metod Koziavkina – systema intensyvnoi neurofiziolohichnoi reabilitatsii / V. I. Koziavkin // *Posibnyk reabilitoloha*. – Lviv–Truskavets, 2011. – 240 s.
6. Krasikova I. S. Massazh i gimnastika dlya detej ot rozhdeniya do trekh let / I. S. Krasikova – Spb.: Korona, 2000. – 230 s.
7. Krasikova I. S. Dytiachyi masazh. Masazh i himnastyka dlia ditei vid narodzhennia do trokh rokov / I. S. Krasikova. – Kyiv, 2000. – 180 s.
8. *Pediatrica : ucheb. dlya med. vuzov / pod red. N. P. SHabalova*. – SPb. : Speclit, 2003. – 893 s.
9. Porada A. M. Osnovy fizychnoi reabilitatsii / A. M. Porada. – K. : Medysyna, 2008. – 246 s.

9. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада. – К. : Медицина, 2008. – 246 с.

10. Яцык Г. В. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей / Г. В. Яцык. – М. : Педагогика-Пресс, 2002. – 95 с.

10. Yacyk G. V. Algoritmy diagnostiki, lecheniya i rehabilitacii perinatal'noj patologii malovesnyh detej / G. V. Yacyk. – M. : Pedagogika-Press, 2002. – 95 s.

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУТУВАННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

THE OBJECTIVE OF THE STUDY IS TO JUSTIFY THE APPLICATION OF DOWN SYNDROME CHILDREN PHYSICAL REHABILITATION

Нестерчук Н. Є., Осіпчук І. О.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

Метою дослідження є обґрунтувати застосування фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна. Методами дослідження є аналіз літературних джерел, системний аналіз та синтез, методи аналогій, узагальнення та абстрагування. У статті висвітлено теоретичне підґрунтя впровадження фізичної реабілітації при синдромі Дауна, аналізується досвід провідних фахівців, визначені та обґрунтовані особливості розвитку у дітей з синдромом Дауна. Основний акцент зроблений на програму «Маленькі сходинки», на особливості поєднання традиційних засобів реабілітації та альтернативних методів у процесі роботи з даною категорією дітей.

Ключові слова: фізична реабілітація, синдром Дауна, діти, програма «Маленькі сходинки», альтернативні методи.

Целью исследования является обосновать применение физической реабилитации детей с синдромом Дауна. Методами исследования является анализ литературных источников, системный анализ и синтез, методы аналогий, обобщения и абстрагирования. В статье освещены теоретические основы применения физической реабилитации при синдроме Дауна, анализируется опыт ведущих специалистов, определены и обоснованы особенности развития у детей с синдромом Дауна. Основной акцент сделан на программу «Маленькие ступеньки», особенности сочетания традиционных средств реабилитации и альтернативных методов в процессе работы с данной категорией детей.

Ключевые слова: физическая реабилитация, синдром Дауна, дети, программа «Маленькие ступеньки», альтернативные методы.

The objective of the study is to justify the application of Down syndrome children physical rehabilitation. Methods of the study are analysis of the literature sources, systems analysis and synthesis, analogue, generalization, and abstraction methods. This article covers theoretical basis for the implementation of Down syndrome physical rehabilitation, analyses experience of the leading experts, defines and justifies Down syndrome children's development experiences. The article focuses on the program «Little Steps», peculiarities of the combination of the traditional means for rehabilitation and alternative methods when working with the category of children

Key words: Down syndrome, physical rehabilitation, children, the program «Little Steps», alternative methods.

Вступ. Проблема дітей з обмеженими можливостями, до категорії яких належать особи із синдромом Дауна, є одним з актуальних соціальних питань нашого суспільства.

Визнання Україною конвенції ООН про права дитини та Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей посилює увагу громадськості до проблем дітей із особливими потребами, викликало необхідність створення умов для їх інтеграції в систему сучасних суспільних відносин. Це зумовило необхідність пошуку шляхів інтеграції в суспільство осіб із порушеннями психофізичного розвитку, зокрема з синдромом Дауна [7].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. За останні роки кількість дітей з синдромом Дауна значно зросла. У зв'язку з цим, з'явилися роботи таких авторів як: Левченко І. Ю., Нестерової Г. Ф., Мастюкова Е. М., Ткачова В. В. Вони розглядають необхідність активного вивчення проблем сім'ї, адаптації їх у соціумі, оскільки ізольованість їх від суспільс-

тва становить більше ніж 80 % дітей. Діти з особливими потребами проживають у сім'ях, які не отримують цілеспрямованої допомоги і підтримки [11].

Частота народжуваності дітей з синдромом Дауна в середньому становить 1 випадок на 600–700 новонароджених. Згідно зі звітом Центру медичної статистики МОЗ України, щорічно реєструються 400–450 дітей із встановленим синдромом Дауна у віці до 1-го року [14].

Поглиблення негативних тенденцій у дитячому середовищі потребує від науковців, педагогів, громадськості глибокого дослідження проблем комплексної реабілітації, розробки концептуальних, змістовних і технологічних аспектів розвитку життєвої та соціальної компетентності дітей з особливими потребами, відновлення фізичного, психічного, морального здоров'я дітей, інтеграції їх у демократичне суспільство.

Як зазначає Левченко І. Ю., проблеми реабілітації і соціальної адаптації дітей з даною категорією пов'язані з низкою факторів: недостатньою кількістю наукових досліджень;

практично відсутністю методичних розробок в області фізичної реабілітації та корекційно-розвиваючої роботи; немає визначених і створених в установах спеціальних психолого-педагогічних умови, які відповідають особливостям розвитку таких дітей; немає розробленої рекомендації щодо інтеграції дітей з синдромом Дауна [12, 15].

Одержані дані достатньо вагомі, однак у проблемі пошуку ефективних шляхів соціальної адаптації дітей із синдромом Дауна залишається низка питань, пов'язаних з розвитком комунікативних умінь, які забезпечують включення дітей з даною патологією в соціум.

Мета дослідження – обґрунтувати застосування фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна.

Завдання дослідження: провести аналіз та дати оцінку ефективності програми фізичної реабілітації при синдромі Дауна.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, системний аналіз та синтез, методи аналогій, узагальнення та абстрагування.

Результати дослідження та їх обговорення. Синдром Дауна – це генетичне захворювання, яке характеризується аномалією (потроєнням) 21 пара хромосом, недоумством і характерними зовнішніми ознаками (розкосі очі, пласке обличчя, одна поперечна складка на долоні, відносно низький зріст, великий язик).

Вперше синдром Дауна був описаний в 1866 році англійським лікарем Джоном Ленгдон Дауном, як розумова відсталість, що поєднується з характерними зовнішніми ознаками, а в 1959 році вчений Жером Лежен визначив його генетичну природу. У дівчаток і хлопчиків синдром Дауна зустрічається однаково часто [18].

Вчені більш схильні вбачати у головній причині частоти народження дітей із синдромом Дауна вік батьків. Напевно, першою людиною, яка звернула увагу на зв'язок між ста-

ршим віком матері та частотою народжень дітей з синдромом Дауна, був Шатлворт. Датське дослідження, проведене доктором Остером, показало незвичний розподіл частоти народження дітей з синдромом Дауна у матерів з різним віком [3, 5].

Численні дослідження свідчать про наступне співвідношення віку матерів та частоти народження дітей з синдромом Дауна: 15–19 років – 1 випадок на 2300 народжень; 20–24 років – 1 на 1600 народжень; 25–29 років – 1 на 1200; 30–34 роки – 1 на 870; 35–39 років – 1 на 300; 40–44 роки – 1 на 80; після 45 років цей показник становить 1 випадок на 45 народжень. Ці цифри показують динаміку зростання частоти синдрому Дауна з віком матері [16].

На сучасному етапі, науковці виділяють понад п'ятдесят клінічних симптомів синдрому Дауна, однак усі вони рідко спостерігаються в однієї людини [9].

Аналіз науково-методичної, спеціальної літератури з проблеми даної патології показав, що у 90 % дітей раннього віку спостерігається значне відставання в розвитку рухової діяльності порівняно з дітьми норми. При цьому більшість авторів відмічають достатньо повільне проходження всіх стадій розвитку рухових функцій [1]. Однак ряд дослідників, зокрема Лаутеслагер, виявили якісні і кількісні відмінності рухового розвитку дітей із синдромом Дауна від дітей без порушень фізичного розвитку. Так для немовлят із синдромом Дауна характерні гіпотонія, підвищена рухливість суглобів. Крім того, в ранньому дитинстві у них спостерігається запізнення появи і угасання безумовних рефлексів. Ці атипові прояви стають особливо помітними наприкінці першого року життя [14]. У (табл. 1) приведені результати дослідження Цветкової Л. С. [7, 20], що показують в якому віці опановують основні моторні навички звичайні діти та діти з синдромом Дауна.

Таблиця 1

Оволодіння основними моторними навичками

Основні навички	Діти з синдромом Дауна (місяці)	Звичайні діти (місяці)
Перекочуються	8	5
Сидять самостійно	10	7
Повзають	12	8
Пересувається рачки	15	10
Стоять	20	11
Ходять	24	13

Пріоритетними напрямками лікування та подальшої реабілітації таких дітей є цілеспрямована робота з батьками. Після того, як дитині поставили діагноз синдром Дауна, батькам слід згодом швидше залучити маля до початкових освітніх програм [2, 13].

Такі програми пропонують батькам спеціальні інструкції: як розвивати та стимулювати в дитини мовлення, допомагати пізнавати світ, формувати навички самообслуговування та соціальні навички, виконувати особливі вправи для розвитку моторики.

Дослідження підтвердили, що правильна стимуляція на початковому етапі розвитку підвищує шанси дитини розкрити свій потенціал. Як зазначив Вертелецький В. Є., народження дитини з синдромом Дауна покладає значні обов'язки на сім'ю. Тому необхідне комплексне вирішення існуючої проблеми з залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів і батьків, які спільними діями мають покращити якість життя дитини з синдромом Дауна [7 11].

В Україні є досить добре відпрацьована програма «Маленькі сходинки». Вихід в світ даної програми - це один з перших кроків на шляху впровадження програм раннього втручання в Україні, започаткованого Українсько-Американською програмою запобігання вродженим вадам розвитку і успішно реалізованого нами в партнерстві з Міжнародним благодійним фондом «ОМНІ-МЕРЕЖА ДЛЯ ДІТЕЙ» [17].

В основі програм раннього втручання є дотримання прав людини, права дитини на сім'ю і права на розвиток. Програма містить наочні матеріали, які демонструють важливі прийоми і вправи для зміцнення м'язів і оволодіння основними навичками. Використання батьками під контролем спеціалістів цієї програми для реабілітації дітей з обмеженими можливостями забезпечує єдиний важливий механізм індивідуального розвитку і навчання цих особливих дітей.[9].

Навчання індивідуально розробленій програмі покриває різноманітні ділянки розвитку, координацію рухів рук та очей, розуміння того, що говорять інші, розвиток великих м'язів тіла, висловлювання дитиною своїх почуттів та потреб, її здатність до спільних ігор і спілкування, а також навички з самообслуговування.

Досліджуючи програму «Маленькі сходинки», ми можемо визначити такі критерії ефективності програми:

- удосконалення наявних та розвиток нових умінь, навичок рухових функцій;
- готовність до варіативного застосування набутих умінь, навичок, формування альтернативного переміщення при порушенні моторних функцій;
- збереження наявного та зміцнення загального здоров'я дитини;
- мотивація дитини до активної навчальної та рухової діяльності [14].

Під час аналізу різних програм ми звернули увагу на те що саме програма «Маленькі сходинки» є досить унікальна та доступна серед інших програм оскільки вона охоплює не лише фізичну реабілітацію а і інші сфери розвитку:

- розвиток спілкування (навчання мовлення в довербальний період та у вербальний період);
- розвиток загальної моторики (самостійно сидіти, повзати, ходити, лазити, ловити м'яч, кататися на велосипеді);
- розвиток дрібної моторики (здатність дивитися, уміння хапати фіксування предметів, уміння класти речі у відповідні місця, уміння маніпулювати речами, малювання, навички користування книгою розгадування загадок та головоломок, робота з предметами та малюнками, підготовка до школи);
- сприйняття мовлення (уміння слухати і зосереджувати увагу на мовленні співбесідника, уміння реагувати на жести і виконувати прості вказівки, уміння реагувати на вказівки, що включають слова, які позначають місце розташування, розуміння граматичних особливостей);
- самообслуговування та соціальні навички (навички самостійно їсти й пити, користуватися туалетом, одягатися, вмиватися, а також уміння взаємодіяти з оточенням і грати як наодинці, так і в групі) [17, 19].

Під час теоретичного дослідження було виявлено що важливим етапом, у роботі з дітьми даної категорії, є поєднання альтернативних і традиційних методів реабілітації що дозволяють отримувати ефективніші результати. Серед них ми визначили такі альтернативні методи фізичної реабілітації: дельфінотерапія,

іпотерапія, музикотерапія, казкотерапія, ігрова терапія, танцювально-рухова терапія і піскова терапія.

Науковці зазначають, що альтернативні методи реабілітації можуть виконувати певні функції: виховну, діагностичну, розвивальну, корекційну та інші. Саме тому можна говорити про застосування цих методів. На сьогодні ці методи визначаються як сучасні технології навчання та виховання дітей і, метою якої є соціальна адаптація [6, 18].

Застосування альтернативних методів для дітей з синдромом Дауна передбачає обов'язкове врахування особливостей дитини, тому слід підбирати та комбінувати різновиди цієї технології [19].

Згідно літературним джерелам, альтернативні методи розвивають у дитини творчі, комунікативні та інтелектуальні здібності, покращується моторика тіла, тренується пам'ять, увага, концентрація. Є всі умови для подолання соціальних бар'єрів та можливість відчутти себе повноцінною частинкою суспільства [6].

Висновки. Виходячи з огляду літературних джерел можна з впевненістю говорити про актуальність застосування засобів фізичної реабілітації особливо при поєднанні з альтерна-

тивними методами а саме анімалотерапії та сенсорних стимулів.

Проаналізувавши програму «Маленькі сходинки» ми можемо обумовити її тим, що вона добре сприяє навикам загальної моторики, виховання психомоторних навичок, соціальну адаптацію, корекцію мовних функцій. У процесі застосування програми максимально використовується механічна пам'ять хворих, здатність до сприйняття того що оточує дитину, відносно збереження емоцій і здібність до наслідування. Також дана програма відзначилась тим, що активно залучає батьків до розвитку дитини.

Визначено, що основне завдання при створенні системи допомоги дітям з синдромом Дауна та їхнім сім'ям – це сімейно-соціальна адаптація. Виходячи з праць Виготського Л.С., потрібно розвивати дитину, не виправляючи її окремі недоліки, а створюючи реальні життєві ситуації, спрямовані на зміцнення і розвиток притаманні даній особистості.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці практичних рекомендацій щодо сучасних підходів у застосування фізичної реабілітації та комплексних програм, спрямованих на соціальну адаптацію дітей з синдромом Дауна.

Література

1. Абраменкова В. В. Совместная деятельность дошкольников как условие развития познавательной сферы / В. В. Абраменко // Вопросы психологии. – 2003. – № 5. – 4 с.
2. Абрамов В. В. Фізична реабілітація, спортивна медицина : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич. – Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. – 456 с.
3. Бігуняк Т. В. Сучасні погляди на причини та фенотипові прояви синдрому Дауна / Т. В. Бігуняк // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2008. – № 1(8). – 4 с.
4. Бойко Г. М. Підготовка підлітків із синдромом Дауна до психосоціальної інтеграції в суспільство / Г. М. Бойко; дисертація канд. психол. наук: 19.00.08 / Інститут спеціальної педагогіки АПН України. – К., 2003.
5. Вісковатова Т. П. Формування і розвиток розумових здібностей у дітей молодшого шкільного віку із затримкою фізичного розвитку / Т. П. Вісковатова, О. Лесько, С. Решетило,

References

1. Abramenkova V. V. Sovmestnaia deiatelnost doshkolnykov kak uslovye razvytyia poznatelnoi sfery / V. V. Abramenko // Voprosy psikhologii. – 2003. – № 5. – 4 s.
2. Abramov V. V. Fizychna rehabilitatsiia, sportyvna medytsyna : pidruchnyk dlia stud. vyshchikh med. navch. zakladiv / V. V. Abramov, V. V. Klapchuk, O. B. Nekhanevych. – Dnipropetrovsk, Zhurfond, 2014. – 456 s.
3. Bihuniak T. V. Suchasni pohliady na prychny ta fenotypovi proiavy syndromu Dauna / T. V. Bihuniak // Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny. – 2008. – № 1(8). – 4 s.
4. Boiko H. M. Pidhotovka pidlitkiv iz syndromom Dauna do psykhosotsialnoi intehtratsii v suspilstvo / H. M. Boiko; dysertatsiia kand. psykol. nauk: 19.00.08 / Instytut spetsialnoi pedahohiky APN Ukrainy. – K., 2003.
5. Viskovatova T. P. Formuvannia i rozvytok rozumovykh zdibnostei u ditei molodshoho shkilnoho viku iz zatrymkoiu fizychnoho rozvytku / T. P. Viskovatova, O. Lesko, S. Reshetylo,

В. Трач // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 11. – Т. 2. – Львів, 2007. – 4 с.

6. Вознесенська О. Л. Особливості арт-терапії як методу / О. Л. Вознесенська // Психолог. – 2005. – № 10. – 2 с.

7. Волкова С. С. Фізична реабілітація дітей 3–6 років з синдромом Дауна / С. С. Волкова, Є. В. Готалевич // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2009. – № 6. – 2 с.

8. Воронцова М. В. Адаптація и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / М. В. Воронцова, Т. А. Дубровская, В. С. Кукушин.; Рос. гос. соц. ун-т. – Таганрог : РГСУ, 2009. – 290 с.

9. Жиянова П. Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи / П. Л. Жиянова. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2006. – 288 с.

10. Ковтун Р. А. Особливості структури психологічного недорозвитку дітей з синдромом Дауна / Р. А. Ковтун // Науковий вісник Миколаївського державного університету В. О. Сухомлинського: Збірник наукових праць за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової – Т.2. - вип.5. – Миколаїв : МДУ імені В. О. Сухомлинського, 2010. – 15 с.

11. Ковтун Р. А. Програма розвитку комунікативних здібностей у дітей з синдромом Дауна / Р. А. Ковтун // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – Харків : ХНПУ, 2010. – Вип. 36. – 8 с.

12. Ковтун Р. А. Психологічні особливості проявів комунікативних здібностей дітей 6–11 років з синдромом Дауна : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психологічних наук : спец. 19.00.08 "Спеціальна психологія" / Р. А. Ковтун. – Одеса, 2011. – 19 с.

13. Ковтун Р. А. Синдром Дауна та причини його виникнення / Р. А. Ковтун // Вісник Одеського університету. Психологія. Том 15. Випуск 16. – 2010. – 6 с.

14. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения / П. Лаутеслагер. – М. : «Монолит», 2003. – 356 с.

15. Левченко И. Ю. Современные проблемы психологического сопровождения детей с тяжёлыми нарушениями развития / Левчен-

V. Trach // Moloda sportyvna nauka Ukrainy: zb. naukovykh prats z haluzi fizychnoi kultury ta sportu. Vyp. 11. – Т. 2. – Lviv, 2007. – 4 с.

6. Voznesenska O. L. Osoblyvosti art-terapii yak metodu / O. L. Voznesenska // Psykholoh. – 2005. – № 10. – 2 с.

7. Volkova S. S. Fizychna rehabilitatsiia ditei 3–6 rokov z syndromom Dauna / S. S. Volkova, Ye. V. Hotalevych // Pedagogika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu. – Kharkiv: KhDADM (KhKhPI), 2009. – № 6. – 2 с

8. Vorontsova M. V. Adaptatsiia y reabyltatsiia detei s ohranychennymy vozmozhnostiamy zdorovia / M. V. Vorontsova, T. A. Dubrovskaiia, V. S. Kukushyn.; Ros. hos. sots. un-t. – Tahanroh : RHSU, 2009. – 290 s.

9. Zhyianova P. L. Semeino-tsentryrovannaia model rannei pomoshchy / P. L. Zhyianova. – М. : Blyhotvorytelnyi fond «Daunsaid Ap», 2006. – 288 s.

10. Kovtun R. A. Osoblyvosti struktury psykholohichnoho nedorozvytku ditei z syndromom Dauna / R. A. Kovtun // Naukovyi visnyk Mykolaiivskoho derzhavnoho universytetu V. O. Sukhomlynskoho: Zbirnyk naukovykh prats za red. S. D. Maksymenka, N. O. Yevdokymovoi – Т.2. – vyp.5. – Mykolaiv : MDU imeni V. O. Sukhomlynskoho, 2010. – 15 с.

11. Kovtun R. A. Prohrama rozvytku komunikatyvnykh zdbnostei u ditei z syndromom Dauna / R. A. Kovtun // Visnyk Kharkivskoho natsionalnoho pedagogichnoho universytetu imeni H. S. Skovorody. Psykholohiia. – Kharkiv : KhNPU, 2010. – Vyp. 36. – 8 с.

12. Kovtun R. A. Psykholohichni osoblyvosti proiaviv komunikatyvnykh zdbnostei ditei 6–11 rokov z syndromom Dauna : avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. psykholohichnykh nauk : spets. 19.00.08 "Spetsialna psykholohiia" / R. A. Kovtun. – Odesa, 2011. – 19 s.

13. Kovtun R. A. Syndrom Dauna ta prychny yoho vynyknennia / R. A. Kovtun // Visnyk Odeskoho universytetu. Psykholohiia. Tom 15. Vypusk 16. – 2010. – 6 с.

14. Lauteslaher P. Dvyhatelnoe razvytye detei ranneho vozrasta s syndromom Dauna. Problemy y resheniia / P. Lauteslaher. – М. : «Monolyt», 2003. – 356 s.

15. Levchenko Y. Yu. Sovremennye problemy psykholohycheskoho soprovozhdeniia detei s tiazhelymy narusheniiamy razvytyia /

- ко И. Ю. // Коррекционная педагогика. – 2012. – № 4(52). – 2 с.
16. Макаρχук Н. О. Особистісна саморегуляція підлітків з порушеннями розумового розвитку: Монографія / Н. О. Макаρχук. – К. : Фенікс, 2014. – 448 с.
17. Мойра Пітерсі. Програма раннього втручання для дітей із затримкою розвитку. Маленькі сходинки / [Мойра Пітерсі, Робін Трелоар, Сью Кейнс, Діона Утер, Еріка Брар]. – Луцьк : Вісник, 2006. – 80 с.
18. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник / О. Б. Нагорна. – Рівне, 2012. – 99 с.
19. Садова І. І. Арт-терапія як сучасний метод у системі соціальної роботи педагога з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку / І. І. Садова // Актуальні питання корекційної освіти. – 2012. – №. 3. – С. 197–205.
20. Цветкова Л. С., Семенович А. В., Котягина С. Н., Гришина Е. Г. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста : Учебное пособие. / Под ред. Л. С. Цветковой. – М. : МПСИ, Воронеж : НПО «МОДЭК», 2001. – 272 с.
- Levchenko Y. Yu. // Korrektsyonnaia pedahohyka. – 2012. – № 4(52). – 2 с.
16. Makarchuk N. O. Osobystisna samorehuliatytsiia pidlitkiv z porushenniamy rozumovoho rozvytku: Monohrafiia / N. O. Makarchuk. – K. : Feniks, 2014. – 448 s.
17. Moira Piteresi. Prohrama rannoho vtruchannia dlia ditei iz zatrymkoiu rozvytku. Malenki skhodynky / [Moiria Piteresi, Robin Treloar, Siu Keins, Diona Uter, Erika Brar]. – Lutsk : Visnyk, 2006. – 80 s.
18. Nahorna O. B. Osoblyvosti korektsiino-vykhovnoi roboty z ditmy z osoblyvymy osvitynymy potrebamy: navchalno-metodychnyi posibnyk / O. B. Nahorna. – Rivne, 2012. – 99 s.
19. Sadova I. I. Art-terapiia yak suchasnyi metod u systemi sotsialnoi roboty pedahoha z ditmy z porushenniamy psykhofizychnoho rozvytku / I. I. Sadova // Aktualni pytannia korektsiinoi osvity. – 2012. – №. 3. – S. 197–205.
20. Tsvetkova L.S., Semenovych A. V., Kotiahyna S. N., Hryshyna E. H. Aktualnye problemy neiropsykhologyy detskoho vozrasta : Uchebnoe posobyе. / Pod red. L. S. Tsvetkovoі. – M. : MPSY, Voronezh : NPO «MODЭК», 2001. – 272 s

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ

PHYSICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH SCOLIOSIS

Нестерчук Н. Є., Пацаловський П. А.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотації

В статті розглянуто вплив на здоров'я людини стану опорно-рухового апарату, а також розроблена програма фізичної реабілітації та профілактика сколіотичної хвороби у дітей зважаючи на їхні індивідуальні особливості.

Ключові слова: сколіоз, класифікація, фізична реабілітація, корегуючі вправи, рухальні тести, лікувальне плавання, діти.

В статье рассмотрено влияние на здоровье человека состояния опорно-двигательного аппарата, а также разработана программа физической реабилитации и профилактики сколиотической болезни у детей в зависимости от их индивидуальных особенностей.

Ключевые слова: сколиоз, классификация, физическая реабилитация, корригирующие упражнения, двигательные тесты, лечебное плавание, дети.

The article deals with the impact on the human health of the musculoskeletal system, as well as the program of physical rehabilitation and the prevention of scoliosis in children due to their individual characteristics.

Key words: scoliosis, classification, physical rehabilitation, correcting exercises, movement tests, medical swimming, children.

Вступ. Стан опорно-рухового апарату (скелета, суглобів, зв'язок і м'язів) надає безпосередній вплив на здоров'я людини. Особливо це важливо для організму дитини молодшого шкільного віку, що росте найбільш інтенсивно [12, 14].

Початок шкільного життя різко змінює характер діяльності дитини. Йому доводиться по декілька годин на день сидіти нерухомо за партою, внаслідок чого хребет піддається значним статичним навантаженням, при одночасному зниженні рухової активності. Тривале сидіння в одній і тій же позі створює серйозні передумови для деформації хребта. Неправильне сидіння за партою, невідповідність меблів зросту дитини, звичка носити портфель в одній руці призводять до порушень постави [12, 28].

Порушення постави є однією з ортопедичних патологій, що найчастіше трапляються у дітей і підлітків. Вони становлять 90 % усіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи школярів. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5–6 осіб з тисячі це сколіоз [18, 26].

Сколіотична хвороба належить до найбільш складних проблем сучасної ортопедії. Це захворювання характеризується цілим комплексом типових морфологічних, рентгенологічних змін хребта, грудної клітки, тазу, внутрішніх органів.

Проте, крім морфологічних, змін хребта при сколіотичній хворобі, наголошуються також функціональні, оборотні зміни. Сьогодні,

коли телевізор і комп'ютер поступово витісняють спорт з життя дітей, а в школі вчителі через велику завантаженість не звертають особливої уваги на те, як сидить дитина за партою, дослідження цієї проблеми стало особливо актуальним [2, 3, 6].

При порушеннях постави скелет деформується, навантаження на суглоби, зв'язки, м'язи розподіляється неправильно, від чого страждає весь опорно-руховий апарат, погіршується ресорна функція хребта. Зниження ресорної функції хребта призводить до постійних мікротравм головного і спинного мозку під час ходьби, бігу та інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується зниженням працездатності.

Крім того, при наявності дефектів постави внутрішні органи можуть відхилятися від нормального положення і затискуватися іншими органами і тканинами. При порушенні положення хребта відбувається затискання тих чи інших черепних або спинномозкових нервів, порушується циркуляція спинномозкової рідини, що робить негативний вплив на весь організм [7, 12, 19].

Порушення постави може супроводжуватися розладами діяльності внутрішніх органів: зменшенням екскурсії грудної клітки і діафрагми, зниженням життєвої ємності легень у порівнянні з фізіологічною нормою, зменшенням коливань внутрішньогрудного тиску. Всі ці зміни несприятливо позначаються на функції серцево-судинної і дихальної систем, приводячи до зниження їх фізіологічних резервів, порушуючи адаптаційні можливості організму. Слабкість м'язів живота і спини, зігнуте поло-

ження викликають порушення перистальтики кишечника і жовчовивідних шляхів. Крім неврологічних розладів, зменшується стійкість хребетного стовпа до різних деформуєчих впливів, що може сприяти виникненню викривлення хребта. Прогресуючі дефекти постави викликають порушення іннервації ряду внутрішніх органів, в наслідок чого організм стає вразливим до різних захворювань [14, 16].

Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури не виявив у медичній і спеціальній літературі комплексних програм ФР дітей молодшого та середнього шкільного віку, які були б спрямовані на корекцію й профілактику сколіозу, поліпшення біогеометричного профіля дитини, силової витривалості м'язів спини та черевного преса, а також порушень функцій кардіореспіраторної системи та функції зовнішнього дихання. Також серед існуючих методик розширення рухової активності дітей недостатньо чітко визначені критерії величин навантажень з урахуванням функціонального статусу кожного хто займається лікувальною фізичною культурою, недостатньо вивчено використання сучасних методів корекції деформацій в комплексному відновлювальному лікуванні; розроблено комплексну програму профілактики та лікування порушень залежно від ступеня і прогресування захворювання [1, 17, 18].

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати і розробити програму фізичної реабілітації в дітей зі сколіотичною хворобою.

Методи дослідження. В процесі проведеного дослідження були використані наступні методи дослідження:

1. Теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, що відображають стан досліджуваної проблеми;

2. Медико-біологічні методи оцінки функціонального стану дитини:

1) Гнучкість хребта;

2) Рухливість хребта вперед;

3) Рухливість хребта назад;

4) Бічна рухливість хребта (вліво, вправо);

5) Сила м'язів спини; черевного преса; бічних м'язів тулуба.

3. Опрацювання інтернет-джерел.

4. Аналіз зібраних матеріалів.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті аналізу та опрацюванню різної спеціальної медичної літератури було виявлено збільшення частоти порушень ОРА, при цьому негативний вплив на дитячий організм виявляє велика кількість шкільних факторів ризику, які сприяють подальшому погіршенню здоров'я дітей і підлітків.

В дослідженні брали участь 10 дітей Колоденської ЗОШ I-III ступенів, віком від 10 до 14 років. Перед початком досліджуваної роботи було проведено індивідуальне тестування кожної дитини, а також збір скарг, які підлягали усуненню.

Індивідуальне тестування включало в себе визначення гнучкості хребта; рухливості хребта вперед і назад; бічної рухливості хребта (вліво, вправо); сили м'язів спини; черевного преса; бічних м'язів тулуба. Також були проведені спеціальні проби для визначення фізичної працездатності – проба Руфф'є, та стану дихальної системи – проба Штанге та Генчі. Показники на початку досліджуваної роботи представленні у таблиці 1, 2, 3.

Таблиця 1

Рухливість хребта на початку дослідження

№ обстежуваного	Оцінка гнучкості хребта	Оцінка рухливості хребта вперед	Оцінка рухливості хребта назад	Оцінка рухливості хребта в сторони
1	35	Б	Б	В
2	15	А	А	А
3	12	А	А	А
4	13	А	А	А
5	22	Б	А	Б
6	23	Б	Б	Б
7	14	А	Б	А
8	17	А	А	А
9	25	Б	А	А
10	31	Б	Б	В

З даної таблиці по оцінці гнучкості хребта: лише у 2 дітей спостерігається «посередній бал» гнучкості хребта – 31–35 см, в решти спостерігається негативний результат, який коливається у межах від 12 до 25 см. По оцінці рухливості хребта вперед: нормальна рухливість спостерігається в 5 дітей, гіпорухливість

була виявлена в 5-х дітей. По оцінці рухливості хребта назад: нормальна рухливість була виявлена у 4 дітей, гіпорухливість спостерігалася у 6-х. По оцінці рухливості хребта в сторони: лише у 2 дітей показники рухливості були в межах норми, у 2 дітей спостерігалась гіперрухливість, у 6 гіпорухливість.

Таблиця 2

Оцінка сили м'язів при початковому дослідженні

№ обстежуваного	Оцінка сили м'язів спини	Оцінка сили м'язів черевного пресу	Оцінка сили бічних м'язів тулуба
1	1,2 хв	5	1 хв
2	45 с	18	35 с
3	40 с	6	30 с
4	1 хв.	14	45 с
5	30 с	5	28 с
6	43 с	9	33 с
7	35 с	10	29 с
8	41 с	8	33 с
9	29 с	6	28 с
10	28 с	4	22 с

На початку дослідження у всіх дітей спостерігається низький рівень сили м'язів спини, черевного пресу, бічних м'язів тулуба. Рівень сили м'язів спини коливається у межах від 28 с

– до 1,2 хв; сили м'язів черевного пресу – від 4 до 18 разів; сили бічних м'язів тулуба – від 22 с до 1 хв.

Таблиця 3

Функціональні проби на початку дослідження

№ Обстежуваного	Проба Руфф'є	Проба Штанге	Проба Генчі
1	11	30	20
2	9	50	26
3	14	43	22
4	18	39	30
5	17	29	25
6	7	35	20
7	4	48	43
8	5	36	28
9	15	21	10
10	3	50	30

За пробою Руфф'є високий рівень працездатності спостерігається в 1 дитини, що дорівнює 3 бали, гарна працездатність спостерігається в 1 дитини і становить – 4 бали, середня працездатність в 2-х дітей – 7–9 балів, в 2 двох – задовільна 11–14 балів, в решти дітей рівень фізичної працездатності є низьким.

По проведенні проби Штанге в 4 дітей спостерігається хороший рівень дихальної функції, який коливається у межах 43–50 секунд. В

4 дітей рівень дихальної функції є середнім – 30–39 секунд, в 2-х – низьким – 21–29 секунд. При проведенні проби Генчі в 3 дітей спостерігається добрий рівень дихальної функції – 30–43 секунди, в 3-х дітей рівень дихальної функції знаходиться (відповідає) середньому рівні – 25–28 балів, і 4 дитини мають поганий рівень дихальної функції 10–22 секунди.

На основі цих досліджень була складена програма фізичної реабілітації.

Програма фізичної реабілітації була розроблена з урахуванням індивідуальних особливостей дитини: ступеня сколіотичної деформації, результатів тестових завдань, супутніх захворювань, здатності до навчання новим вправам, психологічного налаштування на виконання спеціальних вправ і комплексу їх у цілому, що вимагає значних фізичних і вольових зусиль.

Реабілітація хворих, страждаючих на сколіоз, носила комплексний характер і включала в себе лікувальну гімнастику, масаж, лікувальне плавання, методи ортопедичної корекції (корсетування, ортопедичні ліжка тощо), електростимуляцію, щадний руховий режим, що забезпечував обмеження навантажень на хребет. Лікування сколіотичної хвороби складалося з мобілізації викривленого відділу хребта, корекції деформації та стабілізації хребта в положенні досягнутої корекції.

ЛФК проводили у формі заняття лікувальною гімнастикою (заняття коригуючою гімнастикою) груповим методом до 10-12 чоловік, однорідних за деформацією, віком, а також призначенням індивідуальних вправ і дозуванням. Дітям з прогресуючим сколіозом рекомендувалось проводити заняття індивідуальним способом. Заняття коригуючою гімнастикою проводились 3 рази на тиждень по 30–45 хв. Заняття лікувальною гімнастикою рекомендовано було проводити з урахуванням фу-

нкціонального стану серцево-судинної і дихальної систем, враховуючи дію дозованих навантажень на частоту пульсу і його відновлення, проводячи функціональну пробу Руфф'є. Важливо було у процесі заняття оцінювати силу і витривалість різних груп м'язів, застосовуючи рухові тести. Про силу і витривалість м'язів розгиначів тулуба судили за часом утримання верхньої частини тулуба на вазі, а також стану м'язів, що забезпечували нахили управо і вліво. Про силу м'язів живота судили за числом переходів з положення лежачи на спині в положення сидячи з фіксованими ногами.

Крім того кожному учневі було рекомендовано лікувальне плавання, оскільки воно носить не тільки оздоровчий, а й лікувальний характер. Під час плавання забезпечується природне розвантаження хребта, при виконанні веслувальних рухів послідовно залучаються до роботи майже всі м'язові групи, зникає асиметрична робота міжхребцевих м'язів, відновлюються умови для нормального зростання тіл хребців. Одночасно зміцнюються м'язи живота, спини і кінцівок, удосконалюється координація рухів.

По завершенню програми фізичної реабілітації було проведено повторне обстеження дітей, яке включало ті ж самі методи дослідження що й на початку. Результати представлені у таблицях 4, 5, 6.

Таблиця 4

Рухливість хребта наприкінці дослідження

№ обстежуваного	Оцінка гнучкості хребта	Оцінка рухливості хребта вперед	Оцінка рухливості хребта назад	Оцінка рухливості хребта в сторони
1	48	В	В	В
2	25	Б	Б	А
3	20	А	А	А
4	23	А	А	А
5	30	Б	Б	Б
6	48	Б	В	Б
7	33	Б	Б	Б
8	29	Б	А	Б
9	34	Б	Б	Б
10	35,5	Б	Б	В

З даної таблиці по оцінці гнучкості хребта: ми спостерігаємо що у всіх дітей результати гнучкості покращилися. У 5 дітей показники гнучкості не вийшли із «незадовільної оцінки»

проте вони значно підвищилися і становили 20–30 балів. У 2 дітей гнучкість піднялася до хорошого рівня – 48 балів, і в 3 до середнього 33–35.5 балів. По оцінці рухливості хребта

вперед: нормальна рухливість спостерігається в 7 дітей, в 2 спостерігається – гіпорухливість і в 1 – гіперрухливість. По оцінці рухливості хребта назад: нормальна рухливість була виявлена у 5 дітей, гіпорухливість в 3-х, і гіпер-

рухливість в 2. По оцінці рухливості хребта в сторони: в 5 дітей показники рухливості були в межах норми, в 3-х спостерігалася гіпорухливість і 1 в була виявлена гіперрухливість.

Таблиця 5

Оцінка сили м'язів наприкінці дослідженні

№ обстежуваного	Оцінка сили м'язів спини	Оцінка сили м'язів черевного пресу	Оцінка сили бічних м'язів тулуба
1	1,5 хв	15	1 хв
2	1 хв	25	50 с
3	1.15 с	12	50 с
4	1.33 хв	14	1.20 хв
5	1 хв	12	1 хв
6	1 хв	17	1.15 хв
7	55 с	19	55 с
8	59 с	20	1 хв
9	46 с	13	1.03 хв
10	48 с	10	45 с

Наприкінці дослідження у всіх дітей показник сили м'язів спини, черевного пресу, бічних м'язів тулуба збільшився. Рівень сили м'язів спини коливається у межах від 46 с. – до

1,5 хв. ; сили м'язів черевного пресу – від 12 до 25 разів. ; сили бічних м'язів тулуба – від 45 с. до 1,20 хв.

Таблиця 6

Функціональні проби на завершальному етапі дослідження

№ Обстежуваного	Проба Руф'є	Проба Штанге	Проба Генчі
1	8	40	30
2	6	58	40
3	10	51	38
4	12	48	36
5	12	38	25
6	5	39	36
7	3	48	48
8	4	40	43
9	10	25	27
10	3	55	40

По пробі Руф'є високий рівень працездатності спостерігається в 1 дитини і дорівнює 3 бали , гарна працездатність спостерігається в 4 дітей і становить – 4–6 балів, середня працездатність спостерігається в 1 дитини – 8 балів , в 4 спостерігається задовільний рівень – 10–12 балів.

По проведенні проби Штанге в 7 дітей спостерігається хороший рівень дихальної функції, який коливається у межах 40–55 секунд. В 2 дітей рівень дихальної функції є середнім –

38-39 секунд, і лише в– 1 дитини – незадовільним – 25 секунд.

При проведенні проби Генчі в 2 дітей спостерігається високий рівень дихальної функції 43-48 балів, 6 дітей мають добрий рівень дихальної функції – 30–40 балів, і в 2-х дітей рівень дихальної функції відповідає середньому рівню – 25–27 балів.

Висновки. На основі цих досліджень, ми можемо зробити висновок, що програма фізичної реабілітації виявилась ефективною. Наше дослідження довело, що одночасне застосу-

вання оздоровчо-реабілітаційних технологій у поєднанні з раціональним режимом дня допомагають покращити не лише поставу, але й усунути різні розлади (біль у спині, знижену працездатність та ін.), та покращити самопочуття.

Литература

1. Барчуков И. С. Физическая культура : учебное пособие для вузов / И. С. Барчуков. – М. : Юнити-Дана, 2003. – 255 с.
2. Белозерова Л. М. Лечебная физическая культура в педиатрии / Л. М. Белозерова. – Ростов Н/Д. : Феникс, 2006. – 222 с.
3. Белоусова Т. П. Коррекция позвоночника / Т. П. Белоусова. – Запорожье : Медицина, 1996. – 348 с.
4. Бирюков А. А. Лечебный массаж / А. А. Бирюков. – М. : Советский спорт, 2000. – 293 с.
5. Вайнруб Е. М. Гигиена обучения и воспитания детей с нарушением осанки и болями в спине / Е. М. Вайнруб, А. С. Волощук. – К. : Здоров'я, 1988. – 136 с.
6. Гордон Н. Ф. Заболевания органов дыхания и двигательная активность / Н. Ф. Гордон. – К. : Олімпійська література, 1999. – 128 с.
7. Гросс Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н. А. Гросс. – М. : Эксмо, 2000. – 224 с.
8. Демченко А. В. Биомеханические условия прогрессирования диспластического сколиоза / А. В. Демченко. – 1998. – №4. – С. 47–53.
9. Долженков А. Б. Здоровье вашего позвоночника / А. Б. Долженков. – СПб., 2000. – 192 с.
10. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
11. Єфименко П. Б. Техніка та методика масажу / П. Б. Єфименко. – Харків : ОВС, 2001. – 144 с.
12. Жаденов М. И. Лечение сколиотической болезни у детей и подростков / М. И. Жаденов. – Львов : Просвещение, 1980. – 244 с.
13. Иванов С. М. Лечебная физическая культура / С. М. Иванов. – М. : Медицина, 2003. – 215 с.
14. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба. – К. : Олімпійська література, 2003. – 279 с.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження будуть спрямовані на вдосконалення фізичної реабілітації пацієнтів із сколіозом, а також розробці нових підходів до корекції сколіотичної деформації, враховуючи кількісні ознаки порушень постави.

References

1. Barchukov I. S. Fizicheskaja kul'tura : uchebnoe posobie dlja vuzov / I. S. Barchukov. – M. : Juniti-Dana, 2003. – 255 s.
2. Belozerova L. M. Lechebnaja fizicheskaja kul'tura v pediatrii / L. M. Belozerova. – Rostov N/D. : Feniks, 2006. – 222 s.
3. Belousova T. P. Korrekcija pozvonochnika / T. P. Belousova. – Zaporozh'e : Medicina, 1996. – 348 s.
4. Birjukov A. A. Lechebnyj massazh / A. A. Birjukov. – M. : Sovetskij sport, 2000. – 293 s.
5. Vajnrub E. M. Gigena obuchenija i vospitanija detej s narusheniem osanki i bol'nyh skoliozom / E. M. Vajnrub, A. S. Voloshhuk. – K. : Zdorov'ja, 1988. – 136 s.
6. Gordon N. F. Zabolevanija organov dyhanija i dvigatel'naja aktivnost' / N. F. Gordon. – K. : Olimpijs'ka literatura, 1999. – 128 s.
7. Gross N. A. Fizicheskaja rehabilitacija detej s narusheniem funkcij oporno-dvigatel'nogo apparata / N. A. Gross. – M. : Jeksmo, 2000. – 224 s.
8. Demchenko A. V. Biomechanicheskie uslovija progressirovanija displasticheskogo skolioza / A. V. Demchenko. – 1998. – №4. – S. 47–53.
9. Dolzhenkov A. B. Zdorov'e vashego pozvonochnika / A. B. Dolzhenkov. – SPb., 2000. – 192 s.
10. Evseev S. P. Adaptivnaja fizicheskaja kul'tura : uchebnoe posobie / S. P. Evseev, L. V. Shapkova. – M. : Sovetskij sport, 2000. – 240 s.
11. Єфименко П. В. Tehnika ta metodika masazhu / P. B. Efimenko. Charkiv : OVS, 2001. – 144s.
12. Zhadenov M. I. Lechenie skolioznoj bolezni u detej i podrostkov / M. I. Zhadenov. – L'vov : Prosveshhenie, 1980. – 244 s.
13. Ivanov S. M. Lechebnaja fizicheskaja kul'tura / S. M. Ivanov. – M. : Medicina, 2003. – 215 s.
14. Kashuba V. A. Biomehanika osanki / V. A. Kashuba. – K. : Olimpijskaja literatura, 2003. – 279 s.

15. Котешева И. А. Лечение и профилактика нарушений осанки / И. А. Котешева. – М. : Эксмо, 2003. – 190 с.
16. Латогуз И. К. Лечебное питание / И. К. Латогуз. – Харьков : Медицина, 2002. – 544 с.
17. Михайлова Н. Є. Лікувальна фізична культура і лікарський контроль: навчальний посібник / Н. Є. Михайлова. – Рівне, 2011. – 232 с.
18. Мухін В. М. Основи фізичної реабілітації / В. М. Мухін, А. В. Магльований, Г. П. Магльована. – Львів, 1999. – 120 с.
19. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2009. – 424 с.
20. Панасюк Е. М. Загальна фізіотерапія і курортологія / Е. М. Панасюк, Я. М. Федорів, В. М. Могилевський. – Львів: Світ, 1990. – 136 с.
21. Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия / Г. Н. Пономаренко. – К., 2004. – 384 с.
22. Попов С. Н. Физическая реабилитация / С. Н. Попов. – Ростов-на-Дону : Феникс, 3-е издание, 2005. – 177 с.
23. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2008. – 248 с.
24. Сабадишин Р. О. Внутрішні хвороби / Р. О. Сабадишин, В. М. Баніт, І. М. Григус. – Рівне: ВАТ «Рівнеська друкарня», 2004. – 544 с.
25. Середюк Н. М. Внутрішня Медицина / Н. М. Середюк. – К. : Здоров'я, 2001. – 397 с.
26. Скляренко Є. Т. Травматологія і ортопедія: підручник / Є. Т. Скляренко. – К. : Здоров'я, 2005. – 384 с.
27. Соколовський В. С. Лікувальна фізична культура: Підручник / В. С. Соколовський, Н. О. Романова, О. Г. Юшковська. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 234 с.
28. Сосин И. Н. Физиотерапевтический справочник / И. Н. Сосин. – Симферополь : КГМУ, 2003. – 752 с.
29. Федюкович Н. И. Внутренние болезни : учебн. пособие / Н. И. Федюкович. – Ростов н/Д : «Феникс», 2001. – 576 с.
30. Язловецкий В. С. Физическое воспитание детей и подростков с ослабленным здоровьем / В. С. Язловецкий. – К. : Здоров'я, 1991. – 456 с.
15. Kotesheva I. A. Lechenie i profilaktika narushenij osanki / I. A. Kotesheva. – M. : Jeksmo, 2003. – 190 s.
16. Latoguz I. K. Lechebnoe pitanie / I. K. Latoguz. – Har'kov : Medicina, 2002. – 544 s.
17. Mihajlova N. Є. Likuval'na fizichna kul'tura i likars'kij kontrol': navchal'nij posibnik / N. Є. Mihajlova. – Rivne, 2011. – 232 s.
18. Muhin V. M. Osnovi fizichnoї reabilitacii / V. M. Muhin, A. V. Magl'ovaniy, G. P. Magl'ovana. – L'viv, 1999. – 120 s.
19. Muhin V. M. Fizichna reabilitacija / V. M. Muhin. – K. : Olimpijs'ka literatura, 2009. – 424 s.
20. Panasjuk E. M. Zagal'na fizioterapija i kurortologija / E. M. Panasjuk, Ja. M. Fedoriv, V. M. Mogilevs'kij. – L'viv: Svit, 1990. – 136 s.
21. Ponomarenko G. N. Obs'haja fizioterapija / G. N. Ponomarenko. – K., 2004. – 384 s.
22. Popov S. N. Fizicheskaja reabilitacija / S. N. Popov. – Rostov-na-Donu : Feniks, 3-e izdanie, 2005. – 177 s.
23. Porada A. M. Osnovi fizichnoї reabilitacii / A. M. Porada, O. V. Solodovnik, N. Є. Prokopchuk. – K. : Medicina, 2008. – 248 s.
24. Sabadishin R. O. Vnutrishni hvorobi / R. O. Sabadishin, V. M. Banit, I. M. Grigus. – Rivne: VAT «Rivnes'ka drukarnja», 2004. – 544 s.
25. Seredjuk N. M. Vnutrishnja Medicina / N. M. Seredjuk. – K. : Zdorov'ja, 2001. – 397 s.
26. Skljarenko Є. T. Travmatologija i ortopedija: pidruchnik / Є. T. Skljarenko. – K. : Zdorov'ja, 2005. – 384 s.
27. Sokolovs'kij V. S. Likuval'na fizichna kul'tura: Pidruchnik / V. S. Sokolovs'kij, N. O. Romanova, O. G. Jushkovs'ka. – Odesa : Odes. derzh. med. un-t, 2005. – 234 s.
28. Sosin I. N. Fizioterapevticheskij spravochnik / I. N. Sosin. – Simferopol' : KGMU, 2003. – 752 s.
29. Fedjukovich N. I. Vnutrennie bolezni : uchebn. posobie / N. I. Fedjukovich. – Rostov n/D : «Feniks», 2001. – 576 s.
30. Jazloveckij V. S. Fizicheskoe vospiganie detej i podrostkov s oslablenym zdorov'em / V. S. Jazloveckij. – K. : Zdorov'ja, 1991. – 456 p.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

APPLICATION OF PHYSICAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Ногас А. О., Клап Т. М.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

У статті висвітлено медико-соціальну проблему туберкульозу легень. Акцентована увага на те, що подальше поширення захворювання на туберкульоз обумовлюють необхідність нового комплексного підходу до вирішення цієї проблеми. Водночас наголошено, що на сьогодні у фтизіатрії проблема фізичної реабілітації більш актуальна, ніж у минулому.

Висвітлюються окремі роботи про застосування лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапії у лікуванні і реабілітації хворих на туберкульоз легень. Наведені дані щодо розроблених комплексних реабілітаційних програм та їх впровадження у фтизіатричні заклади.

Результати досліджень свідчать про те, що під впливом засобів фізичної реабілітації покращуються показники загального рівня фізичного здоров'я, функціональний стан дихальної та серцево-судинної систем і якість життя хворих на туберкульоз легень. Це пояснюється правильністю планування і ефективністю запропонованих реабілітаційних заходів та їх комплексне застосування.

Ключові слова: туберкульоз легень, засоби фізичної реабілітації, комплексне застосування, якість життя.

В статье освещено медико-социальную проблему туберкулеза легких. Акцентируется внимание на то, что дальнейшее распространение заболевания туберкулезом обуславливают необходимость нового комплексного подхода к решению этой проблемы. В то же время отмечено, что сегодня во фтизиатрии проблема физической реабилитации более актуальна, чем в прошлом.

Освещаются отдельные работы о применении лечебной физической культуры, массажа и физиотерапии в лечении и реабилитации больных туберкулезом легких. Приведены данные относительно разработанных комплексных реабилитационных программ и их внедрение в фтизиатрические заведения.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что под влиянием средств физической реабилитации улучшаются показатели общего уровня физического здоровья, функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем и качество жизни больных туберкулезом легких. Это объясняется правильностью планирования и эффективности предложенных реабилитационных мероприятий и их комплексное применение.

Ключевые слова: туберкулез легких, средства физической реабилитации, комплексное применение, качество жизни.

The article deals with the medical and social problem of pulmonary tuberculosis. Attention is focused on the fact that the further spreading of the tuberculosis disease necessitates a new integrated approach to solving this problem. At the same time, it was noted that today in phthisiology the problem of physical rehabilitation is more urgent than in the past.

Some works on application of medical physical training, massage and physiotherapy in treatment and rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis are covered. There were given data on the developed comprehensive rehabilitation programs and their introduction into phthisiatric institutions.

The results of the research show that under the influence of physical rehabilitation facilities the indicators of the general level of physical health, the functional state of the respiratory and cardiovascular systems and the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis improve. This is due to the correct planning and effectiveness of the proposed rehabilitation measures and their integrated application.

Key words: pulmonary tuberculosis, means of physical rehabilitation, complex application, quality of life.

Вступ. Ситуація щодо туберкульозу в Україні досить складна. Туберкульоз не є тільки медичною проблемою. Це – проблема соціальна, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень та благополуччя населення, ступінь розвитку охорони здоров'я, у тому числі і фтизіатричної служби. В Україні епідемія туберкульозу зареєстрована з 1995 року. І вона

невпинно прогресує, стає невідомою і загрозливою медико-соціальною проблемою [1, 14].

Висока стійкість мікобактерій і крапельно-повітряний шлях передачі їх ускладнюють боротьбу з туберкульозом. Вдихання мікобактерій туберкульозу призводить до захворювання органів дихання: 95–98 % їх припадає на туберкульоз легень [12].

Туберкульоз веде себе агресивно, уражаючи в основному осіб молодого та зрілого віку,

призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності та зростання первинного виходу на інвалідність від даної патології, вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих, попередньо визначає негативні соціально-економічні наслідки [10].

Найбільш часто уражаються туберкульозом легені. Зараз спостерігаються гостропрогресуючі, важкопротікаючі, а часом і невиліковні форми туберкульозу легенів. Недосконалість існуючих методів лікування та реабілітації, подальше поширення захворювання на туберкульоз із всіма його негативними наслідками обумовлюють необхідність нового комплексного підходу до вирішення цієї проблеми [8, 11].

Особливу роль у цьому відіграє фізична реабілітація, що спрямована на відновлення або поліпшення функцій організму і в першу чергу зовнішнього дихання та серцево-судинної системи, які порушуються в результаті захворювання на туберкульоз або після оперативного втручання [9].

На сучасному етапі питання трудової та фізичної реабілітації хворих на туберкульоз легенів є актуальними для широкого кола практичних лікарів, інструкторів ЛФК і реабілітологів, оскільки сучасні медикаментозні засоби не завжди призводять до бажаних позитивних результатів. Надто часто спостерігається розрив між, так названим, клінічним видужанням і функціональним відновленням дихального апарату [5, 10].

Проте реабілітаційна допомога зазначеному контингенту хворих в Україні обмежується переважно її медичними та психологічними аспектами, а застосування засобів фізичної реабілітації в лікувально-відновному процесі таких пацієнтів здійснюється епізодично, без системного підходу та стосується переважно санаторно-курортного лікування [4, 11].

Аналіз дисертаційних досліджень за проблемною темою виявив, що вивчалась і досліджувалась епідеміологія, етіологія, патогенез та імунологія цього захворювання. Досліджувались питання діагностики та хіміотерапевтичного лікування туберкульозу легенів [2, 6, 7].

Так, дослідженнями В. М. Мельника [8] встановлено, що під час епідемії значно погіршилася соціальна структура хворих на туберкульоз і вплив соціальних факторів ризику

значно перевищив вплив ризиків за соматичними захворюваннями.

Ю. М. Валецьким [3] встановлено, що хворі на туберкульоз у цілому низько сприймають та оцінюють свою якість життя, здоров'я і благополуччя, тоді як якість життя і стан здоров'я спонтанно вилікованих від туберкульозу не відрізняються від здорового населення України.

О. Н. Браженко [2] розроблено комплекс діагностичних і лікувальних заходів в реабілітації хворих на туберкульоз і саркоїдоз органів дихання. Обґрунтована необхідність індивідуальних програм реабілітації хворих на туберкульоз та саркоїдоз органів дихання в залежності від реакції гомеостазу і реактивності хворих.

Дослідженнями І. В. Клімової, І. В. Єрохіної, Е. Р. Жукової [6] розроблено комплекс реабілітаційних заходів, що включає лікувальну фізичну культуру, масаж і фізіотерапію для лікування хворих на туберкульозний ексудативний плеврит. Встановлено, що проведена реабілітація сприяє прискоренню функціонального відновлення, зменшенню кількості днів перебування в стаціонарі, розвитку адаптаційних можливостей і покращення якості життя пацієнтів.

З. Х. Корніловою [7] підтверджена ефективність реабілітації хворих на туберкульоз органів дихання в умовах санаторію. Для реабілітації хворих застосовували методи фізичного та патогенетичного лікування: аеро- і таласотерапію, дозовану геліотерапію, ЛФК, апітерапію, кумисолікування, рослинні інгаляції, інсулін, гепарин, беталейкін.

У спеціальній науково-методичній літературі висвітлюються окремі роботи щодо застосування лікувальної фізичної культури та масажу в лікуванні та реабілітації хворих на туберкульоз легень [9, 12, 13].

В Україні затверджено протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, де розглядається питання проведення фізичної реабілітації цієї категорії хворих [15].

Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з проблеми організації фізичної реабілітації хворих на туберкульоз легенів виявив, що на даний час мало приділяється уваги фізичній реабілітації хворих на туберкульоз легень, недостатньо висвітлені проблеми цих хворих, дотепер залишаються поверхнево,

поодинокі та фрагментарно дослідженими питання відновного лікування із застосуванням засобів фізичної реабілітації [4, 10, 11].

Матеріал і методи: аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури; узагальнення досвіду роботи щодо застосування фізичної реабілітації при даній патології; аналіз статистичних звітів по захворюванню на туберкульоз легень; аналіз зібраних матеріалів; опрацювання авторефератів дисертацій; опрацювання інтернет-джерел.

Результати дослідження. Лікування та реабілітація туберкульозу повинні бути своєчасними, комплексними, часто – тривалими, проводитися до повного одужання.

Запорукою успіху у відновному лікуванні туберкульозу легень є засоби фізичної реабілітації.

У фізичній реабілітації проблема фізичної реабілітації тепер більш актуальна, ніж у минулому. Сьогодні зустрічаються окремі роботи в яких описано методику застосування лікувальної фізичної культури і лікувального масажу в реабілітації хворих на туберкульоз легень (Мурза В. П., 2004; Степашко М. В., Сухостат Л. В., 2006) [9, 13].

Доведена ефективність комплексної програми реабілітаційно-відновного лікування (Ногас А. О., 2009) із застосуванням лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур (УВЧ-терапії), гідротерапії, маніпуляційних втручань та освітніх програм для покращення функціонального стану та адаптаційних можливостей кардіореспіраторної системи, загального рівня фізичного здоров'я і якості життя хворих на туберкульоз легень в умовах стаціонару [10, 11].

Дисертаційна робота Калмикової Ю. С., 2010 присвячена актуальній проблемі – фізичній реабілітації осіб зрілого віку, хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень, на стаціонарному етапі. Вперше розроблена та науково обґрунтована програма фізичної реабілітації для хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень, яка включає фізичні вправи, дихальну гімнастику з використанням нетрадиційних дихальних вправ, дозовану ходьбу, елементи психокорекції, для застосування на стаціонарному етапі. Результати: розроблено програму фізичної реабілітації для хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень, впроваджено її у роботу закладів охорони здоров'я України [4, 5].

Відновлювальні заходи при туберкульозі легень включають такі засоби фізичної реабілітації: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну фізичну культуру (дихальні та фізичні вправи), лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, загартування та освітні програми.

Вони повинні мати комплексний лікувально-педагогічний підхід, соціальний напрям, індивідуальну спрямованість, проведення санітарно-просвітньої роботи з хворими та їх родичами.

В системі реабілітаційних заходів активно використовуються різні засоби і форми лікувальної фізичної культури, які надають не тільки місцеву, але й загальну дію на макроорганізм, змінюють його реактивні властивості і підвищують опірність організму.

При призначенні фізичних вправ дотримуються ряду правил:

1. застосовують загальні і спеціальні вправи;
2. збільшення інтенсивності і тривалості фізичних навантажень проводять поступово, з урахуванням функціональних та адаптаційних можливостей організму хворого;
3. фізичні навантаження призначають довгостроково і регулярно, з дотриманням етапності реабілітаційного процесу;
4. визначений набір фізичних вправ має бути доступним для самостійного виконання та в домашніх умовах.

Рекомендуючи застосування фізичних вправ потрібно спиратися на такі принципи:

- фізичні вправи необхідно застосовувати систематично, регулярно і довгочасно;
- застосування фізичних вправ повинно бути строго індивідуальним;
- загальне навантаження на організм хворого під час занять необхідно підвищувати поступово, з максимум в середині заняття і зниженням наприкінці його. Поступове зростання навантаження досягається збільшенням повторюваності вправ, амплітуди рухів, зміною вихідних положень, збільшенням кількості м'язових груп, що беруть участь у виконанні руху, ступенем м'язового зусилля, ускладненням рухів, застосуванням приладів;
- добір вправ для кожного заняття повинен здійснюватися за принципом послідовного охоплення різних м'язових груп;
- у заняттях необхідно поєднувати загальний і спеціальний вплив фізичних вправ на

організм людини. Це досягається шляхом застосування спеціальних дихальних вправ та вправ, спрямованих на загальний розвиток;

- при проведенні занять фізичними вправами слід приділяти увагу розвитку позитивних емоцій;

- хворі мають бути зацікавлені в результатах функціональних досліджень, які проводяться у процесі лікування, це значно підвищить свідоме, активне їх ставлення до занять фізичними вправами і посилить профілактичний ефект.

Режим людини, схильної до захворювання на туберкульоз повинен бути адекватним його стану. Поступово до режиму вводяться елементи тренування: лікувальна гімнастика, прогулянки, легка фізична праця.

Для надання місцевої і загальної дії на організм, підняття загального тону досліджуваних, надання їм бадьорого настрою, покращення функцій всіх органів і систем, активізації механізму дихання, покращення фізичного розвитку, збільшення рухової активності проводяться:

Ранкова гігієнічна гімнастика. РГГ сприяє збудженню організму після нічного сну та приведенню його до активного режиму дня. Вона дисциплінує хворих, підвищує загальний тонус їх організму. Під час занять хворі поступово вивчають загальнорозвиваючі та дихальні вправи, різновиди ходьби. Після занять приймають повітряні ванни, потім обтирають тіло вологим рушником. Тривалість ранкової гімнастики – 15–20 хв.

Лікувальна фізична культура. Вивчення та закріплення, доводячи до автоматизму, наступних вправ: різновиди ходьби в поєднанні з вправами для рук, ніг, тулуба і дихальними вправами для поліпшення кровообігу в легенях, загальнорозвиваючі вправи, спеціальні вправи для тренування подовженого видиху, діафрагмального дихання та зміцнення дихальної мускулатури, покращення діяльності серцево-судинної та інших систем організму. Лікувальна фізична культура складається з трьох частин: *вступної* – підготовляє організм до зростаючого фізичного навантаження, *основної* – передбачає спеціальні і загальнорозвиваючі вправи, вирішальні цілі і завдання лікувальної фізичної культури, *завершальної* – сприяє розслабленню м'язів і зниженню фізичного навантаження. Дозування: кількість ди-

хальних вправ не перевищувала 40–50 % часу процедури лікувальної фізичної культури. Тривалість ЛФК – до 30 хв. Тривалість підготовчого періоду займала не більше від 2 тижнів. Інтенсивність навантаження – низька, темп виконання вправ – повільний і середній.

Вправи мають бути простими й легко виконуваними. Включають вправи для зміцнення м'язів спини, шиї, потилиці, плечового поясу, а також м'язів живота.

Рекомендують повільну ходьбу в поєднанні з вправами для рук, ніг, тулуба і дихальними вправами: руки на стегна, на потилицю – випрямлення тулуба; розведення рук в сторони і згинання в ліктях; обертання в плечових суглобах; піднімання та опускання плечей; згинання та розгинання і відведення їх у сторони, похитування.

Поступово вправи ускладнюють: відведення ліктів назад – руки на стегнах; відведення плечей і розведення рук в сторони; відведення плечей назад з нахилом тулуба вперед; повороти тулуба праворуч, ліворуч; нахил тулуба праворуч з ковзанням рук; повільні повороти голови вправо, вліво; напівприсідання з витягуванням рук у сторони; прискорена ходьба. Ми уникали статичного напруження, натужування і затримання дихання. Заняття викликали у дітей позитивні емоції.

Для поліпшення кровообігу в легенях починають дихальні вправи, особливо повне дихання із затриманням на висоті вдиху не більше ніж 2–3 с та з подовженим видихом. Цю вправу виконують таким чином: під час вдиху треба спочатку повільно і рівномірно випинати живіт, потім підіймати грудну клітку, далі – плечі. Саме остання фаза такого дихання сприяє активній вентиляції у верхніх відділах легень. Потрапляння повітря супроводжується одночасним посиленням кровотоку в цих відділах та підвищенням місцевого імунітету. Під час видиху опустити грудну клітку і втягнути живіт. Якщо таке дихання використовувати під час інгаляцій, прогулянок у хвойному лісі (коли в легені потрапляють природні лікувальні чинники), то лікувальний ефект буде значно вищим.

Лікувальний масаж. Масаж хворим проводять три рази на тиждень в поєднанні з ЛФК, тривалістю 10–15 хвилин, на курс 12–15 процедур. Особливу увагу приділяють тим маса-

жним прийомом, які покращують вентиляцію легень і їх функціонування.

Застосовують такі види масажу: лікувальний, перкусійний, сегментарно-рефлекторний і вібраційний.

Масаж проводять у такій послідовності:

1. Масаж передньої поверхні грудної клітки; 2. Масаж спини; 3. Масаж шийного відділу; 4. Повторний масаж передньої поверхні грудної клітки.

Масаж передньої поверхні грудної клітки: 1) погладжування (виконують у напрямку знизу вгору до пахвових лімфатичних вузлів); 2) розтирання грудини; 3) розминання міжребрових проміжків; 4) вижимання (за винятком грудної залози у жінок і ділянки соска у чоловіків); 5) вібрація; 6) погладжування.

Масаж спини: 1) погладжування всієї поверхні спини; 2) розтирання; 3) вижимання; 4) розминання довгих м'язів спини; 5) розминання широких м'язів спини; 6) розминання ділянки між хребтом, лопаткою, надлопатковою ділянкою; 7) вібрація; 8) погладжування.

Масаж шийного відділу: 1) погладжування; 2) розтирання; 3) розминання: ординарне, подвійне кільцеве, колове подушечками чотирьох пальців, колове фалангами зігнутих пальців, колове променевою поверхнею кисті; 4) прогладжування [10, 11].

На підставі аналізу літературних джерел на праць науковців ми дійшли висновку, що під впливом засобів фізичної реабілітації покращуються показники загального рівня фізичного здоров'я, функціональний стан дихальної та серцево-судинної систем і якість життя хворих на туберкульоз легень. Це пояснюється правильністю планування та ефективністю запропонованих реабілітаційних заходів [2, 3, 4, 11].

За результатами наших досліджень при визначенні загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз легень, що проводилось шляхом анкетування за допомогою розробленого ВООЗ спеціального опитувальника (С.В. Пхіденко, 2001), відбулися статистично достовірні зміни під впливом застосування комплексної реабілітаційної програми.

Наприкінці дослідження найвищий рівень загальної якості життя і стану здоров'я хворих на туберкульоз легень чоловічої статі контрольної групи став 51,95, а найнижчий – 47,50 бала (середній вихідний рівень 50,28 бала), у хворих основної групи – 58,30 і 53,40 відповідно (середній вихідний рівень 56,31 бала).

Найвищий рівень загальної якості життя і стану здоров'я жіночої статі контрольної групи наприкінці дослідження дорівнював 52,51, а найнижчий – 47,00 (середній вихідний рівень 50,07 бала). У осіб жіночої статі основної групи показники суттєво піднялися: найвищий бал став 59,21, найнижчий – 52,67 (середній вихідний рівень 57,36 бала), що наведено в таблиці 3.1.

Найвищий рівень загальної якості життя і стану здоров'я жіночої статі контрольної групи наприкінці дослідження дорівнював 52,51, а найнижчий – 47,00 (середній вихідний рівень 50,07 бала). У осіб жіночої статі основної групи показники суттєво піднялися: найвищий бал став 59,21, найнижчий – 52,67 (середній вихідний рівень 57,36 бала), що наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 1

Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на туберкульоз легень контрольної та основної груп на початку та наприкінці дослідження

Загальна якість життя і стан здоров'я (середній вихідний рівень у балах)	Контрольна група (n=34)		Основна група (n=34)	
	Чоловіки (n=20)	Жінки (n=14)	Чоловіки (n=20)	Жінки (n=14)
На початку дослідження	49,34	49,37	50,08	50,22
Наприкінці дослідження	50,28	50,07	56,31*	57,36*

Після застосування комплексної програми фізичної реабілітації та проведення освітньої роботи з хворими на туберкульоз легень статистично вірогідно за цей час відбулося підвищення загальної якості життя і стану здоров'я у хворих основної групи. У хворих контрольної групи статистично вірогідного підвищення загальної якості життя і стану здоров'я у хворих основної групи.

У хворих основної групи статистично вірогідного підвищення загальної якості життя і стану здоров'я у хворих основної групи.

щення загальної якості життя і стану здоров'я не відзначено.

За дослідженнями Калмикової Ю. С., 2010 застосування у хворих основної групи дозованої ходьби в поєднанні з фізичними вправами з елементами йогівських асан та йогівськими дихальними вправами сприяло більш вираженій позитивній динаміці показників кардіореспіраторної системи та фізичної працездатності в порівнянні з хворими контрольної групи. Так, нормотонічний тип реакції при повторному обстеженні спостерігався у 74,1 % чоловіків та у 72,8 % жінок основної групи. В контрольній групі нормотонічний тип реакції спостерігався в значно меншій кількості хворих: у 43,4 % чоловіків та 42,1 % жінок [4, 5].

Підсумовуючи вище наведене, ми дійшли висновку, що різними науковцями доведена ефективність комплексних програм реабілітаційно-відновного лікування хворих на туберкульоз легень.

Література

1. Бліхар Є. Фтизіатрія : навч. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Є. Бліхар; Терноп. держ. мед. акад. ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 372 с.
2. Браженко О. Н. Комплекс диагностических и лечебных мероприятий в реабилитации больных туберкулезом и саркоидозом органов дыхания : автореф. дис. на соискание научн. степени доктора мед. наук : 14.00.26 / О. Н. Браженко. – Санкт-Петербург, 2008. – 34 с.
3. Валецький Ю. М. Якість життя і психологічні особливості хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, медико-економічні наслідки захворювання та шляхи їх поліпшення : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : 14.01.26 / Ю. М. Валецький. – К., 2007. – 33 с.
4. Калмикова Ю. С. Комплексна фізична реабілітація осіб зрілого віку, хворих на інфільтративну форму туберкульозу легень, на стаціонарному етапі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.03 / Ю. С. Калмикова. – Л., 2010. – 24 с.
5. Калмикова Ю. С. Фізична реабілітація хворих на туберкульоз легень: метод. рекомендації / Ю. С. Калмикова. – Харків : ХДАФК, 2009. – 49 с.

Висновки. Запорукою успіху у відновному лікуванні туберкульозу легень є засоби фізичної реабілітації. За дослідженнями різних науковців доведена ефективність комплексних програм реабілітаційно-відновного лікування із застосуванням лікувальної фізичної культури, дихальної гімнастики, дозованої ходьби в поєднанні з фізичними вправами з елементами йогівських асан та йогівськими дихальними вправами, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур, гідротерапії, маніпуляційних втручань та освітніх програм для покращення функціонального стану та адаптаційних можливостей кардіореспіраторної системи, загального рівня фізичного здоров'я і якості життя хворих на туберкульоз легень.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні впливу програм фізичної реабілітації для різних форм туберкульозу легень і вікових категорій хворих та їх впровадження у практику фтизіатричних диспансерів.

References

1. Blikhar Ye. Ftyziatriia : navch. pidruch. dlia stud. vyshch. med. navch. zakl. / Ye. Blikhar; Ternop. derzh. med. akad. im. I. Ya. Horbachevskoho. – Ternopil : Ukrmedknyha, 2002. – 372 s.
2. Brazhenko O. N. Kompleks dyahnostycheskykh y lechebnykh meropryiaty v reabylytatsyy bolnykh tuberkulezom y sarkoydozom orhanov dykhanyia : avtoref. dys. na soyskanye nauchn. stepeny doktora med. nauk : 14.00.26 / O. N. Brazhenko. – Sankt-Peterburh, 2008. – 34 s.
3. Valetskyi Yu. M. Yakist zhyttia i psykholohichni osoblyvosti khvorykh na vpershe diahnotovanyi tuberkuloz leheniv, medyko-ekonomichni naslidky zakhvoriuvannia ta shliakhy yikh polipshennia : avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia doktora med. nauk : 14.01.26 / Yu. M. Valetskyi. – K., 2007. – 33 s.
4. Kalmykova Yu. S. Kompleksna fizychna reabilitatsiia osib zriloho viku, khvorykh na infiltratyvnu formu tuberkulozu leheniv, na statsionarnomu etapi : avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. nauk z fiz. vykh. i sportu : 24.00.03 / Yu. S. Kalmykova. – L., 2010. – 24 s.
5. Kalmykova Yu. S. Fizychna reabilitatsiia khvorykh na tuberkuloz lehen: metod. rekomendatsii / Yu. S. Kalmykova. – Kharkiv : KhDAFK, 2009. – 49 s.

6. Климова И. В. Эффективность использования комплекса реабилитационных мероприятий в лечении больных туберкулезными экссудативными плевритами / И. В. Климова, И. В. Ерохина, Е. Р. Жукова. – М., 2004. – С. 65–67.
7. Корнилова З. Х. Реабилитация больных туберкулезом органов дыхания в условиях санатория / З. Х. Корнилова // Центральный НИИ туберкулеза РАМН. – М., 2005. – С. 34–37.
8. Мельник В. М. Патогенетична терапія хворих на туберкульоз легень / В. М. Мельник, А. Г. Яремко, А. К. Вородюхіна // Методичні рекомендації. – Київ, 2004. – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua>.
9. Мурза В. П. Фізична реабілітація : навч. Посіб. / В. П. Мурза. – К. : Олан, 2004. – 559 с.
10. Ногас А.О. Фізична реабілітація хворих на туберкульоз легенів (монографія) / А. О. Ногас. – Рівне, 2016. – 204 с.
11. Ногас А. О. Фізична реабілітація пацієнтів з туберкульозом легенів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.03 / А. О. Ногас. – Л., 2009. – 20 с.
12. Скачко Б. Г. Туберкульоз / Б. Г. Скачко. – К. : Медицина, 2006. – 120 с.
13. Степашко М. В. Масаж і лікувальна фізична культура в медицині : підручник / М. В. Степашко, Л. В. Сухостат. – К. : Медицина, 2006. – 288 с.
14. Петренко В. И. Фтизиатрия : учебник / В. И. Петренко. – К. : Медицина, 2008. – 487 с.
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 04.09.2014 р. № 620. – Режим доступу : moz.gov.ua/docfiles/dn
6. Klymova Y. V. Effektyvnost yspolzovaniya kompleksa reabylytatsyonnykh meropryiatyi v lechenyu bolnykh tuberkuleznymu eksudativnyemu plevrytamy / Y. V. Klymova, Y. V. Erokhyna, E. R. Zhukova. – M., 2004. – S. 65–67.
7. Korniylova Z. Kh. Reabylytatsiya bolnykh tuberkulezom orhanov dykhaniya v uslovyiakh sanatoryia / Z. Kh. Korniylova // Tsentralnyi NYY tuberkuleza RAMN. – M., 2005. – S. 34–37.
8. Melnyk V. M. Patohenetychna terapiia khvorykh na tuberkuloz lehen / V. M. Melnyk, A. H. Yaremko, A. K. Vorodiukhina // Metodychni rekomendatsii. – Kyiv, 2004. – Rezhym dostupu : <http://www.ifp.kiev.ua>.
9. Murza V. P. Fizychna reabilitatsiia : navch. Posib. / V. P. Murza. – K. : Olan, 2004. – 559 s.
10. Nogas A.O. Fizychna reabilitatsiia khvorykh na tuberkuloz leheniv (monohrafiia) / A. O. Nogas. – Rivne, 2016. – 204 s.
11. Nogas A. O. Fizychna reabilitatsiia patsientiv z tuberkulozom leheniv : avtoref. dys. na zdobuttia nauk. stupenia kand. nauk z fiz. vykh. i sportu : 24.00.03 / A. O. Nogas. – L., 2009. – 20 s.
12. Skachko B. H. Tuberkuloz / B. H. Skachko. – K. : Medytsyna, 2006. – 120 s.
13. Stepashko M. V. Masazh i likuvalna fizychna kultura v medytsyni : pidruchnyk / M. V. Stepashko, L. V. Sukhostat. – K. : Medytsyna, 2006. – 288 s.
14. Petrenko V. Y. Ftyziatryia : uchebnyk / V. Y. Petrenko. – K. : Medytsyna, 2008. – 487 s.
15. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy 04.09.2014 r. № 620. – Rezhym dostupu: moz.gov.ua/docfiles/dn

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ

MODERN VIEWS ON APPLICATION OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Ногас А. О., Швед Н. П.

Національний університет водного господарства та природокористування (м. Рівне)

Анотація

У статті розглянуто поширеність хронічного гастриту в Україні та в індустріально розвинених країнах загалом. Висвітлені основні ланки етіології, патогенезу та клінічних симптомів хронічного гастриту. На підставі аналізу та узагальнення спеціальних літературних джерел представлені сучасні погляди і тенденції щодо проведення фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит. Розглянуто основні підходи до призначення засобів лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапії у системі фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит.

Акцентовано увагу на те, що лікування хворих на хронічний гастрит проводять комплексно, диференційовано, залежно від секреторної діяльності шлунку.

Результати досліджень свідчать про те, що засоби фізичної реабілітації сприяють призупиненню подальшого прогресування захворювання, відновленню функцій шлунково-кишкового тракту, покращенню фізичного і психічного стану хворого на хронічний гастрит.

Ключові слова: хронічний гастрит, засоби фізичної реабілітації, комплексне застосування, відновлення здоров'я.

В статье рассмотрено распространённость хронического гастрита в Украине и в индустриально развитых странах в целом. Освещены основные звенья этиологии, патогенеза и клинических симптомов хронического гастрита. На основании анализа и обобщения специальных литературных источников представлены современные взгляды и тенденции проведения физической реабилитации больных хроническим гастритом. Рассмотрены основные подходы к назначению средств лечебной физической культуры, массажа и физиотерапии в системе физической реабилитации больных хроническим гастритом.

Акцентируется внимание на том, что лечение больных хроническим гастритом проводят комплексно, дифференцированно, в зависимости от секреторной деятельности желудка.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что средства физической реабилитации способствуют приостановлению дальнейшего прогрессирования заболевания, восстановлению функций желудочно-кишечного тракта, улучшению физического и психического состояния больного хроническим гастритом.

Ключевые слова: хронический гастрит, средства физической реабилитации, комплексное применение, восстановление здоровья.

In the article was observed the prevalence of chronic gastritis in Ukraine and in industrialized countries as a whole. There were highlighted the main aspects of etiology, pathogenesis and clinical symptoms of chronic gastritis. Based on the analysis and generalization of special literary sources, modern views and trends concerning the physical rehabilitation of patients with chronic gastritis are presented.

Also, there are considered the main approaches to the appointment of means of therapeutic physical training, massage and physiotherapy in the system of physical rehabilitation of patients with chronic gastritis.

Attention is focused on the fact that treatment of patients with chronic gastritis is carried out in a complex, differentiated way, depending on the secretory activity of the stomach.

The results of the research are indicating that the means of physical rehabilitation contribute to the suspension of further progression of the disease, the restoration of the functions of the gastrointestinal tract, and the improvement of the physical and mental state of the patient with chronic gastritis.

Key words: chronic gastritis, means of physical rehabilitation, complex application, restoration of health.

Вступ. Останніми роками простежується значне зростання й поширення захворювань шлунково-кишкового тракту у населення України. Це пов'язано з гіпокінезією людини, алкоголізмом, уживанням жирної й гострої їжі, впливом токсичних чинників.

Захворювання системи органів травлення належить до найбільш поширених як у нашій країні, так і у світі загалом. На сьогодні в інду-

стріально розвинених країнах на гастрит хворіють від 50 до 70 % дорослого населення, і його частота має тенденцію до зростання. На частку хронічного гастриту припадає 50 % випадків захворювань органів травлення та 85 % – захворювань шлунку [1, 8].

Однією з проблем сучасної гастроентерології є хронічний гастрит. Це прогресуюче захворювання призводить до змін у секреторній і моторній функціях травної системи, що у

свою чергу приводить до атрофії слизової оболонки [2].

За свідченнями різних науковців, хронічний гастрит є доволі розповсюдженим захворюванням. В різних країнах захворюваність становить 20–30 % [3, 12]. Поширеність хронічного гастриту в Україні за останні 5 років збільшилась на 26,7 %, а захворюваність зросла на 19,8 %. Усі ці фактори потребують правильної і вчасної діагностики хронічного гастриту, що має не тільки клінічне, але й соціальне значення [13].

Хвороба в основному уражає людей працездатного віку. Хронічний характер захворювання обумовлює високі показники тимчасової непрацездатності і інвалідності [10].

Лікування хворих на хронічний гастрит проводять комплексно, диференційовано, залежно від секреторної діяльності шлунку. Призначають медикаменти, дієтотерапію, вживання мінеральної води, а також засоби фізичної реабілітації, що застосовують у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації [9].

Однак питання щодо застосування засобів фізичної реабілітації недостатньо вивчене, що зумовлює доцільність його подальшого вивчення та пошуку нових шляхів удосконалення діагностики та відновного лікування хронічного гастриту [11].

На сьогодні відсутні комплексні дослідження присвячені фізичній реабілітації хворих на хронічний гастрит, немає чітких методичних вказівок щодо реабілітаційного обстеження хворих, а також відповідних засобів та методів, які надали б змогу стандартизувати обсяг призначуваних лікувально-реабілітаційних заходів при складанні індивідуальних програм реабілітації.

Матеріал і методи: аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури; узагальнення досвіду роботи щодо застосування фізичної реабілітації при даній патології; аналіз зібраних матеріалів; опрацювання авторефератів дисертацій; опрацювання інтернет-джерел.

Результати дослідження та їх обговорення. За сучасними уявленнями, поряд з медикаментозною терапією, в системі відновлення здоров'я хворих на хронічний гастрит важлива роль належить фізичній реабілітації. Ретельно підібрані фізичні вправи, лікувальний масаж

та фізіотерапевтичні процедури сприяють припинення подальшого прогресування захворювання, відновлення функцій шлунково-кишкового тракту, покращення фізичного і психічного стану хворого [10, 14].

Ряд науковців рекомендують застосовувати лікувальну фізичну культуру під час стаціонарного лікування у два періоди. Її методика ґрунтується на фізіологічній залежності секреторної та моторної функції шлунку від характеру й обсягу м'язової роботи [4, 5].

Лікувальну фізичну культуру призначають у період стихання процесу загострення. Вона протипоказана при сильному болю, багаторазовому блюванні.

Основні завдання ЛФК: поліпшення психоемоційного стану та нейрогуморальної регуляції процесів травлення; нормалізація секреторної й моторної функції травного тракту; стимулювання крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, підсилення трофічних і репаративних процесів, зменшення запальних явищ; покращання функції дихання; зміцнення м'язів живота й промежини [7].

На думку дослідників I період відповідає гострій та підгострій фазам захворювання. Хворому призначають напівпостільний режим. Застосовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу. Тривалість занять лікувальною гімнастикою 10–20 хв, загальне навантаження невелике.

II період збігається з покращанням загального стану хворого, поступовим одужанням, переходом на вільний руховий режим, нарощенням навантажень, застосуванням спортивно-прикладних вправ. У комплексах лікувальної гімнастики зберігається кількість дихальних вправ і вправ на розслаблення, збільшуються спеціальні, загальнорозвиваючі з предметами, за рахунок чого заняття тривають 20–25 хв. У цьому періоді у хворих на гастрит з підвищеною секрецією навантаження на м'язи живота залишаються обмеженими [4, 7, 9].

Результати численних досліджень показали позитивний вплив фізичних вправ на стан здоров'я хворих хронічним гастритом, без посилювання больових відчуттів. Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больових відчуттів, зменшуючи кількість днів перебування хворих у стаціонарі [6, 11].

Під впливом фізичних вправ поліпшуються трофічні процеси органів травлення – активізується кровопостачання органів черевної порожнини і зменшується кількість депонованої крові, що сприяє загасанню запальних процесів і прискоренню процесів регенерації. Фізичні вправи надають тонізуючу впливом на весь організм, сприяючи нормалізації моторно-вісцеральних рефлексів [10].

Збільшення вироблення соляної кислоти, ферментів, яких бракує при гастриті зі зниженою секрецією, досягається за допомогою фізичних вправ, виконаних в помірному темпі чи темпі трохи вищому за середній. Пульс під час заняття не повинен перевищувати 140–150 ударів на хвилину. Вправи потрібно виконувати за 1,5–2 години до їжі чи через 1,5–2 години після їжі [14].

У лікувальний комплекс включають дихальні вправи, бо при глибокому диханні рухи діафрагми змінюють внутрішньочеревний тиск. При невеликій кількості повторень це сприятливо впливає на судини шлунку та його кровопостачання.

Цілком необхідні вправи для м'язів черевного пресу, що допоможуть справитися не тільки з обвислим животом, а й підвищать рівень внутрішньочеревного тиску, знову таки поліпшуючи кровопостачання шлунку. Дуже корисна повільна ходьба. Починати заняття лікувальної фізичної культури потрібно поступово, збільшуючи кількість вправ які сприяють поліпшенню загального стану хворого [5, 13].

Провідні фахівці відзначають, що лікувальний масаж призначають у ті самі строки, що й ЛФК для нормалізації нейрорегуляторного апарату і секреторної діяльності органів черевної порожнини, поліпшення функцій гладкої мускулатури кишок і шлунку, зміцнення м'язів черевного пресу та з метою нормалізації функціонального стану нервової, судинної й симпатико-адреналінової систем, усунення застійних явищ і поліпшення кровообігу у малому та великому колі, активізації обміну речовин і трофічних процесів в тканинах [6, 9].

Застосовують сегментарно-рефлекторний, класичний і апаратний масаж. Сегментарний масаж при хронічному гастриті посилює дію медикаментозних та інших лікувальних засобів, прискорюючи тим самим процес одужання.

При хронічному гастриті із секреторною недостатністю прийоми та порядок проведення масажу такі ж, як при нормальній чи підвищеній секреторній функції, але масажисту дозволено виконувати струс та струшування. Курс лікування сегментарним масажем складається з 12–15 сеансів, що проводяться через день. Тривалість одного сеансу – 10–15 хвилин [8, 11].

Вченими доведено, що фізіотерапію при хронічному гастриті призначають у фазі загострення і при його затуханні з метою протизапальної та знеболюючої дії, активізації крові і лімфообігу, нормалізації секреторної і моторної функції шлунку, трофічних процесів в ньому, зменшення збудливості нервової системи при гіперсекреції і підвищенні і збудливості при секреторній недостатності. Застосовують солюкс, індуктотермію, мікрохвильову терапію, медикаментозний електрофорез, діадинамотерапію, УФО, парафіно-озокеритні аплікації, зігріваючі компреси, хвойні чи радонові ванни, електросон [3, 6].

У період загострення, посилення болів призначають легке тепло на надчеревну ділянку: грілку, солюкс, лампу Мініна. Процедури проводять по 10–15 хв 1–2 рази на день, курс 5–6 опромінь.

При хронічному гастриті зі зниженою секрецією, особливо на ранніх етапах захворювання призначають електрофорез з 1 % розчином вітаміну В₁ (тіаміну) ендоназально, час проведення від 6 до 10 хв, курс 8–12 процедур. При тривалому перебігу захворювання призначають УФО на надчеревну і сегментарні зони, курс 5–8 процедур [1, 12].

Широко використовується пиття мінеральних вод середньої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, хлору та натрію, переважно вуглекислі середньої концентрації, що мають різну реакцію – від слабкої до лужної. Питний курс зазвичай призначається з 1–2-го дня лікування, вода застосовується по 200 мл за 15–20 хв до їжі 3 рази на день [14].

Незважаючи на прогрес у вивченні питань етіології, патогенезу, ранньої діагностики та ефективних сучасних підходів до лікування хворих на хронічний гастрит, застосування засобів фізичної реабілітації в процесі відновного лікування перебуває на низькому рівні та є недосконало вивченим, що вказує на необхідність та важливість розробки і впроваджен-

ня комплексної програми фізичної реабілітації у лікувальний процес хворих на хронічний гастрит.

Висновки. Аналіз та узагальнення наукової та спеціальної літератури свідчить про необхідність застосування засобів фізичної реабілітації у відновному лікуванні хворих на хронічний гастрит.

Комплексне та раціональне використання засобів фізичної реабілітації сприяє зниженню

запального процесу, запобігає ускладненням, зменшує больовий синдром, усуває неприємні відчуття у шлунку, покращує працездатність і загальний стан хворого.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у поглибленому вивченні програм фізичної реабілітації хворих на хронічний гастрит в умовах санаторно-курортного лікування.

Література

1. Бордин Д. С. Хронический гастрит: современный взгляд на старую проблему / Д. С. Бордин, А. А. Машарова, С. Г. Хомерики. – 2013. – №1 (69). – С. 72–74.
2. Бровицький О. С. Види, симптоми, лікування гастриту / О. С. Бровицький. – 2000. – №2. – 15 с.
3. Григор'єв П. Я. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування) / П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Е. П. Яковенко, М. Є. Гаврилюк, С. Є. Шостак. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 132 с.
4. Дубровский В. И. Лечебная физкультура : учебник для студентов вузов / В. И. Дубровский. – М. : МИА, 2006. – 598 с.
5. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : учебное пособие для вузов / В. А. Епифанов. – М. : Изд. Дом «ГЕОТАР-МЕД», 2002. – 265 с.
6. Златкина А. Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения / А. Р. Златкина. – М. : Медицина, 2004. – 336 с.
7. Козырева О. В. Лечебная физкультура при заболеваниях органов пищеварения / О. В. Козырева. – М. : Медицина, 2003. – 137 с.
8. Лычев В. Г. Основы клинической гастроэнтерологии / В. Г. Лычев. – М. : Мед. книга; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2000. – 186 с.
9. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 424 с.
10. Ногас А. О. Методичні вказівки до виконання лабораторних робіт з дисципліни «Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів» для студентів напряму підготовки 6.010203 «Здоров'я людини» денної форми навчання / А. О. Ногас. – Рівне : НУВГП, 2016. – 42 с.
11. Пархотик І. І. Фізична реабілітація при захворюваннях органів черевної порожнини /

References

1. Boryn D. S. Khronycheskyi hastryt: sovremennyy vzghliad na staruiu problemu / D. S. Boryn, A. A. Masharova, S. H. Khomyryky. 2013. – №1 (69). – S. 72–74.
2. Brovytskyi O. S. Vydy, symptomy, likuvannia hastrytu / O. S. Brovytskyi. – 2000. – №2. – 15 s.
3. Hryhoriev P. Ya. Khvoroby orhaniv travlenia (diahnostyka i likuvannia) / Hryhorev P. Ya., Starodub Ye. M., Yakovenko E. P., Havryliuk M. Ye., Shostak S. Ye. – Ternopil : Ukrmedknyha, 2000. – 132 s.
4. Dubrovskyi V. Y. Lechebnaia fizykultura; uchebnyk dlia studentov vuzov / V. Y. Dubrovskyi. – M. : MYA, 2006. – 598 s.
5. Epyfanov V. A. Lechebnaia fizycheskaia kultura: uchebnoe posobyie dlia vuzov / V. A. Epyfanov. – M. : Yzd. Dom «HEOTAA MED», 2002. – 265 s.
6. Zlatkyna A. R. Lechenye khronycheskykh boleznei orhanov pshchevarenyia / A. R. Zlatkyna. – M. : Medytsyna, 2004. – 336 s.
7. Kozyreva O. V. Lechebnaia fizykultura pry zaboлевaniakh orhanov pshchevarenyia / O. V. Kozyreva. – M. : Medytsyna, 2003. – 137 s.
8. Lychev V. H. Osnovy klynycheskoi hastroenterolohyy / V. H. Lychev. – M. : Med. knyha; N. Novhorod : Yzd-vo NHMA, 2000. – 186 s.
9. Mukhin V. M. Fizychna reabilitatsiia / V. M. Mukhin. – K. : Olimpiiska literatura, 2005. – 424 s.
10. Nohas A. O. Metodychni vkazivky do vykonannia laboratornykh robit z dystsypliny «Fizychna reabilitatsiia pry zakhvoriuvanniakh vnutrishnikh orhaniv» dlia studentiv napriamu pidhotovky 6.010203 «Zdorov'ia liudyny» dennoi formy navchannia / A. O. Nohas. – Rivne : NUVHP, 2016. – 42 s.

І. І. Пархотик. – К. : Олімпійська література, 2003. – 223 с.

12. Пелешук А. П. Гастроентерологія / А. П. Пелешук, В. Г. Передерій, А. С. Свінціцький. – К. : Здоров'я, 2005. – 234 с.

13. Пічурін В. В. Особливості застосування фізичних вправ студентами навчальної секції фізичної реабілітації із захворюваннями травної системи : метод. рекоменд. / В. В. Пічурін, Н. В. Бачинська [Текст] // Редакційно-видавничий відділ ДНУ ім. О. Гончара. – Дніпропетровськ, 2010. – 30 с.

14. Яблонська В. Б. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія / В. Б. Яблонська. 2007. – №3. – С. 20–24.

11. Parkhotyk I. I. Fizychna rehabilitatsiia pry zakhvoriuvanniakh orhaniv cherevnoi porozhnyny / I. I. Parkhotyk. – K. : Olimpiiska literetatura, 2003. – 223 s.

12. Peleshchuk A. P. Hastroenterolohiia / A. P. Peleshchuk, V. H. Perederii, A. S. Svin-tsitskyi. – K. : Zdorovia, 2005. – 234 s.

13. Pichurin V. V., Bachynska N. V. Osoblyvosti zastosuvannia fizychnykh vprav studentamy navchalnoi sektsii fizychnoi reabilitatsii iz zakhvoriuvaniamy travnoi systemy: metod. rekomend. / V. V. Pichurin, N. V. Bachynska [Tekst] // Redaktsiino-vydavnychiy viddil DNU im. O. Honchara. – Dnipropetrovsk, 2010. – 30 s.

14. Yablonska V. B. Medychna rehabilitatsiia, kurortolohiia, fizioterapiia / V. B. Yablonska. 2007. – №3. – S. 20–24.

СОВРЕМЕННАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА В МЕНЕДЖМЕНТЕ СПАСТИЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

MODERN EVIDENCE IN THE MANAGEMENT OF SPASTICITY AFTER STROKE

Романишин Н. Я.

Медицинский центр «Универсальная клиника «Обериг» (г. Киев)

Анотации

Статья посвящена проблеме спастичности после инсульта. Методах оценки нервно-мышечной системы человека и эффективных методов ведения человека с повышенным тонусом мышц после инсульта.

Ключевые слова: инсульт, физическая реабилитация.

The article is devoted to the problem of spasticity after a stroke. Methods of assessment of human neuromuscular system and effective methods of conducting a person with a high tone muscles after a stroke.

Key words: stroke, physical rehabilitation.

Стаття присвячена проблемі спастичності після інсульту. Методи оцінки нервово-м'язової системи людини і ефективних методів ведення людини з підвищеним тонусом м'язів після інсульту.

Ключові слова: інсульт, фізична реабілітація.

Введение. Распространенность спастичности после инсульта по последним данным исследований [14] составляет 20–30 % от общего числа выживших после инсульта. Спастичность сильно влияет на качество жизни людей после инсульта, часто выходя за рамки банальной косметической проблемы.

Старые взгляды на лечение спастичности состояли в назначении врачом медикаментов, что, однако, не всегда приводило к позитивному результату. Последние исследования [11] указывают на необходимость мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов со спастичностью. Такой подход позволяет взглянуть на проблему повышенного мышечного тонуса с разных позиций. Состав мультидисциплинарной команды может быть разным, но в него должны входить не менее двух специалистов разных специальностей. То есть не два физических реабилитолога или два врача-невролога, а физический реабилитолог, врач-невролог, эрготерапевт, психолог. Чем больше разных специалистов могут принять участие в обсуждении спастичности пациента после инсульта, тем больше разных взглядов на одну проблему под разными углами будет получено.

Таким образом, эффективность вмешательства зависит от количества специалистов, которые ведут пациента после инсульта.

Само понятие вмешательства в современных исследованиях заменено на понятие менеджмента, то есть нет однозначного решения проблемы повышенного мышечного тонуса, а есть необходимость вовлечения разных специ-

алистов, которые, каждый со своей стороны, направляют свою работу на уменьшение спастичности.

Результаты исследования и их обсуждение. Сейчас уже не вызывает сомнения необходимость проведения физической реабилитации после инсульта. Абсолютно все национальные клинические руководства предусматривают использование физической реабилитации после инсульта как эффективного средства.

Возникает необходимость рассмотреть детально возможности физической реабилитации относительно применения для улучшения движения и уменьшения спастичности.

Сосредоточимся на основных параметрах **нервно-мышечной системы**.

Само по себе интересное понятие, которое редко встречается как в отечественной научной среде, так и в простом обиходе: нервно-мышечная система. Небольшой пример: в англоязычном поиске в Google по запросу «**neuromuscular system**» поисковая система выдает около 11 миллионов результатов, при обращении к этой же поисковой системе по запросу «**нервно-мышечная система**» результатов будет только около 300 тысяч. Иными словами, этот термин не распространен у нас, вместо него используют термин «**опорно-двигательный аппарат**», что не всегда соответствует подразумеваемому значению. В рамках этой статьи мы будем использовать термин «нервно-мышечная система», поскольку он в полной мере отображает содержание и не вызывает подмены понятий.

Основными параметрами нервно-мышечной системы, которые интересуют физическо-

го реабилитолога и которые он обследует в первую очередь, у пациента после инсульта являются: **тонус, сила, качество контроля над движением.**

Это основные параметры, на которые никогда не обращают внимания врачи, поскольку они выходят за рамки врачебного обследования. Иногда в эпикризах неврологи фиксируют повышенный тонус и силу мышц, однако это абсолютно бесполезно и неинформативно для физического реабилитолога. Поскольку этими параметрами обладает каждая мышца в организме человека, показатель мышечной силы в 3 бала в нижней конечности или тонус мышц в руке в 4 бала по модифицированной шкале Ашфорт не говорят ровным счетом ничего. Как тестировалась сила мышц? Пациента попросили поднять ногу в положении лежа на спине? Пациента попросили пошевелить ногой?

Существуют стандартные валидные методы количественного измерения **силы** и **тонуса** нервно-мышечной системы. Сила мышц обследуется тестом Ловетта (6 бальная шкала от 0 до 5), тонус мышц обследуется модифицированной шкалой Ашфорта (6 бальная шкала от 0 до 4) [6, 12].

За Ловеттом сила мышц оценивается согласно следующим балам:

0 = полное отсутствие напряжения мышц;

1 = следы напряжения, т.е. напряжения без движения;

2 = отчетливое напряжение мышц и способность выполнить движение без помощи реабилитолога, без силы тяжести;

3 = полная амплитуда движения против силы тяжести;

4 = полная амплитуда движения со средним сопротивлением по всей амплитудой;

5 = полная амплитуда с максимальным сопротивлением.

Начинают выполнять тест на подтверждение силы в 3 бала: просят выполнить определенное движение (для каждой мышцы свое выходное положение, при котором максимально исключаются мышцы-синергисты). Если испытуемый не может этого сделать переходят для обследования силы на 2 и меньше баллов, если может – на 4 и выше.

Модифицированная шкала Ашфорта:

0 = нет увеличения мышечного тонуса;

1 = незначительное увеличение мышечного тонуса, проявляющееся только в начале и в конце движения;

1+ = незначительное увеличение мышечного тонуса, проявляющееся минимальным сопротивлением на протяжении всего диапазона движения;

2 = более значительное увеличение мышечного тонуса, но движения относительно свободны;

3 = выраженное увеличение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены;

4 = пораженный сегмент неподвижен в положении сгибания или разгибания.

Фактически при проведении обследования по Ловетту та же позиция пациента сохраняется при проведении обследования по Ашфарту, с одной оговоркой: меняется направление движения и оценивается противодействие этому движению. Например, при обследовании двуглавой мышцы плеча по тесту Ловетта пациент находится в сидячем положении, руки по швам, кисть в супинации, и производится сгибание предплечья. Оценку по модифицированной шкале Ашфорта двуглавой мышцы плеча необходимо производить в этом же положении, однако сделать нужно пассивное разгибание предплечья – чтобы определить сопротивление, которое оказывает повышенный тонус на противодействие движению. Это известно любому вмняемому физическому реабилитологу, однако не известно врачу неврологу.

Если эти параметры нервно-мышечной системы хоть как-то известны в нашей стране, то понятие **качества движения** или **качества контроля** – абсолютно неизвестны.

Тем временем в других странах с 1975 года существуют специальные тесты, которые позволяют определять этот параметр нервно-мышечной системы.

Необходимо внести ясность в само понятие **качества движения**. После инсульта нарушается контроль двигательного центра над периферической мускулатурой. Параметр качества движения помогает оценить уровень контроля двигательным центром над периферической мускулатурой, поскольку тут есть прямая зависимость.

В современной медицине выделяют специализированные тесты и шкалы догоспитального этапа: Cincinnati Stroke Scale, Los Angeles

Prehospital Stroke Scale (LAPSS), ABCD Score, которые должны использоваться бригадами скорой медицинской помощи.

Специализированные тесты острого периода инсульта: Canadian Neurological Scale (CNS), European Stroke Scale, Glasgow Coma Scale (GCS), Hemispheric Stroke Scale, Hunt & Hess Scale, Mathew Stroke Scale, NIH Stroke Scale (NIHSS), Orgogozo Stroke Scale, Oxfordshire Community Stroke Project Classification (Bamford), Scandinavian Stroke Scale, World Federation of Neurological Surgeons Grading System for Subarachnoid Hemorrhage Scale используются врачами специализированных отделений.

Тесты для определения функционального состояния пациента: Berg Balance Scale, Lawton IADL Scale, Modified Rankin Scale, Stroke Specific Quality of Life Measure (SS-QOL) выполняют как физический реабилитолог, так и эрготерапевт.

Специализированные тесты оценки результата вмешательства: Barthel Index, Functional Independence Measurement (FIM™), Glasgow Outcome Scale (GOS), Health Survey SF-36™, Health Survey SF-12™, Community Integration Questionnaire также используют представители реабилитационной команды.

Существует еще специальная группа тестов, которые использует только физический реабилитолог для оценки качества контроля двигательным центром над периферической мускулатурой.

В этой части необходимо рассмотреть подход Брунстрем (The Brunnstrom Approach), который и позволил создать **абсолютно все** шкалы качества движения после инсульта. Шведский физический реабилитолог Сигне Брунстрем (Signe Brunnstrom) работала в США между 1928 и 1974 годами. В 60-е состоялось становление основ подхода, который окончательно сформировался в 1966 году [2].

Согласно подходу Брунстрем, после инсульта контроль над движением переходит к филогенетически старшим структурам мозга. А сам процесс восстановления протекает в определенной последовательности, которая протекает поэтапно. Таким образом, пациент не может перепрыгнуть через этап, а восстановление пойдет поэтапно.

Необходимо отметить, что данный подход позволяет оценить качество движения только

при гемиплегии разного генеза и не подходит для других неврологических патологий (повреждения спинного мозга, например).

Основным в определении этапа восстановления контроля движения является тонус мышц и синергия. Понятие синергия подразумевает сумму отдельных движений в одном. Например: сгибательная синергия нижней конечности включает в себя сгибание в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах (три отдельных движения в рамках одного).

Всегда присутствуют сильный и слабый компоненты движения: в нижних конечностях разгибание, в верхних – сгибание являются сильным компонентом синергии.

Гемипарез является нарушением пирамидальной системы, которая отвечает за антигравитационный тонус. В процессе онтогенеза мозг учится контролировать мышцы и противодействовать гравитации, и при нарушении этой функциональной системы происходит возложение этой функции на филогенетически более старые структуры мозга. Противодействие гравитации происходит сгибанием верхней конечности и разгибанием нижней.

Рассмотрим этапы восстановления контроля над движением в верхней конечности после инсульта в соответствии с подходом Брунстрем. Всего выделено семь этапов:

1. Мышечные рефлексы растяжения (т.е. глубокие сухожильные рефлексы) отсутствуют или гипоактивны. Ни под действием стимулирующего раздражителя, ни рефлекторно, ни волевым усилием нельзя вызвать ни одного активного движения.

2. Чувствуется противодействие пассивному движению. Появляются компоненты синергий или их основы – это волевые попытки выполнить движение. Сгибательная синергия появляется, как правило, скорее. Спастика может быть не очень выраженной.

3. Сгибательная и разгибательная синергии выполняются отдельно без их сочетаний, это основной признак 3 стадии. Но доминирует сгибательная синергия.

4. Уменьшаются проявления спастики, а также сочетаются синергии в полезные двигательные комбинации. Движение может начинаться со слабой синергии: разгибания.

5. Относительная независимость от синергий и маловыраженная спастика. Могут выполняться более сложные двигательные комбинации.

6. Движения выполняются так хорошо, как на здоровой стороне и должны быть близкими к нормальным. Теперь становится возможным много разнообразных сочетаний движений, однако при необходимости быстрых или сложно-координированных движений могут появляться ненормальные типы движений с неправильным их согласованием во времени.

7. Полное выздоровление.

Этот подход позволил создать шкалы, которыми пользуются во всем мире, за исключением Украины, для оценки качества контроля двигательного центра над периферической мускулатурой. Таким образом, физический реабилитолог получает информацию о **качестве движения** нервно-мышечной системы.

На основе этого подхода созданы тесты и шкалы [4, 10]: Chedoke-McMaster Stroke Assessment, Fugl-Meyer Assessment. Если первый тест распространен в Канаде, то второй является стандартом оценки качества движения с 1975 года во всем мире, когда его создали скандинавские физические реабилитологи.

Эти тесты прекрасно коррелируют с Functional Independence Measure [9].

Также необходимо отметить малораспространенный тест качества движения **The Oswestry scale of spasticity grading** (Goff V., 1976) [8], который прекрасно себя зарекомендовал в клинической практике физического реабилитолога. Если два вышеупомянутых теста качества движения требуют специальной подготовки, большого времени обследования (от 45 минут до часа), а первый еще и платы за использования, то тест Гоффа (The Oswestry scale of spasticity grading) позволяет оценить качество движения у кровати пациента за 1–2 минуты, что является бесспорным преимуществом.

Рассмотрим детальнее **шкалу оценки качества движения по Гоффу**:

1 – Отсутствие спастичности

Нет произвольных движений: тонические и спинальные рефлекссы сохранены.

2 – Очень тяжелая спастичность

Движение возможно только в одном направлении паттерна движения (только сгибание).

3 – Тяжелая спастичность

Движение возможно в двух направлениях (сгибание-разгибание).

4 – Умеренная спастичность

Существует контроль за движениями в крупных суставах (в проксимальных отделах больше, чем в дистальных).

5 – Легкая спастичность

Хороший контроль над движениями в проксимальных суставах, недостаток должного контроля в запястье и/или кисти, нарушение мелкой моторики.

6 – Отсутствие спастичности

Нормальное движение.

Таким образом, этот тест идеально подходит для использования в ежедневной клинической практике физического реабилитолога. Причем этот тест применим (как и все вышеупомянутые) и для оценки качества движения в нижних конечностях при гемипарезе.

При оценке качества движения по Гоффу в руке на 2 бала физический реабилитолог будет обращать внимание при обследовании на сгибание в конечности (сильная синергия), тогда как при оценке нижней конечности по Гоффу на 2 бала – на разгибание (опять же сильная синергия для нижней конечности относительно подхода Брунстрем).

То есть при обследовании руки физический реабилитолог знает, что сначала будет восстановлен контроль над сгибанием, потом будет восстановлен контроль над как сгибанием, так и разгибанием и так далее согласно подходу Брунстрем. Это он и будет пытаться установить при обследовании качества движения по Гоффу.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что понятие качества движения никак не связано с понятием мышечной силы. То есть эти два параметра нервно-мышечной системы необходимо обследовать отдельно и не пытаться связывать их результаты между собой.

Что это значит: у пациента №1 может быть сохранен хороший контроль над качеством движения в руке (по Гоффу на 4 бала), но присутствует недостаток мышечной силы (большинство мышц тестируются по Ловетту на 2 бала). Ни родственники, ни лечащий невролог не увидят движения в конечности, и скажут что рука «как плеть».

У пациента №2 рука оценена по тесту Гоффа на 2 бала, а сила основных мышц руки по Ловетту на 4 бала. И родственники, и неврологи радостно говорят о наличии движения в руке и с оптимизмом смотрят в будущее.

Однако вменяемый физический реабилитолог, зная результаты оценки основных параметров нервно-мышечной системы у этих двух пациентов, сразу поймет, что в более выгодном положении относительно двигательного прогноза находится именно пациент №1, поскольку восстановление мышечной силы требует значительно меньшего количества часов занятий физической реабилитации. А у пациента №2 низкий бал оценки качества движения по Гоффу, что указывает на большой неврологический дефицит. В этой статье ниже приведены результаты средних значений стадий восстановления согласно тесту Chedoke-McMaster Stroke Assessment, которые свидетельствуют о средних показателях улучшения качества движения в руке на 0,9 бала.

Это лишний раз подтверждает, что знаменитый вопрос: «доктор, я буду ходить после инсульта?» в нашей стране пациенты задают не по адресу. В обязанности врача невролога во всем мире не входит обследование основных параметров нервно-мышечной системы. Соответственно и самый распространенный ответ: «Нужно время» не имеет под собой ничего, кроме человеческого желания не разочаровывать и эмпатии.

Таким образом, тест Гоффа более универсальный и простой в использовании, при сохранении хорошей информативности для физического реабилитолога при обследовании качества движения нервно-мышечной системы.

Эти тесты позволяют оценить влияние *чего-то* на восстановление двигательного контроля. Используя эти тесты, оценивают эффективность различных методов вмешательства (иглоукалывания, или средств медикаментозной терапии, например) на восстановление движения после инсульта.

Насколько Украина проигрывает мировому сообществу, свидетельствуют следующие показатели: при поисковом запросе в Национальной библиотеке Украины имени Вернадского, основных научных журналах, в которых публикуют результаты исследований по физической реабилитации (Теория и методика физического воспитания, Спортивная наука Украины и других) абсолютно отсутствуют результаты по тэгам «Chedoke-McMaster Stroke Assessment» и «Fugl-Meyer Assessment». А при обращении на интернет ресурс PubMed (US National Library of Medicine National Institutes

of Health) мы видим 249 результатов по тэгу «Chedoke-McMaster» и 540 по тэгу «Fugl-Meyer Assessment». При обращении на специализированный ресурс, посвященный отдельно физической реабилитации PEDro (the Physiotherapy Evidence Database) цифры будут следующими: 7 результатов по тэгу «Chedoke-McMaster» и 167 по тэгу «Fugl-Meyer Assessment».

Из всего этого следует вывод, что в Украине не проводятся исследования, которые бы оценивали качество восстановления движения после инсульта в силу разных причин, основная из которых – неосведомленность. Остается только догадываться относительно качества проводимых у нас исследований и того, как на это смотрят наши более продвинутые зарубежные коллеги. Причем это касается не только представителей профессии физический реабилитолог, но и представителей неврологического медицинского сообщества.

Относительно средних результатов оценок согласно тесту Chedoke-McMaster Stroke Assessment, то исследование 2011 года [7] демонстрирует следующие цифры.

Среднее значение стадии восстановления кисти: первичное измерение – 3,8, прогнозируемое значение после реабилитации – 4,6, результат после реабилитации – 4,2 бала.

Среднее значение стадии восстановления руки: первичное измерение – 3,7, прогнозируемое значение после реабилитации – 4,6, результат после реабилитации – 4,6 бала.

Необходимо подчеркнуть, что на результаты теста Chedoke-McMaster Stroke Assessment не показательны в первые 14 дней после инсульта. На протяжении этого периода происходят изменения, и качество движения стабилизируется ко второй неделе.

Таким образом, стадии восстановления меняются, и это происходит согласно определенным этапам. Физический реабилитолог, зная стадийность этих этапов, акцентирует свою работу на усиление движений, характерных для следующего этапа, что и является основной для всего процесса физической реабилитации, направленной на восстановление верхней конечности.

Относительно физической реабилитации, то есть методы временного уменьшения спастичности, что позволяет открыть так называемое терапевтическое окно для занятия с пациентом,

во время которого работа строится на нейрофизиологическом подходе Сигне Брунстрем. Проводимая таким образом работа на протяжении определенного времени позволяет в долгосрочной перспективе уменьшить спастичность.

В 2011 году вышел протокол [13] Кокрейновского сообщества по физическому лечебному вмешательству для менеджмента спастичности после инсульта, где прописаны основные методы для уменьшения спастичности, которые использует физический реабилитолог и эрготерапевт.

Методы поделены относительно движения на:

- **Активные:** упражнения прогрессивного сопротивления, программы аэробных упражнений, Бобат-подход (Нейро-развивающая терапия), нейромышечная электростимуляция, ЭМГ робототехника, частичная поддержка веса тела – механический тренер ходьбы, ментальные практики.

- **Пассивные:** пассивные движения и растяжки суставов (динамические/статические), статическое позиционирование, аппараты непрерывного пассивного движения (CPM), рефлекс ингибирующее лонгетирование.

- **Дополнительные:** криотерапия, теплотечение, инфракрасная термотерапия, гидротерапия, ультразвук, ударно-волновая терапия, чрезкожная электростимуляция нервов (TENS), электромиостимуляция, основанная на биологической обратной связи, повторяющая краниосакральная магнитная стимуляция, вибрационные раздражители, акупунктура.

Использование этих методов позволяет открыть терапевтическое окно, на протяжении которого понизится тонус мышц и станет возможным выполнение новых движений.

От того, какие именно движения выбраны, и зависит успех при проведении физической реабилитации у пациентов с постинсультной спастичностью. Если стратегия выбора этих упражнений строится с учетом подхода Брунстрем, то с большей долей вероятности прогнозируема позитивная динамика относительно такого параметра нервно-мышечной системы как качество движения. Если во время открытия терапевтического окна будут использованы упражнения, которые не учитывают подход Брунстрем, то с большей долей вероятнос-

ти можно сказать, что улучшения качества движения у такого пациента не будет.

Здесь необходимо обратить внимание на прогнозирование физиореабилитационного вмешательства.

Физическому реабилитологу после проведения реабилитационного обследования необходимо выбрать стратегию вмешательства. По большому счету, выбор присутствует всегда между двух вариантов: компенсация/адаптация и развитие.

Первый вариант подразумевает компенсацию или адаптацию к присутствующей спастичности. Его выбирают, когда прошло много времени после инсульта, когда физический реабилитолог ограничен во времени (пациент госпитализирован на 2 недели в отделение).

Второй вариант подразумевает работу над улучшением качества движения. Его выбирают, когда прошло мало времени после инсульта, и доступ к пациенту будет на протяжении длительного времени.

Первый вариант развивает функциональную независимость пациента в рамках уже присутствующей спастичности. Второй вариант, напротив, направлен на развитие лучшего качества движения и потом на его основе заложения фундамента функциональной независимости пациента.

Какой вариант стратегии вмешательства ни выбрал бы физический реабилитолог, его обговаривают с родственниками и пациентом, чтобы у них были адекватные ожидания от вмешательства.

Относительно доказательной базы подхода Брунстрем, то необходимо обратить внимание на определенный нюанс. При проведении сравнения двух реабилитационных подходов невозможно провести двойное ослепление исследования, поскольку физический реабилитолог всегда будет знать, какой подход он использует, однако были проведены подобные исследования.

Пионерами в этой области оказались норвежцы, которые сравнили концепцию Бобат и программу моторного переучивания у пациентов с инсультом в остром периоде (Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study) [1].

Это был первый осязаемый удар по престижу концепции Бобат – результаты исследования были опубликованы в 2000 году, причем авторы повторили свое исследование в 2011, и пришли к аналогичному выводу (Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study) [3]: «данное исследование показывает, что лечение с использованием физической реабилитации программы моторного переучивания предпочтительнее, чем с помощью программы Бобат в острой реабилитации пациентов, перенесших инсульт».

В 2012 году было проведено сравнение подхода Брунстрем и программы моторного переучивания на позднем этапе после инсульта при проведении реабилитационного вмешательства для кисти (Comparison of Brunnstrom movement therapy and Motor Relearning Program in rehabilitation of post-stroke hemiparetic hand: a randomized trial) [5]: «двигательная терапия Brunnstrom (Brunnstrom hand manipulation) оказалась более эффективной, чем двигательная программа переучивания (Motor Relearning Program) в реабилитации руки у хронических больных, перенесших инсульт».

Таким образом, существуют доказательства эффективной физической реабилитации верхней конечности, основанной на подходе Брунстрем, хотя и не такие значимые в силу сложностей сравнения двух подходов.

Необходимо обратить внимание на некую конкуренцию, или непринятие подхода Брунстрем сторонниками концепции Бобат и программы моторного переучивания.

Бобат концепция декларирует необходимость ориентации на «нормальное» движение и угнетение патологических движений.

Литература

1. Langhammer B, Stanghelle JK. Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study. Clin Rehabil. 2000 Aug. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945420>

2. Brunnstrom S. Movement therapy in hemiplegia: a neurophysiological approach. Signe

Подход Брунстрем призывает не бояться патологических синергий, поскольку они – часть естественного процесса восстановления. На некоторых ранних этапах они необходимы для перехода на следующий этап.

Программа моторного переучивания (Motor Relearning Program) декларирует, что лучше выполнение конкретных двигательных задач, которые не ориентируются на синергии. Неважно, со слабого или сильного компонента синергии начинается движение, важна конкретная задача.

Подход Брунстрем декларирует, что важна последовательность синергий, и выполнение задач необходимо подбирать, исходя из присутствующей у пациента синергии. Таким образом, можно двигаться вперед по этапам восстановления.

Стоит обратить внимание на то, что работа согласно подходу Брунстрем не требует получения лицензии, как это сделано с другими более именитыми направлениями физической реабилитации: Бобат, PNF.

Физический реабилитолог, используя эффективные подходы реабилитационного вмешательства для борьбы со спастикой, сможет добиться позитивной динамики по основным параметрам нервно-мышечной системы относительно долгосрочной перспективы.

Выводы. Использование физическим реабилитологом современных и общепринятых в развитых странах методов обследования нервно-мышечной системы позволяет спланировать эффективное реабилитационное вмешательство при наличии спастичности.

Таким образом, только командная работа и использование современных методов работы с пациентом позволяют достичь позитивного результата, чего невозможно достичь лишь одному специалисту.

9. Gowland C, Stratford P, Ward M, Moreland J, Torresin W, Van Hullenaar S, Sanford J, Barreca S, Vanspall B, Plews N. Measuring physical impairment and disability with the Chedoke-McMaster Stroke Assessment. Stroke. 1993; 24 (1):58-63. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8418551>

10. Sanford J., Moreland J., Swanson L. R., Stratford P.W. Gowland C. Motor Performance in

Brunnström. Medical Dept., Harper & Row, 1970. – 192 p.

3. Langhammer B, Stanghelle JK. Can physiotherapy after stroke based on the Bobath concept result in improved quality of movement compared to the motor relearning programme. *Physiother Res Int*. 2011 Jun. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21110413>

4. Chedoke-McMaster Stroke Assessment. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.chedokeassessment.ca/>

5. Pandian S, Arya KN, Davidson EW. Comparison of Brunnstrom movement therapy and Motor Relearning Program in rehabilitation of post-stroke hemiparetic hand: a randomized trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2012 Jul. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22703742>

6. Hislop H.J., Montgomery J., Connelly B., Daniels L. Daniel's and Worthingham's muscle testing: techniques of manual examination. W.B. Saunders, 1995 – 437 P.

7. Dang M., Ramsaran K.D., Street M.E., Syed S. N., Barclay-Goddard R., Stratford P.W., Miller P.A. Estimating the Accuracy of the Chedoke-McMaster Stroke Assessment Predictive Equations for Stroke Rehabilitation *Physiother Can*. 2011 Summer; 63(3): 334–341. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157993/>

8. Goff B. Grading of spasticity, and its effect on voluntary movement. *Physiotherapy*. 1976; 62:358–361. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1005515>

Patients Following Stroke Reliability of the Fugl-Meyer Assessment for Testing PHYS THER 1993; 73:447–454. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://ptjournal.apta.org/content/73/7/447.full.pdf>

11. Demetrios M, Khan F, Turner-Stokes L, Brand C, McSweeney S. Multidisciplinary rehabilitation following botulinum toxin and other focal intramuscular treatment for post-stroke spasticity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009689.pub2/abstract>

12. Rehab Measures: Ashworth Scale / Modified Ashworth Scale. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=902>

13. Monaghan K., Horgan F., Blake C., Cornall C., Hickey P. P. M., Lyons B. E., Langhorne P., Editorial Group: Cochrane Stroke Group. Physical treatment interventions for managing spasticity after stroke. Published Online: 6 JUL 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009188/full>

14. Sommerfeld DK, Gripstedt U, Welmer AK. Spasticity after stroke: an overview of prevalence, test instruments, and treatments. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 91 (9): 814–20. [Электронный ресурс]. – Режим доступа ресурса: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22760104>

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОДРОСТКОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

INFLUENCE OF THE INTEGRATED PROGRAM PHYSICAL REHABILITATION FOR ADOLESCENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE SPINE

Самоленко Т. В., Гордийчук Б. В.

Киевский национальный торгово-экономический университет

Анотации

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни (урбанизация, низкая двигательная активность, изменение режима и качества питания) остеохондрозом болеют от 40 до 80 % жителей земного шара. Эффективность лечения зависит от своевременного начала и комплексности. С каждым годом количество больных увеличивается. И наиболее печально то, что остеохондроз «молодеет». Реабилитационные мероприятия в системе консервативного лечения имеют ряд существенных преимуществ и главное, будучи профилактическими, позволяют не использовать оперативное вмешательство, а стабилизировать патологические изменения позвоночника и даже уменьшить их. В статье показаны исследования, при использовании комплексной программы физической реабилитации подростков с остеохондрозом позвоночника. Именно применение физических упражнений позволяют обеспечить активное сознательное участие самого больного в процессе реабилитации.

Ключевые слова: подросток, физическая реабилитация, комплексная программа, остеохондроз, позвоночник.

Введение. В последние годы произошло резкое ухудшение здоровья детского населения страны. Увеличилось число детей и подростков, страдающих заболеваниями позвоночного столба. В структуре заболеваемости опорно-двигательного аппарата детей и подростков заболевания позвоночного столба занимают одно из первых мест. Распространенность указанной патологии составляет не менее 35 % в любой популяции детей и подростков,

In the modern society in connection with changed life's conditions (urbanization, low motion activity, changes in diet and quality of products) from 40–80 % of people over the world are suffering from osteochondrosis. Treatment's efficiency depends on the timeliness of the beginning and it's complexity. From year to year the amount of the sick is increasing. The worst fact is that osteochondrosis "is becoming younger". Rehabilitation measures in the system of conservative treatment have a range of advantages and the most important is, while being prophylactic, allows not to use the surgery interference, stabilize pathological changes of spine and even decrease them. There are researches in the article, in which complexive program of rehabilitation for children with spine osteochondrosis was used. The usage of physical exercises helps provide an active conscious participation of the sick person in the process of rehabilitation.

Key words: teenager, physical rehabilitation, osteochondrosis, complexive program, spine.

и подростков, при этом продолжается ее неуклонный рост [1, 6].

Остеохондроз – тяжелое прогрессирующее заболевание, которое характеризуется не только болями, но, зачастую, и неврологической симптоматикой. Остеохондроз относят к болезням, которые при отсутствии или неправильном лечении могут привести к высокой степени утраты трудоспособности и, как результат, инвалидности. Эффективность лечения зависит от своевременного начала и комплексности. Комплексное консервативное лечение включает в себя медикаментозную терапию,

У сучасному світі в зв'язку зі зміненими умовами життя (урбанізація, низька рухова активність, зміна режиму та якості харчування) остеохондрозом хворіють від 40 до 80 % мешканців земної кулі. Ефективність лікування залежить від своєчасного початку та комплексності. З кожним роком кількість хворих збільшується, і найбільш неприємним є те, що остеохондроз «молодшає». Реабілітаційні заходи в системі консервативного лікування містять ряд існуючих переваг і головне, будучи профілактичними, дозволяють не використовувати операційне втручання, а навпаки, стабілізувати патологічні зміни хребта і навіть зменшити їх. В статті показані дослідження, в яких використана комплексна програма фізичної реабілітації підлітків із остеохондрозом хребта. Саме застосування фізичних вправ дозволяє забезпечити активну свідому участь хворого в процесі реабілітації.

Ключові слова: підліток, фізична реабілітація, остеохондроз, комплексна програма, хребет.

лечебную физкультуру, массаж, рефлексотерапию, физиотерапию, мануальную терапию и вытяжение позвоночника. Реабилитационные мероприятия в системе консервативного лечения имеют ряд существенных преимуществ, позволяют не использовать оперативное вмешательство, а стабилизировать патологические изменения позвоночника и даже уменьшить их [16, 17].

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни остеохондрозом болеют от 40 до 80 % жителей земного шара. Важно подчеркнуть, что эта болезнь поражает людей в социально активном возрасте, длится долго, протекает порой трудно, склонна к рецидивам и поэтому наносит значительный экономический ущерб обществу. Рентгенологические и клинические исследования последних лет свидетельствуют о том, что этому заболеванию подвержены дети 12–15 лет. Юношеский остеохондроз развивается на основе хондроостеонекроза. К его ранним признакам относят снижение высоты межпозвоночных дисков, их разрывы, обызвествления и уплотнения покровных пластин, смещения позвонков. Наиболее характерным признаком юношеского остеохондроза является наличие остеофитов, огибающих апофизы тел позвонков и придающих передним контурам тел вид катушки. Диски чаще имеют нормальную высоту, но иногда в задних отделах они ниже, чем в неизменных выше и ниже расположенных сегментах. У больных юношеским остеохондрозом отмечаются высокий рост, астенический тип телосложения, гипотрофия и гипотония [2, 3, 6, 11].

Анатомические, биохимические и биомеханические изменения в позвоночнике требуют комплексного лечения. С давнего времени традиционная медицина в лечении патологий позвоночника, в основном базировалась на медикаментозном лечении. Биомеханические основы остеохондроза предусматривают возможность биомеханических способов лечения. Таким способом является кинезитерапия – лечение движением, устраняет патобиомеханические изменения в структурах как отдельных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), так и всего позвоночного столба. Метод включает в себя воздействие биодинамической направленности на опорно-двигательный аппарат человека с использова-

нием мануальной терапии, тракционной терапии, массажа, постизометрической релаксации, постуральной и лечебной гимнастики [13].

Тракционная терапия является одним из древнейших методов кинезитерапии заболевания позвоночника. Одним из классических и одновременно современных методов реабилитации патологий позвоночника является лечебная гимнастика, которая имеет множество теоретических доказательств роли мышечного корсета туловища в содержании вертикального положения тела. Дружественная работа мышц агонистов и антагонистов стабилизирует позвоночник за счет повышения внутрибрюшного давления. Сокращения мышц брюшного пресса, а также натяжение тораколумбальной фасции оттягивает переднюю и заднюю стенки брюшной полости внутрь, тем самым, повышая внутрибрюшное давление. Доказательства значения этих мышц для стабилизации позвоночника в спортивных действиях и актах повседневной жизни представлены с использованием поверхностной электромиографии. В комплексе методов кинезитерапии дегенеративных заболеваний позвоночника одна из главных ролей принадлежит физическим упражнениям, как метода активной функциональной терапии. Рекомендовано максимально используются упражнения на расслабление мышц, специальными являются упражнения в сгибании, разгибании, поворотах, ротационные, круговые, выполняемые самостоятельно и в сочетании с упражнениями для верхних и нижних конечностей. Амплитуда движений подбирается такой, чтобы упражнения не приводили к усилению боли. Движения при выполнении динамических упражнений могут стать условием для развития компрессионного или сосудистого спинального синдрома, поэтому их целесообразнее применять вне стадии обострения [7, 9].

Выполнение упражнений в вертикальном, горизонтальном, положении сидя или стоя на четвереньках, вызывает разную нагрузку на поясничные межпозвоночные диски. Однако, даже эти положения не спасают от травматизации структур позвоночника, во время выполнения упражнений. С целью нивелировать этот повреждающий эффект предложено выполнение упражнений в состоянии разгрузки позвоночника – гидрокинезитерапия, упраж-

нения во время выполнения тракции на ортопедическом столе, на наклонной плоскости. Но, несмотря на многообразие предложенных методов, анализ сил и нагрузок, действующих на позвоночник, в них не проводился [14, 15].

Между специалистами, занимавшимися организацией физической реабилитации детей и подростков с заболеваниями позвоночного столба, существуют различные точки зрения, как на формы организации занятий, так и на их содержание и дозирование физических нагрузок. Предлагают при составлении индивидуальной программы лечебной гимнастики учитывать степень выраженности болевого синдрома. У детей и подростков с выраженным болевым синдромом показана только индивидуальная лечебная гимнастика по щадящим методикам [9].

К особенностям лечебной физической культуры у детей и подростков с аномалиями развития позвоночника относят, прежде всего, повышение функциональных возможностей их организма в целом. При этом большое внимание, по мнению авторов, необходимо уделять увеличению мобильности позвоночника, укреплению мышц туловища и конечностей [5, 7, 8].

Детей и подростков, страдающих заболеваниями позвоночного столба, следует относить к специальной медицинской группе. В связи с этим они должны посещать занятия лечебной физической культурой. Не следует забывать об умеренности физических нагрузок. Под умеренной физической нагрузкой следует понимать – частота сердечных сокращений достигает 30–60 %, а частота дыхания 20–50 % от исходных данных. Детей и подростков, страдающих заболеваниями позвоночного столба, следует относить к специальной медицинской

группе. В связи с этим они должны посещать занятия лечебной физической культурой [4, 10, 12].

Целью работы явилась разработка комплексной программы физической реабилитации и определение ее влияния на функциональное состояние подростков с вертеброгенной патологией шейного отдела.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе городского лечебно-физкультурного диспансера (г. Киев). В исследование приняли 20 подростков (14 мальчиков и 6 девочек), возраст колебался от 11 до 16 лет, причем, основной контингент приходился на возраст 13–16 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Контингент обследованных составил 20 подростков с разными синдромами остеохондроза шейного отдела. С подростками был проведен комплекс восстановительного лечения, применяемый в данном учреждении. Так же применялись различные техники массажа, методы постизометрической релаксации мышц. Приоритет отдавался безмедикаментозным методам лечения. Продолжительность лечения составила от 21 до 30 дней (в среднем 25). У 5 подростков шейный остеохондроз сочетался с поясничным, в шесть – с грудным остеохондрозом, а у девяти он протекал как доминирующий на фоне распространенного. Клинически у двух подростков диагностирована цервико-брахиалгия, цервико-краниалгия – у четырех, а у четырнадцати – цервикалгия. У четырех подростков наблюдали сочетание одновременно нескольких неврологических синдромов.

Распределение больных в зависимости от вида неврологических проявлений представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника

Количество подростков	Неврологические проявления остеохондроза				
	рефлекторные			корешковые	
	Мышечно-тонические	Вегетативно-сосудистые	нейротрофические	раздражение	выпадение
20	9	3	4	3	1
100 %	45 %	15 %	20 %	15 %	5 %

Из данных таблицы следует, что наиболее часто диагностировано вертеброгенных рефлекторных мышечно-тонический синдром (45 %), а наиболее редким оказался корешковый синдром с явлениями выпадения (5 %).

Этиологические предпосылки возникновения заболеваний, наиболее представленной (40 %) оказалась группа подростков, у которых предпосылкой развития клинических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника, являлась неправильная осанка. На втором месте (25 %) находилась группа подростков, которые имеют врожденный или приобретенный сколиоз.

При первичном обследовании основными жалобами пациентов были: боли в шеи и верхнем плечевом поясе в покое и при физической нагрузке, повышенная усталость после физических нагрузок, ограничение движений в шейном отделе позвоночника.

До лечения у пациентов наблюдалось снижение силы мышц шеи и верхнего плечевого пояса, мышц живота, а также признаки сколиоза: асимметрия надплеч и лопаток, сглаженность треугольников талии, асимметрия мышц на уровне первичной дуги, наличие мышечного валика. Использование предложенного комплекса восстановительного лечения у пациентов позволило добиться заметно лучших положительных результатов.

Разработанная комплексная программа восстановительного лечения для больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника, включает: лечебную гимнастику – комплексы составлялись в соответствии с периодом заболевания, физиотерапевтические процедуры (ультразвук, дарсонвализация, электрофорез, переменное магнитное поле), массаж, а также рекомендации по режиму труда и отдыха, самостоятельным занятиям физической культурой. Работая с больными по составленной программе реабилитации, был соблюден принцип индивидуального подхода к больному.

Применение разработанной комплексной программы физической реабилитации позволило добиться нормализации мышечного тонуса, создать более благоприятные условия функционирования сердечно-сосудистой системы и других систем организма, повысить толерантность к физическим нагрузкам, а также улучшить общее качество жизни подростков с вертеброгенной патологией шейного отдела позвоночника. После проведенного

лечения результаты значительно улучшились. Так, болевые ощущения у некоторых пациентов уменьшились на 7–9 день от начала лечения, а полностью исчезли на 9–14-й дни.

Комплексная программа реабилитации представляет собой эффективную методику физической реабилитации подростков с проявлениями вертеброгенной патологии шейного отдела. Применение данной методики позволило добиться укрепления мышечного «корсета» туловища; укрепить гипотрофическую мускулатуру; увеличить амплитуду движений верхних конечностей и головы. Применение лечебной гимнастики позволило добиться нормализации мышечного тонуса, создать более благоприятные условия функционирования сердечно-сосудистой системы и других систем организма, повысить толерантность к физической нагрузке и улучшить качество жизни. Хорошая переносимость процедур больными и отсутствие осложнений в ходе курса лечения свидетельствуют о ее безопасности и адекватности возможностям больных остеохондрозом позвоночника.

По результатам исследований видно, что предложенный нами способ лечения подростков с вертеброгенной патологией шейного отдела позволил добиться более высоких положительных результатов. Следовательно, применение указанного комплексного лечения основано на подходе к организму больного как к единой целостной системе, что позволит во многих случаях добиться выздоровления в более короткие сроки.

Выводы. Анализ литературных источников позволяет констатировать, что в последнее десятилетие в структуре заболеваний костно-мышечной системы у лиц молодого возраста, имеющие большое медико-социальное значение, вертеброгенная патология существенно возросла. Физическая реабилитация при остеохондрозе позвоночника у подростков должна проводиться комплексно и включать занятия по кинезитерапии, лечебный массаж, физиотерапию, диетотерапию. Использование средств лечебной физкультуры в программе восстановительного лечения подростков является обязательной составляющей. Именно применение физических упражнений позволяют обеспечить активное сознательное участие самого больного в процессе реабилитации, тренирует его волевые качества.

Литература

1. Абальмасова Е. А. Дизонтогенетические изменения в позвоночнике у детей как одна из причин остеохондроза взрослых / Е. А. Абальмасова // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1992. – №12. – С. 25-31.
2. Айзман Р. Н. Возрастные изменения морфофункциональных показателей и физической работоспособности у школьников 10–14 лет с разным уровнем организованной двигательной активности / Р. Н. Айзман // Физиология человека. – Т. 20. – №2. – 1994. – С. 88–93.
3. Алексанянц Г. Д. Медицинские аспекты допуска детей к занятиям спортом / Г. Д. Алексанянц // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1999. – № 1–2. – С. 30–34.
4. Алексанянц Г. Д. Спортивная морфология / Г. Д. Алексанянц. – М. : 2005. – 92 с.
5. Андрианов В. Л. Организация ортопедической и травматологической помощи детям / В. Л. Андрианов – Л. : Медицина, 1998. – 240 с.
6. Андрианов В. П. Заболевания и повреждения позвоночного столба у детей и подростков / В. П. Андрианов – Л. : Медицина, 1995. – 256 с.
7. Антропова М. В. Проблемы здоровья детей и их физического развития / М. В. Антропова // Здравоохранение Рос. Фед. – 1999. – №5. – С. 17–20.
8. Антропова М. В. Возрастная динамика работоспособности / М. В. Антропова // Физиология развития ребенка. – М. : УРАО, 2000. – С. 259–274.
9. Алексанянц Г. Д. Спортивная морфология / Г. Д. Алексанянц. – М. : 2005. – 92 с.
10. Беленький А. Г. Дорсалгии при дегенеративных заболеваниях позвоночника / А. Г. Беленький // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10. – № 22. – С. 1003–1005.
11. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж / Н. А. Белая. – М. : Медицина, 2001. – С. 42.
12. Беленький А. Г. Дорсалгии при воспалительных заболеваниях позвоночника / А. Г. Беленький // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. – № 7. – С. 379–381.
13. Борладян О. М. Гигиеническая оценка уровня физического здоровья детей с нарушениями осанки / О. М. Борладян // Валеология. – 2002. – № 1. – С. 78.

References

1. Abal'masova Ye. A. Dizontogeneticheskiye izmeneniya v pozvonochnike u detey kak odna iz prichin osteokhondroza vzroslykh / Ye. A. Abal'masova // Ortopediya, travmatologiya i protezirovaniye. – 1992. – №12. – S. 25–31.
2. Ayzman R. N. Vozrastnyye izmeneniya morfofunktsional'nykh pokazateley i fizicheskoy rabotosposobnosti u shkol'nikov 10–14 let s raznym urovnem organizovannoy dvigatel'noy aktivnosti / R. N. Ayzman // Fiziologiya cheloveka. – T. 20. – №2. – 1994. – S. 88–93.
3. Aleksanyants G. D. Meditsinskiye aspekty dopuska detey k zanyatiyam sportom / G. D. Aleksanyants // Fizicheskaya kul'tura: vospitaniye, obrazovaniye, trenirovka. – 1999. – №1–2. – S. 30–34.
4. Aleksanyants G. D. Sportivnaya morfologiya / G. D. Aleksanyants. – M. : 2005. – 92 s.
5. Andrianov V. L. Organizatsiya ortopedicheskoy i travmatologicheskoy pomoshchi detyam / V. L. Andrianov – L. : Meditsina, 1998. – 240 s.
6. Andrianov V. P. Zabolevaniya i povrezhdeniya pozvonochnogo stolba u detey i podrostkov / V. P. Andrianov – L. : Meditsina, 1995. – 256 s.
7. Antropova M. V. Problemy zdorov'ya detey i ikh fizicheskogo razvitiya / M. V. Antropova // Zdravookhraneniye Ros. Fed. – 1999. – №5. – S. 17–20.
8. Antropova M. V. Vozrastnaya dinamika rabotosposobnosti / M. V. Antropova // Fiziologiya razvitiya rebenka – M. : URAO, 2000. – S. 259–274.
9. Aleksanyants G. D. Sportivnaya morfologiya / G. D. Aleksanyants. – M. : 2005. – 92 s.
10. Belen'kiy A. G. Dorsalgii pri degenerativnykh zabolevaniyakh pozvonochnika / A. G. Belen'kiy // Russkiy meditsinskiy zhurnal. – 2002. – T. 10. – № 22. – S. 1003–1005.
11. Belaya N. A. Lechebnaya fizkul'tura i massazh / N. A. Belaya. – M. : Meditsina, 2001. – S. 42.
12. Belen'kiy A. G. Dorsalgiy pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh pozvonochnika / A. G. Belen'kiy // Russkiy meditsinskiy zhurnal. – 2003. – T. 11. – № 7. – S. 379–381.
13. Borladyan O. M. Gigiyenicheskaya otsenka urovnya fizicheskogo zdorov'ya detey s narusheniyami osanki / O. M. Borladyan // Valeologiya. – 2002. – № 1. – S. 78.

14. Гейне В. Лабораторная диагностика в детском возрасте / В. Гейне – М. : Медицина, 2002. – 284 с.

15. Гойденко В. С. Биодинамическая коррекция как способ профилактики и лечения ранних периодов остеохондроза позвоночного столба / В. С. Гойденко – М. : ЦИУВ. – 1998. – 71 с.

16. Мартиросов Э. Г. Методы исследования в спортивной антропологии. / Э. Г. Мартиросов. – М. : Физкультура и спорт, 2001. – 199 с.

17. Маркосян А. А. Физиология / А. А. Маркосян. – М. : Медицина, 2004. – С. 23.

14. Geyne V. Laboratornaya diagnostika v detskom vozraste / V. Geyne – M. : Meditsina, 2002. – 284 s.

15. Goydenko V. S. Biodinamicheskaya korrektsiya kak sposob profilaktiki i lecheniya rannikh periodov osteokhondroza pozvonochnogo stolba / V. S. Goydenko. – M. : TSIUV. – 1998. – 71 s.

16. Martirosov E. G. Metody issledovaniya v sportivnoy antropologii / E. G. Martirosov. – M. : Fizkul'tura i sport, 2001. – 199 s.

17. Markosyan A. A. Fiziologiya / A. A. Markosyan. – M. : Meditsina, 2004. – S. 23.

STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU DLA TURYSTYKI UZDROWISKOWEJ W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM

CURRENT STATUS AND DEVELOPMENT PROSPECTS FOR HEALTH TOURISM IN THE KUYAVIAN-POMERANIAN VOIVODESHIP

ПОТОЧНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТУРИСТИЧНОГО ТУРИЗМУ В КУЯВСЬКО-ПОМОРСЬКОМУ ВОЄВОДСТВІ

Mariusz Barczak¹, Robert Brudnicki¹, Piotr Prus²

University of Economy¹ (Polska), University of Science and Technology² (Polska)

Анотації

Celem artykułu jest ustalenie stanu obecnego oraz perspektyw rozwoju dla turystyki uzdrowiskowej w trzech wybranych obszarach recepcji turystycznej w województwie kujawsko-pomorskim (Ciechocinku, Inowrocławiu i Wieniucu Zdroju). Badania przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu na próbie 1303 respondentów. Wyniki badań pozwoliły ustalić podstawowe parametry ruchu turystycznego tj. między innymi: profil społeczno-demograficzny odwiedzających, strukturę odwiedzających według pochodzenia, obszary ciężenia rynkowego (kierunki przyjazdów i ich natężenie), wybrane parametry opisowe ruchu turystycznego (długość pobytów, osoby towarzyszące w podróżach, wykorzystywane środki transportu), a także postrzeganie atrakcyjności wybranych elementów potencjału turystycznego oraz poziomu skłonności do rekomendacji badanego rejonu.

Słowa kluczowe: turystyka uzdrowiskowa, ruch turystyczny, popyt turystyczny.

The aim of the article is to determine the current state and development prospects for the health tourism in three selected tourist reception areas in the Kujawsko-Pomorskie voivodship (Ciechocinek, Inowrocław and Wieniec Zdrój). The study was conducted using an interview questionnaire on a sample of 1303 respondents. The results of the research allowed to determine basic parameters of tourism traffic, i.e.: socio-demographic profile of visitors, structure of visitors by origin, areas of market gravity (directions of arrivals and their intensity), selected descriptive parameters of tourism traffic (length of stays, accompanying persons, used means of transportation), as well as the perception of the attractiveness of selected elements of the tourism potential and the level of willingness to recommend the examined region.

Key words: spa tourism, tourism, tourist demand.

Метою статті є визначення поточного стану та перспектив розвитку оздоровчого туризму в трьох відібраних областях туристичного прийому в Куявсько-Поморському воєводстві (Цехоцінек, Іновроцлав та Веніец-Здруй). Дослідження було проведено з використанням опитувальника на вибірці з 1303 респондентів. Результати дослідження дозволили визначити основні параметри туристського руху, в тому числі: соціально-демографічний профіль відвідувачів, структуру відвідувачів за походженням, ділянки завантаження ринку (напрямки прибуття та їх інтенсивність), вибрані описові параметри туристського руху (тривалість перебування, супровід осіб у подорожах, використання транспортні засоби), а також сприйняття привабливості окремих елементів туристичного потенціалу та рівня схильності рекомендувати досліджуваний регіон.

Ключові слова: оздоровчий туризм, туристичний рух, туристичний попит.

O sukcesie oferty turystycznej danego regionu – jak wykazują doświadczenia - decyduje nie tylko to, co ma on do zaoferowania, ale także szczegółowa wiedza na temat zachowań i postaw konsumentów wobec oferowanych im usług. Bez tego typu informacji trudno dziś liczyć na utrzymanie pozycji na mocno konkurencyjnym rynku turystycznym (Dziedzic 2010¹, Alejziak 2009² i 2010³). Według Nawrota i Zmysłonego⁴

regionalne badania ruchu turystycznego oraz związana z nim konsumpcji mają podstawowe znaczenie dla polityki kształtowania produktu turystycznego regionu oraz określania ich konkurencyjności (pozycji), zarówno na krajowym, jak i międzynarodowym rynku tury-

Regionalne badania konsumentów usług turystycznych, POT, Warszawa, str. 62–63

³ Alejziak W., 2009, Regionalne badania ruchu turystycznego i konsumpcji usług turystycznych w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Ekspertyza dla POT, Zasoby internetowe: <https://wtir.awf.krakow.pl/attachments/article/148/Ekspertyza%20dla%20POT.pdf> [dostęp: 15.09.2017 r.]

⁴ Nawrot Ł., Zmysłony P., 2009, Międzynarodowa konkurencyjność regionu turystycznego. Od programowania rozwoju do zarządzania strategicznego, Proksenia, Kraków

© Mariusz Barczak, Robert Brudnicki, Piotr Prus, 2018

¹ Dziedzic E, 2010, Potrzeby i luki informacyjne u podmiotów zarządzających turystyką, [w:] Dziedzic E. (red.) Regionalne badania konsumentów usług turystycznych, POT, Warszawa, str. 5

² Alejziak W., Aktualny stan badan konsumentów usług turystycznych w regionach, [w:] Dziedzic E. (red.)

stycznym. Potrzeba podejścia tego typu w zarządzaniu obszarami (miejscami) określanymi mianem atrakcyjnych turystycznie lub pretendującymi do takiej roli wynika ściśle z uwarunkowań popytowych⁵, obserwujemy bowiem zmianę modelu zachowań turystów, dla których emocje, wrażenia, autentyczne doznania kulturowe, wiedza i satysfakcja są ważniejsze od komercyjnej rozrywki⁶.

Systematyczne pozyskiwanie wiedzy o zachowaniach turystów i czynnikach je determinujących, oparte na odpowiednio przygotowanym postępowaniu badawczym, w sposób zdecydowany zwiększa efektywność podejmowanych działań w sferze turystyki (kreowanie ofert, wprowadzanie nowych produktów, budowa produktów sieciowych, promocja destynacji, podwyższanie jakości świadczonych usług turystycznych, zarządzanie atrakcjami turystycznymi itp.). Badania prowadzone bezpośrednio wśród konsumentów dóbr i usług turystycznych pozwalają rozpoznać ich zachowania, a także wydzielać odrębne segmenty tej zbiorowości statystycznej (profile) z uwzględnieniem ich cech społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, kategoria zawodowa), ekonomicznych (sytuacja materialna, poziom wydatków na cele związane z turystyką), realizowanych form ruchu turystycznego, głównych celów przyjazdów, preferencji, sezonowości, zadowolenia itp.

Województwo kujawsko-pomorskie nie należy do czołówki regionów turystycznych Polski. Niewątpliwie jednak, duże nasycenie walorami środowiska naturalnego oraz liczne atrakcje kulturowe w powiązaniu z czynnikami lokalizacyjnymi (położenie w centralnej, dobrze skomunikowanej części kraju) dają podstawę do traktowania regionu jako przestrzeni turystycznej o dużym potencjale rozwojowym.

Zgodnie ze stanem w dniu 31 lipca 2016 r. w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowały 392 turystyczne obiekty noclegowe (w 2015 r. było ich 367), które stanowiły 3,7% ogólnej liczby obiektów w kraju (11 lokata wśród wszystkich województw). Zdecydowana większo-

ść z nich, bo aż 82,1%, oferowała wypoczynek całoroczny, pozostałe to obiekty sezonowe. Baza obiektów noclegowych w województwie to 29,8 tys. miejsc noclegowych (tj. 4,0% miejsc noclegowych w kraju)⁷.

Dla obszaru rozpatrywanego jako miejsce odbioru (koncentracji) ruchu turystycznego niezwykle cenną jest informacja o ośrodkach lub obszarach generujących ruch przyjazdowy, analizowanych w kategorii miejsc zamieszkania odwiedzających. Pochodzenie terytorialne należy do jednych z ważniejszych parametrów opisowych ruchu turystycznego, pozwalających na ocenę umiejscowienia popytu w otoczeniu zewnętrznym badanego regionu (w ruchu krajowym często również w układzie wewnętrznym – aktywność turystyczna mieszkańców macierzystego regionu). Ustalenia będące efektem analizy tego typu są przydatne w kierunkowaniu strategicznych działań promocyjnych.

W 2015 roku większość osób (62,6%) z grupy odwiedzających krajowych pochodziła spoza województwa kujawsko-pomorskiego. Analizując miejsca zamieszkania odwiedzających ogółem (turyści i odwiedzający jednodniowi) widać wyraźnie, że największy popyt turystyczny występuje z województw ościennych tj. województwa mazowieckiego (15,9%), wielkopolskiego (12,5%) i pomorskiego (12,1%)⁸.

Badania prezentowane w niniejszym artykule zawierają syntezę wybranych wyników wykonaną dla trzech destynacji związanych z turystyką uzdrowską w województwie kujawsko-pomorskim tj. Ciechocinka, Inowrocławia i Wieńca-Zdroju (tab. 1) wraz z Włocławkiem i odnoszą się do następujących parametrów badanego ruchu przyjazdowego:

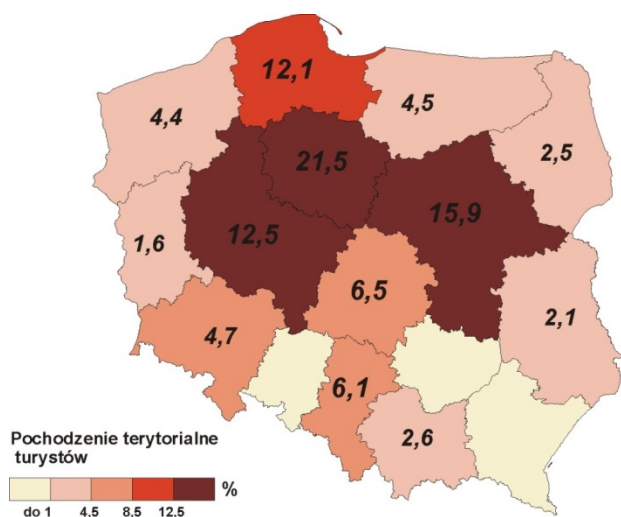
1. profil społeczno-demograficzny odwiedzających
2. struktura odwiedzających według pochodzenia
3. obszary ciężenia rynkowego (kierunki przyjazdów i ich natężenie),
4. wybrane parametry opisowe ruchu turystycznego (długość pobytów, osoby towarzyszące w podróżach, wykorzystywane środki transportu),
5. postrzeganie atrakcyjności wybranych elementów potencjału turystycznego oraz poziomu skłonności do rekomendacji badanego rejonu.

⁵ Jaroszewska-Brudnicka R., Brudnicki R., 2013, Kreowanie nowych produktów turystycznych na obszarach przyrodniczo cennych, *Studia i Materiały Centrum Edukacji Przyrodniczo-Leśnej* R.15, Zeszyt 37/4/2013/ Rogów [Zasoby internetowe: http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.agrod63176bd-6f01-455d-af0b-6e2df85c97bb/c/Jaroszewska-Brudnicka_Brudnicki.pdf [dostęp: 15.09.2017 r.]

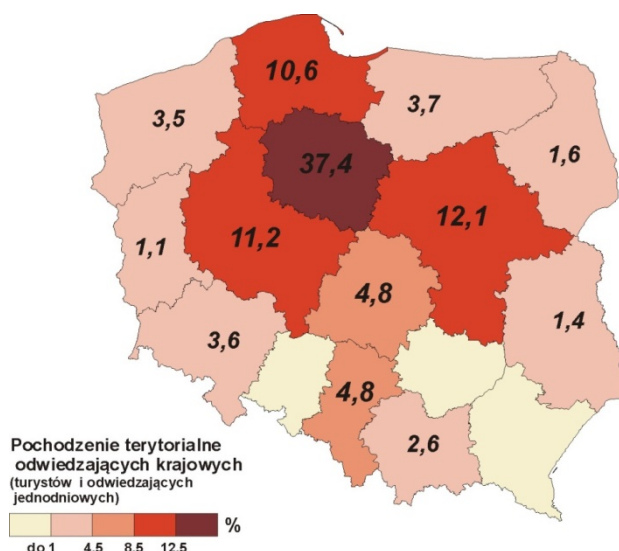
⁶ Hall C. M., McArthur S. (Eds.), 1993, *Heritage management in New Zealand and Australia: visitor management, interpretation and marketing*, Oxford University Press, Auckland and New York.

⁷ Turystyka w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Bydgoszcz 2017.

⁸ Brudnicki R., Barczak M., *Monitoring ruchu turystycznego w województwie kujawsko-pomorskim 2015*, K-POT, Bydgoszcz 2016.



Ryc. 1. Pochodzenie terytorialne turystów według województw



Ryc. 2. Pochodzenie terytorialne turystów i odwiedzających jednodniowych według województw

Źródło: Brudnicki R., 2016, Charakterystyka respondentów – turystów i odwiedzających jednodniowych. Pochodzenie terytorialne [w:] Brudnicki R., Barczak M., Monitoring ruchu turystycznego w województwie kujawsko-pomorskim – 2015. Raport z badań dla Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Turystycznej, Bydgoszcz 2016.

Tabela 1

Charakterystyka badanych miejscowości

Ciechocinek	Ciechocinek to jedno z najbardziej rozpoznawalnych polskich uzdrowisk nizinnych. Ośrodek słynie z bogatych złóż solanki (których zasoby są znaczne, bo stanowiące aż ok. 30 % zasobów wszystkich wód mineralnych w uzdrowiskach polskich), walorów przyrodniczych, wydarzeń kulturalnych i bogatej przeszłości historycznej. W Ciechocinku funkcjonuje blisko 30 różnego rodzaju dużych i mniejszych podmiotów świadczących usługi lecznicze (w tym: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria, hotele i pensjonaty Spa itp.), działa też rozbudowana baza noclegowa (w tym prywatna).
Inowrocław	Inowrocław jest jednym z większych miast województwa i nazywany jest „miastem na soli”, ponieważ leży na potężnym wysadzie solnym. Położony jest w nizinnym regionie klimatycznym (typowy klimat nizinny – jest stosunkowo mniej boźcowy niż górski czy morski). Uzdrowisko stanowi odrębną dzielnicę miasta o charakterze parkowym.
Wieniec Zdrój/Włocławek	Uzdrowisko dysponuje naturalnymi zasobami (wody siarczanowo-sodowe) i infrastrukturą (kilka szpitali i sanatoriów) wspomagającą leczenie m.in. chorób ortopedyczno-urazowych, nerwowych, schorzeń dolnych dróg oddechowych i in. Miejscowym walorem, którego wartość trudno przecenić jest śródleśny klimat nizinny z dużą zawartością fitoncydów, dzięki czemu miejscowość stanowi cenne wypoczynkowo-rekreacyjne zaplecze dla przyjezdnych i dla mieszkańców miasta.

Źródło: Opracowanie własne.

Miejsca poboru wywiadów zostały zweryfikowane ze względu na dynamikę (zmiennosc) zjawiska ruchu turystycznego (zmiany w natężeniu przyjazdów obserwowane w

okresie 2009–2014) w wytypowanych rejonach badawczych.

Tabela 2

Wielkość próby w badanych rejonach

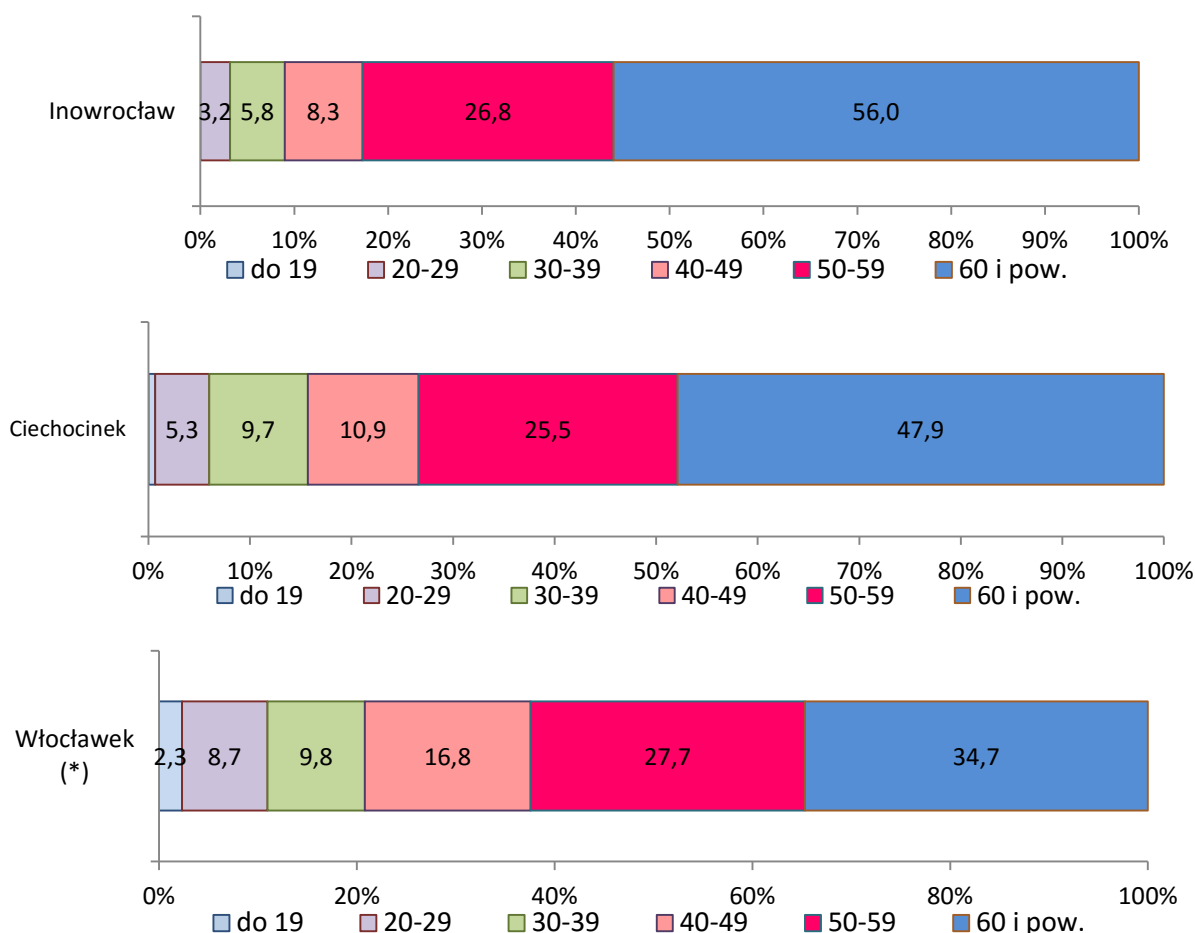
Rejony poboru materiału ankietowego	Liczba wywiadów
Ciechocinek	733
Inowrocław	394
Wieniec Zdrój i Włocławek	176
OGÓLEM	1303

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Brudnicki R., Barczak M., Monitoring ruchu turystycznego w województwie kujawsko-pomorskim – 2015. Raport z badań dla Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Turystycznej, Bydgoszcz 2016.

Narzędziem badania był kwestionariusz wywiadu a dominującą formą diagnozowania były pytania zamknięte. Kwestionariusze ankietowe były dostępne w trzech wersjach językowych: polskiej, angielskiej i niemieckiej i miały formę elektroniczną (zastosowano innowacyjne rozwiązanie polegające na tworzeniu bazy danych online z użyciem tabletów co umożliwiło ocenę zbieranych danych i wizualizację otrzymywanych wyników w czasie rzeczywistym).

Wyniki badań. We wszystkich badanych miejscowościach wśród badanych dominowały osoby w wieku 60 plus tj. 56 % w Inowrocławiu, 47,9 % w Ciechocinku oraz 34 % w Wieńcu Zdroju (wraz z Włocławkiem). Natomiast najmniej liczną grupę stanowiła młodzież w wielu do 19 lat.

Ryc. 3. Struktura wiekowa respondentów w poszczególnych miejscowościach uzdrowiskowych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Brudnicki R., Barczak M., Monitoring ruchu turystycznego w województwie kujawsko-pomorskim – 2015. Raport z badań dla Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Turystycznej, Bydgoszcz 2016.

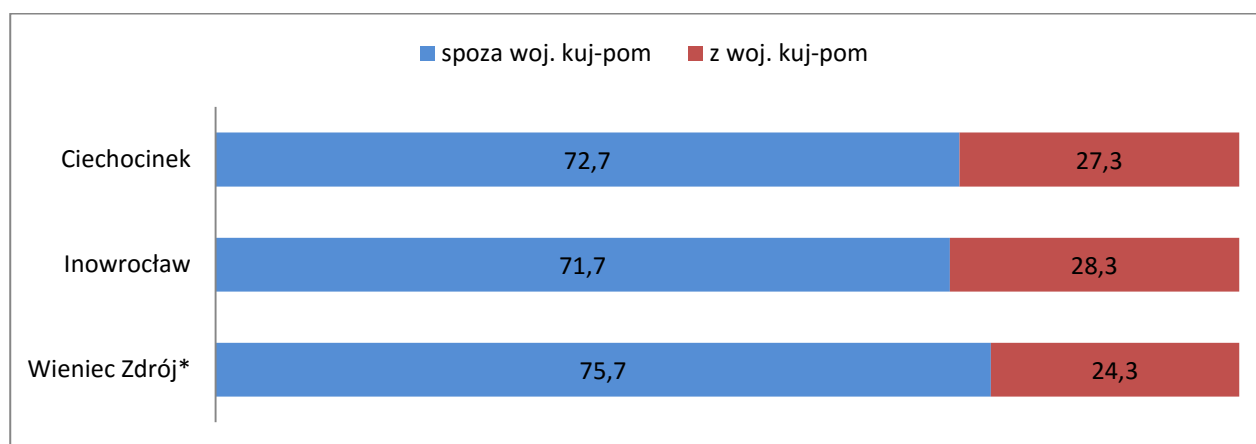
Tabela 3

Pochodzenie turystów krajowych

Województwo	Włocławek	Inowrocław	Ciechocinek
Podkarpackie	3,6	0,9	2,3
Lubuskie	24,3	85,4	37,9
Świętokrzyskie	0,6	0,0	0,6
Opolskie	0,6	0,5	0,6
Lubelskie	5,3	0,0	2,3
Małopolskie	0,0	0,9	2,3
Podlaskie	17,8	2,7	18,6
Zachodniopomorskie	1,8	0,0	0,0
Łódzkie	1,2	0,0	0,0
Warmińsko-Mazurskie	3,0	0,0	0,0
Śląskie	8,3	2,3	10,2
Dolnośląskie	7,7	1,4	3,4
Mazowieckie	0,0	0,0	0,6
Pomorskie	5,9	1,8	6,8
Wielkopolskie	13,6	2,3	10,7
Kujawsko-Pomorskie	6,5	1,8	4,0

Źródło: opracowanie własne.

Rycina 4. Pochodzenie turystów



Źródło: opracowanie własne.

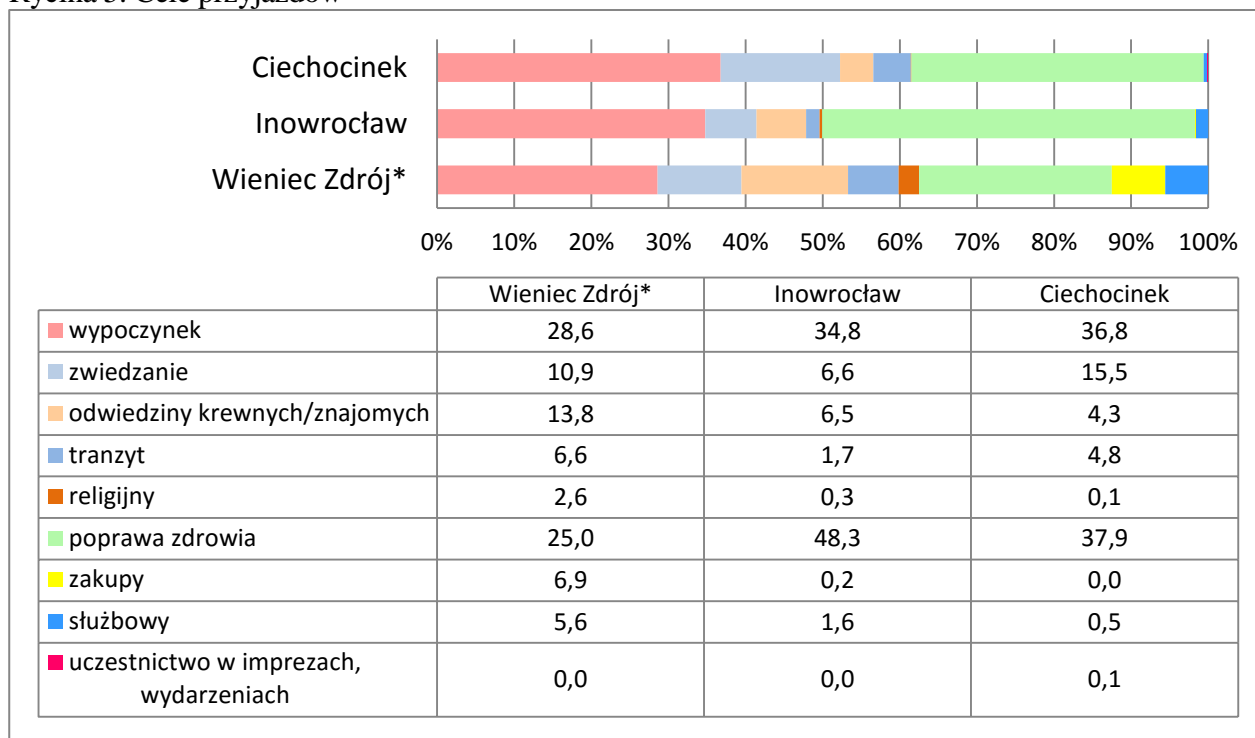
We wszystkich badanych obszarach destynacji turystycznej dominującą grupę stanowili turyści spoza województwa kujawsko-pomorskiego (od 71,7 % do 75,7 %) przy czym najliczniejsze grupy stanowili mieszkańcy województw: lubuskiego, podlaskiego oraz wielkopolskiego.

W strukturze celów przyjazdów do Ciechocinka i Inowrocławia dominowały cele uzdrowiskowe – poprawa zdrowia (odpowiednio 37,9 % i 48,3 %), natomiast w Wieńcu Zdroju i

Włocławku uplasowały się one na drugim miejscu (25 %) zaraz po wypoczynku – 28,6 %.

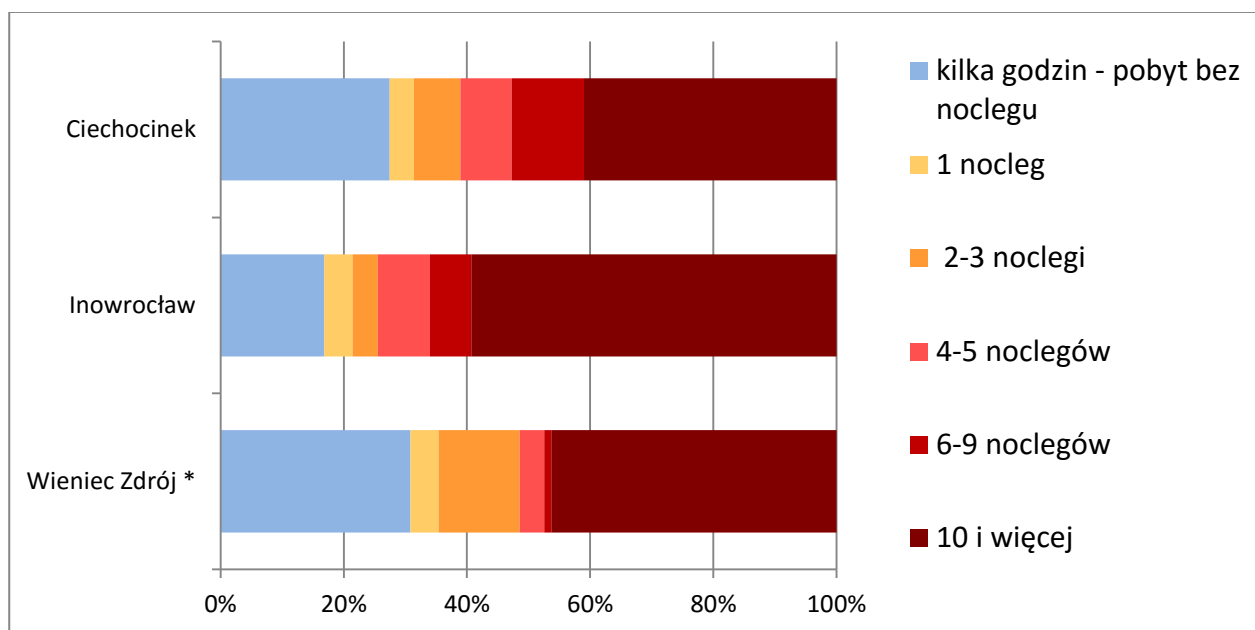
Ze względu na charakter badanych miejscowości długość pobytu turystów jest w nich najdłuższa (ponad 10 dni) pośród innych destynacji województwa kujawsko-pomorskiego i waha się od 59,3 % w Inowrocławiu, poprzez 46,3 % w Wieńcu Zdroju i 41 % w Ciechocinku. Dużą grupę stanowili także odwiedzający jednodniowi tj. np. 30,9 % w Wieńcu-Zdroju.

Rycina 5. Cele przyjazdów



Źródło: opracowanie własne.

Rycina 6. Długość pobytu.

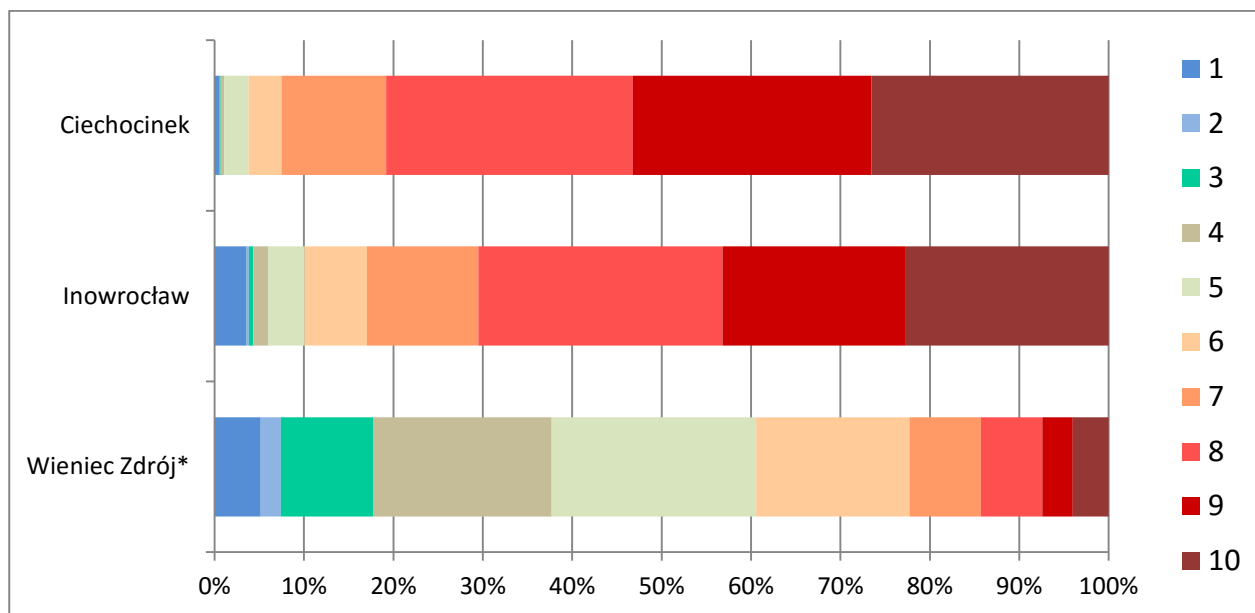


Źródło: Opracowanie własne.

Do oceny atrakcyjności miejscowości uzdrowiskowych wykorzystano dziesięciopunktową skalę, na której respondenci mogli oznaczyć poziom atrakcyjności miejscowości, w której się

znajdują. Tym samym największą liczbę maksymalnych ocen otrzymał Ciechocinek (26,5 %), następnie Inowrocław (22,8 %), a na końcu uplasował się Wieniec Zdrój (jedynie 4 %).

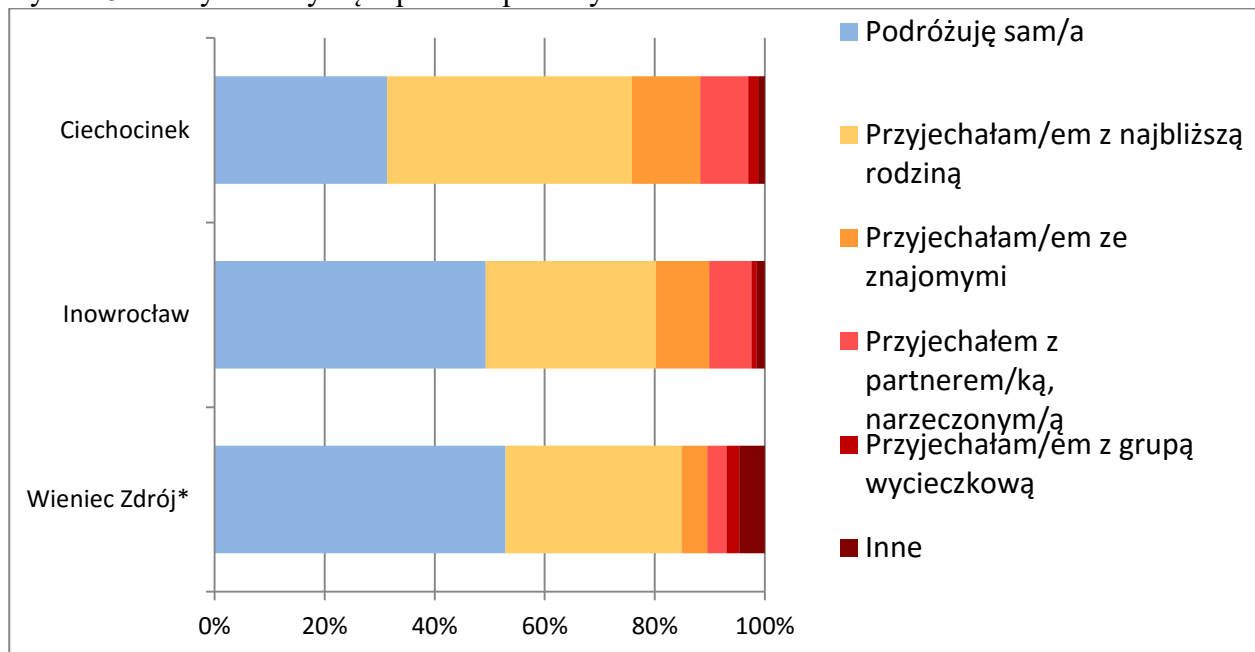
Rycina 7. Ocena atrakcyjności.



Źródło: opracowanie własne.

Długoterminowe wyjazdy uzdrowiskowe sprzyjają podróżowaniu w pojedynkę (od 49,3 w Inowrocławiu do 31,4 % w Ciechocinku) oraz z najbliższą rodziną (od 44,5 % w Ciechocinku do 30,9 % w Inowrocławiu).

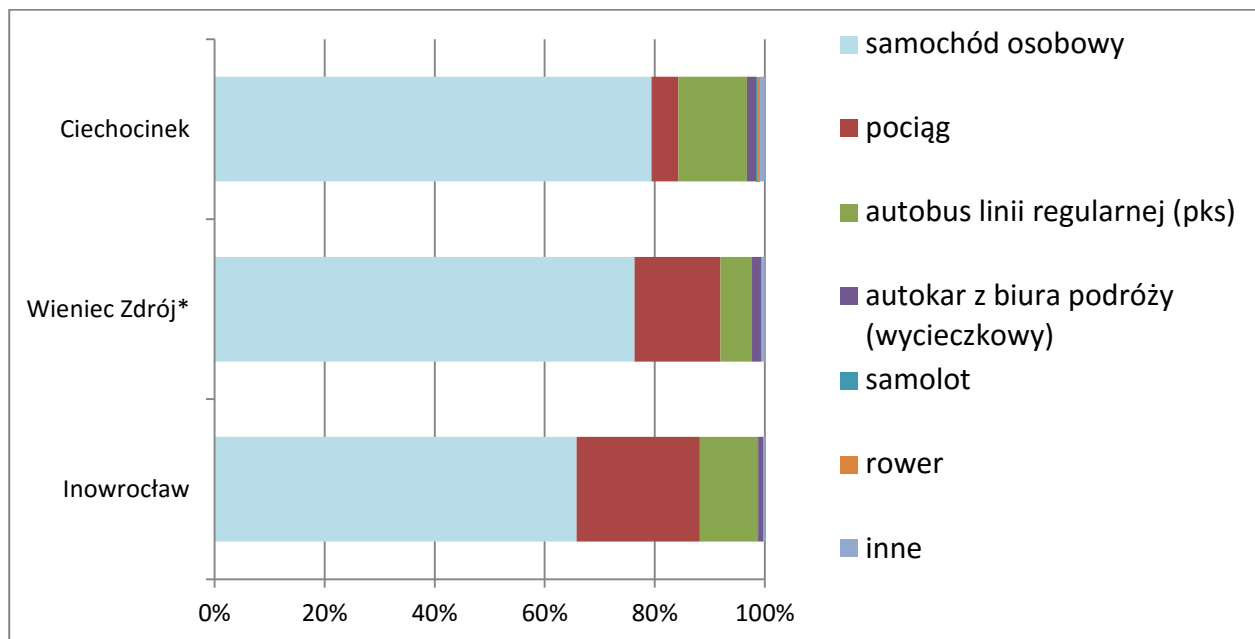
Rycina 8. Osoby towarzyszące podczas podróży.



Źródło: opracowanie własne.

Struktura osób towarzyszących w znaczący sposób przekładała się na środek transportu, którym podróżowali turyści. Tym samym najpopularniejszy okazał się samochód osobowy (79,4 % w Ciechocinku, 76,3 % w Wieniu Zdroju oraz 65,8 % w Inowrocławiu).

Rycina 9. Środki transportu wykorzystywane przez respondentów.



Źródło: opracowanie własne.

Istotną miarą znaczenia atrakcyjności turystycznej miejscowości jest skłonność do rekomendowania jej w gronie przyjaciół i znajomych. W analizowanej grupie największą liczbę pozytywnych poleceń otrzymał Ciecho-

ciniek (97,8 %), następnie Inowrocław (93,7 %) a najmniej wskazano otrzymał Wieniec Zdrój (47,9 %).

Tabela 4

Skłonność do rekomendacji odwiedzanej miejscowości

	Ciechocinek	Inowrocław	Wieniec Zdrój*
Nie mam zdania	1,9	4,8	14,4
Zdecydowanie nie	0,0	1,4	13,2
Raczej nie	0,3	0,0	23,6
Raczej tak	27,4	35,0	37,9
Zdecydowanie tak	70,4	58,7	10,9

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród zaledwie kilku pytań otwartych respondenci wskazywali miejsca, obiekty, wydarzenia lub sytuacje, w które w sposób szczególny zapamiętają z pobytu w danej miejscowości. Rozkład odpowiedzi przedstawiał się następująco:

- Inowrocław: łącznie (56,2 %), parki miejskie (13,3 %), palmiarnię (4,8 %), sanatorium (4,4 %) oraz park zdrojowy (3,4 %).

- Ciechocinek: łącznie (42,8 %), grzybek (11 %), dywany kwiatowe (9,1 %), fontanny

(5,7 %), park zdrojowy (5,6 %) oraz pozostałe parki (5,15).

- Wieniec Zdrój*: tama (29,4 %), kościoły (19,8 %), bulwary (7,9 %), marina (7,9 %), Pałac Bursztynowy (7,1 %), ks. Popiełuszko (5,6 %), Wzorcownia (5,6 %), parki (3,2), Wisłę (3,2 %), Stare Miasto (3,2 %).

Ponadto badani mieli okazję do wypowiedzenia się w kwestii atutów i wad dla badanych miejscowości. W Ciechocinku atutami okazały się łącznie, zieleń, parki i fontanny i specyficzny mikroklimat. Natomiast wśród wad

wymieniano niską jakość infrastruktury oraz opłaty miejscowe. W Inowrocławiu do głównych zalet należą łąki, baza zabiegowa a także warunki do odpoczynku. Natomiast do słabszych stron zaliczono brak oferty kulturalnej oraz niską estetykę miasta. W Wieńcu Zdroju najmocniejszą stroną okazała się bliskość rzeki Wisły natomiast do wad zaliczono brak atrakcji turystycznych oraz złe oznakowanie turystyczne.

Wnioski. Formułując wnioski końcowe z badań oraz rekomendacje dla branży turystycznej zdecydowano się na podzielenie ich na poszczególne obszary recepcji turystycznej objęte badaniem.

Ciechocinek ze względu na pełnione funkcje uzdrowiskowe najchętniej odwiedzają osoby w wieku 50 lat i powyżej (często emeryci i renciści jednak na równi z osobami pracującymi). W tym segmencie odwiedzających najczęściej występują przyjazdy samotne. W innych segmentach zwraca uwagę wzrost udziału przyjazdów z rodziną. Podstawowymi celami przyjazdów do Ciechocinka pozostają: cele zdrowotne i wypoczynek, w ostatnich latach wzrosło również znaczenie przyjazdów w celu zwiedzania. Udział mieszkańców województwa w przyjazdach do Ciechocinka wydaje się być stabilny – według badań z lat 2009–2015 waha się on pomiędzy 20 % a 30 %. Uzdrowisko Ciechocinek niewątpliwie posiada zasięg krajowy, jednak największe oddziaływanie dotyczy regionów ościennych. Wśród turystów i odwiedzających spoza regionu dominują mieszkańcy dużych aglomeracji miejskich (najczęściej stolice województw ościennych), w szczególności z województwa: mazowieckiego, wielkopolskiego i pomorskiego, łódzkiego. Ważne znaczenie w przyjazdach do Ciechocinka ma również region śląski. Struktura długości pobytów na terenie analizowanego rejonu jest bez wątpienia determinowana przez funkcję uzdrowiskową – przeważają pobyty długie (turnusy – powyżej 10 noclegów), które stanowią nieco ponad 40 % ogółu badanych przyjazdów. Utrzymuje się również znaczenie przyjazdów krótkich (świętecznych, weekendowych), jednodniowych (beznoclegowych) i krótkich połączonych z realizacją noclegów (1 noc, 2–3 noce) oraz o średniej długości trwania pobytu (4–5 noclegów). W przyjazdach do Ciechocinka najczęściej wykorzystywanym środkiem transportu jest własny samochód – część odwiedzających łączy

środki transportu (kolej + autobusy bądź prywatny transport – szczególnie na linii Aleksandrów Kuj.-Ciechocinek, Toruń – Ciechocinek). Osoby badane w zdecydowanej większości deklarowały skłonność do polecenia Ciechocinka, jako miejscowości wartej odwiedzenia w celach turystyczno-wypoczynkowych i zdrowotnych.

Inowrocław odwiedzają najchętniej osoby w wieku 60+ (56 %), najczęściej podróżujący samodzielnie (49,3 %) a priorytetowym celem przyjazdów jest poprawa zdrowia (48,4 %). Udział mieszkańców województwa w przyjazdach do Inowrocławia kształtuje się na poziomie 28,3 %, natomiast wśród gości spoza regionu przeważają mieszkańcy z województw: wielkopolskiego pomorskiego i mazowieckiego. Przeważają pobyty na 10 i więcej noclegów – 59,3 % a najczęściej wykorzystywanym środkiem transportu jest własny samochód – 65,9 %. Osoby odwiedzające Inowrocław w celach turystycznych postrzegają ten obszar jako atrakcyjny – w ocenie atrakcyjności nieco ponad 70 % przyznało najwyższą punktację (łącznie oceny od 8 do 10). Ponad połowa badanych (58,5 %) zdecydowanie rekomendowałaby Inowrocław jako miejsce warte odwiedzenia w celach turystycznych.

Większość badanych turystów i jednodniowych odwiedzających przyjeżdżała do Wieńca Zdroju spoza regionu (75,7 %), zwłaszcza z województw sąsiadujących z województwem kujawsko-pomorskim. Dla ponad połowy przyjezdnych głównym celem pobytu był wypoczynek lub poprawa zdrowia – łącznie około 55 % wskazań. Istotne miejsce w strukturze celów przyjazdów zajmowały również cele poznawcze: zwiedzanie. Znaczną część badanych gości stanowili podróżujący indywidualnie lub w towarzystwie najbliższej rodziny. W znikomym stopniu w ruchu turystycznym zaznaczyły się formy zorganizowanej turystyki grupowej. Przeważały pobyty wielodniowe: na 10 noclegów i więcej (46,8 % wskazań) lub wizyty krótkoterminowe, kilkugodzinne (30,6 % wskazań). Respondenci zachowali raczej niechętnie postawy jeśli chodzi o gotowość rekomendacji jako godnego polecenia miejsca docelowego wyjazdów turystycznych. Tylko co dziesiąty ankietowany deklarował jednoznacznie wolę rekomendowania miasta a atrakcyjność turystyczna została oceniona przez ankietowanych na średnim poziomie. Rozkład ocen kształtuje się wokół środkowych wartości skali od „1” do „10”.

Literatura

1. Alejziak W., 2009, Regionalne badania ruchu turystycznego i konsumpcji usług turystycznych w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Ekspertyza dla POT, Zasoby internetowe:
2. Alejziak W., Aktualny stan badan konsumentów usług turystycznych w regionach, [w:] Dziedzic E. (red.) Regionalne badania konsumentów usług turystycznych, POT, Warszawa, str. 62–63
3. Brudnicki R., Barczak M., Monitoring ruchu turystycznego w województwie kujawsko-pomorskim 2015, K-POT, Bydgoszcz 2016.
4. Dziedzic E., 2010, Potrzeby i luki informacyjne u podmiotów zarządzających turystyką, [w:] Dziedzic E. (red.) Regionalne badania konsumentów usług turystycznych, POT, Warszawa, str. 5
5. Hall C. M., McArthur S. (Eds.), 1993, Heritage management in New Zealand and Australia: visitor management, interpretation and marketing, Oxford University Press, Auckland and New York. <https://wtir.awf.krakow.pl/attachments/article/148/Ekspertyza%20dla%20POT.pdf> [dostęp: 15.09.2017 r.]
6. Jaroszevska-Brudnicka R., Brudnicki R., 2013, Kreowanie nowych produktów turystycznych na obszarach przyrodniczo cennych, Studia i Materiały Centrum Edukacji Przyrodniczo-Leśnej R.15, Zeszyt 37/4/2013/Rogów [Zasoby internetowe: http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.agro-d63176bd-6f01-455d-af0b-6e2df85c97bb/c/Jaroszevska-Brudnicka_Brudnicki.pdf [dostęp: 15.09.2017 r.]
7. Nawrot Ł., Zmysłony P., 2009, Międzynarodowa konkurencyjność regionu turystycznego. Od programowania rozwoju do zarządzania strategicznego, Proksenia, Kraków
8. Turystyka w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Bydgoszcz 2017.

ROZWÓJ PRODUKTÓW TURYSTYKI ZDROWOTNEJ W POLSCE – AKTUALNE PROBLEMY I WYZWANIA

THE DEVELOPMENT OF HEALTH TOURISM PRODUCTS IN POLAND – CURRENT PROBLEMS AND CHALLENGES

РОЗВИТОК ПРОДУКТІВ ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ В ПОЛЬЩІ – АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ

Robert Brudnicki

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy (Polska)
University of Economy in Bydgoszcz

Анотація

W ostatniej dekadzie na globalnym rynku turystycznym obserwuje się dynamiczny rozwój turystyki zdrowotnej. Zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństw, wzrost ilości czasu wolnego oraz dochodów ludności, a także zmiany w świadomości społecznej w temacie zdrowia oraz stylu życia – to czynniki mające znaczący wpływ na wysoką dynamikę wzrostową tego segmentu rynku. Wyjazdy turystyczne łączone z potrzebami skorzystania z usług uzdrowiskowych i medycznych stały się elementem gry rynkowej – w Europie wzrost popytu na usługi lecznicze i turystyczne w samych tylko uzdrowiskach szacuje się na 3–5 % w skali roku. Turystyka zdrowotna, w tym uzdrowiskowa i medyczna, także i w Polsce staje się priorytetowym i o wysokim potencjale eksportowym sektorem gospodarki. Na rynku światowym i europejskim istnieje jednak silna konkurencja. Polska ma szansę sprostać rynkowym wyzwaniom – posiada dobrze zorganizowaną, zmodernizowaną sieć uzdrowisk oraz rozwijającą się podaż nowoczesnych usług medycznych, korzystniejszą cenowo w odniesieniu do konkurentów (głównie krajów europejskich). Istnieją jednak liczne wyzwania, których realizacja w bliskiej przyszłości może znacząco wpłynąć na pozycję konkurencyjną polskiego, markowego produktu turystyki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: turystyka zdrowotna, turystyka uzdrowiskowa, turystyka medyczna, marka polskiego produktu turystyki zdrowotnej

During the last decade, a dynamic development of health tourism has been observed on the global tourism market. Demographic changes – the ageing of societies, the increased amount of free time and the higher income of the population, as well as changes in social awareness regarding health and lifestyle – are the factors which have a significant impact on the high growth dynamics of this segment of the market. Tourist trips combined with the need for making use of health-related and medical services have become part of the market play – in Europe, the increase in demand for medical and tourist services in health resorts alone is estimated at 3–5% per year. Also in Poland, health tourism, which encompasses both spa and medicinal services, is becoming a priority and a high-potential export sector of the economy. However, there is strong competition on the world and European markets. Poland has a chance to address the market challenges – it has a well-organised and modernised network of resorts and a growing supply of modern medical services, which is more cost-optimised compared to its competitors (mainly European countries). However, many challenges exist, which, if successfully tackled in the near future, may significantly influence the competitive position of the Polish branded health tourism product.

Keywords: health tourism, spa tourism, medical tourism, Polish health tourism product brand

В останнє десятиліття на світовому туристичному ринку спостерігається динамічний розвиток оздоровчого туризму. Демографічні зміни – старіння населення, збільшення кількості вільного часу і доходів населення, а також зміни рівня соціальної обізнаності у питанні здоров'я та способу життя – є факторами, які впливають на високу динаміку росту цього сегмента ринку. Туристичні поїздки в поєднанні з потребами скористатися послугами СПА-салонів та медичних послуг стали частиною ринкової гри – у Європі зростання попиту на споживання медичних та туристичних послуг у здравницях оцінюється в 3–5% на рік. Оздоровчий туризм, включаючи санаторно-курортне і медичне лікування, також і в Польщі стає пріоритетним і свідчить про високий потенціал в експортному секторі економіки. Проте існує сильна конкуренція на світовому ринку та в Європі. Польща має всі шанси задовольнити ринкові потреби – вона має добре організовану та модернізовану мережу курортів, які розвиваючись в змозі забезпечити потреби в новочасних медичних послугах, які є більш вигідними від конкурентів (переважно європейських країн). Проте існує безліч викликів, впровадження яких у найближчому майбутньому може суттєво вплинути на конкурентну позицію польського фірмового туристичного продукту.

Ключові слова: оздоровчий туризм, курортний туризм, медичний туризм, бренд польського продукту оздоровчого туризму.

Wprowadzenie. Podstawowym zagadnieniem rozpatrywanym w niniejszym artykule jest rozwój usług prozdrowotnych w Polsce (turystyki zdrowotnej), oparty na umiejętnym zarządzaniu posiadanym potencjałem (zarządzanie strate-

giczne), wykorzystaniu trendów globalnych i stałym podnoszeniu konkurencyjności produktów w celu dostarczenia atrakcyjnego pakietu usług prozdrowotnych dla osób z zagranicy. Jak stwierdza Instytut Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej (2016) „odpowiednio zarządzany i

rozwinany sektor uslug prozdrowotnych jest szansą nie tylko na rozwój zaangażowanych podmiotów, ale także całych regionów. Wykreowanie wizerunku Polski jako „regionu zdrowia”, czy nawet „państwa zdrowia” w obliczu dynamicznie rozwijających się potrzeb konsumentów i wyzwań społecznych (starzenie się społeczeństw europejskich) może stać się cenną wartością wspierającą również inne dziedziny gospodarki¹.

Pojęcie turystyki zdrowotnej rozumiane jest jako ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia². Przyjmuje się, że zakres turystyki zdrowotnej obejmuje turystykę uzdrowiskową, turystykę spa i wellness oraz turystykę medyczną (por. tab. 1). Zwiększające się zainteresowanie turystyką zdrowotną na świecie jest uznawane za jedno z najważniejszych zjawisk występujących na współczesnym, globalnym rynku usług turystycznych. Wynika to głównie z przemian demograficznych i rosnącej świadomości zdrowotnej społeczeństw.

Turyści zdrowotni korzystają nie tylko z usług medycznych, ale także z usług turystycznych oferowanych w danej destinacji. Turystyka zdrowotna, a w szczególności turystyka medyczna, powoli, ale systematycznie staje się globalnym przemysłem („przemysł zdrowia”), z szerokim gronem kluczowych interesariuszy obejmujących m.in. dostarczycieli usług medycznych (np. kliniki, uzdrowiska, spa), pośredników turystyki medycznej (brokerów), ubezpieczycieli, hotelarzy, firmy transportowe³. Analizy rynku wykazują, że co najmniej 50 krajów traktuje turystykę medyczną jako element strategii rozwoju gospodarczego swojego kraju (IMTEC 2013). Zgodnie z danymi Grail

Research LLC, światowy rynek turystyki medycznej w roku 2004 szacowano na 40 mld dolarów, natomiast w roku 2012 jego wartość przekroczyła 100 mld dolarów. W ujęciu globalnym rynek turystyki medycznej wzrasta o około 20 punktów procentowych w ciągu roku - najbardziej aktualne dane i szacunki wskazują, że w roku 2016 był on już wart 188 mld dolarów.

Obecnie także w Polsce turystyce medycznej nadano rangę jednego z priorytetowych i o wysokim potencjale eksportowym sektorów gospodarki⁴.

Według różnych szacunków obecną wartość rynku całego turystyki zdrowotnej w Polsce ocenia się na poziomie od 800 mln zł do nawet 4 mld zł⁵, przy czym większość danych i prognoz wykazuje jego stałą tendencję wzrostową (około 10 % w roku).

W Polsce oprócz turystów krajowych, z usług turystyki zdrowotnej (w tym medycznej) korzysta coraz więcej obywateli z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Skandynawii i Rosji. Polska, po Węgrzech i Belgii jest najczęściej wybieranym krajem w Europie, jeśli chodzi o korzystanie z usług turystyki medycznej, a roczna liczba turystów zagranicznych przyjeżdżających w tych celach oscyluje w granicach 250–450 tysięcy osób. Począwszy od roku 2013 rozwojowi przyjazdów w turystyce zdrowotnej i medycznej sprzyja Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej między państwami UE – zapewnia ona osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich UE możliwość swobodnego korzystania z opieki medycznej za granicą.

¹ Głos w sprawie rozwoju turystyki zdrowotnej do Polski w ramach konsultacji rządowej Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, 2016, Instytut Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej, Zasoby internetowe: <https://turystyka-medyczna.com/turystyka-zdrowotna-w-polsce-uspiony-potencjal/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

² Białk-Wolf, A., 2010, Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk, s. 18.

³ Tucki A. Hadzik A., 2013, Raport końcowy z badania dziedzinowego „Analiza możliwości rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie lubelskim w kontekście zidentyfikowanej inteligentnej specjalizacji regionu w dziedzinie usług medycznych i prozdrowotnych”, Wyd. Perfecta Info, Lublin, str. 7.

⁴ Biernacka J., 2015, Znaczenie polskiej turystyki medycznej i jej pozycja na światowym rynku turystyki medycznej, [w:] Współczesne problemy ekonomiczne nr 10 (2015), Zeszyty Naukowe nr 851, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, str. 47

⁵ Raport: Health and wellness tourism in Poland (2012)

Tabela 1

Turystyka zdrowotna – formy turystyki związane z motywem przewodnim „zdrowie” wraz z cechami charakterystycznymi

Turystyka zdrowotna w szerokim znaczeniu								
Motyw dominujący: leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia								
Cel	Leczenie, poprawa stanu zdrowia			Zachowanie zdrowia				
Formy i cechy charakterystyczne	Turystyka uzdrowiskowa	Turystyka lecznicza	Turystyka medyczna	Turystyka zdrowotna w wąskim znaczeniu				
	<ul style="list-style-type: none"> - obejmuje rehabilitację, leczenie chorób przewlekłych, uzdrowiskową profilaktykę leczniczą w miejscowości uzdrowiskowej - podstawowe znaczenie mają zabiegi przyrodolecznicze zapisane po konsultacji lekarskiej 	<ul style="list-style-type: none"> - obejmuje podróże związane z lecnictwem w wielu dyscyplinach medycyny (z wyłączeniem metod przyrodoleczniczych), - dotyczy turystyki krajowej 	<ul style="list-style-type: none"> - obejmuje planowe leczenie za granicą - motywacja finansowa, jakościowa lub niedostępność świadczeń w miejscu zamieszkania - dotyczy turystyki międzynarodowej 	<ul style="list-style-type: none"> - formy wypoczynku, rekreacji, kuracji sprzyjającej zdrowiu - brak wymogu skierowania lub konsultacji lekarza i procedur medycznych 				
				<table border="1"> <tr> <td>Turystyka wellness</td> <td>Urlop zdrowotny</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - pobyty w obiektach ze specjalistycznym zapleczem, których celem jest osiągnięcie ogólnego dobrego samopoczucia - kompleksowe podejście do gościa - oferta zawierająca fitness, zdrową żywność, zbiegi relaksacyjne i aktywność umysłową </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - urlop połączony z pojedynczymi świadczeniami służącymi zdrowiu </td> </tr> </table>	Turystyka wellness	Urlop zdrowotny	<ul style="list-style-type: none"> - pobyty w obiektach ze specjalistycznym zapleczem, których celem jest osiągnięcie ogólnego dobrego samopoczucia - kompleksowe podejście do gościa - oferta zawierająca fitness, zdrową żywność, zbiegi relaksacyjne i aktywność umysłową 	<ul style="list-style-type: none"> - urlop połączony z pojedynczymi świadczeniami służącymi zdrowiu
Turystyka wellness	Urlop zdrowotny							
<ul style="list-style-type: none"> - pobyty w obiektach ze specjalistycznym zapleczem, których celem jest osiągnięcie ogólnego dobrego samopoczucia - kompleksowe podejście do gościa - oferta zawierająca fitness, zdrową żywność, zbiegi relaksacyjne i aktywność umysłową 	<ul style="list-style-type: none"> - urlop połączony z pojedynczymi świadczeniami służącymi zdrowiu 							

Źródło: Białk-Wolf, A., 2010, Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszcak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk

Polska aktualnie znajduje się w trzeciej dziesiątce państw uszeregowanych pod względem atrakcyjności oferty dla zagranicznych turystów, poszukujących usług medycznych. Według rankingu International Healthcare Research Center (z roku 2016) wskaźnik Medical Tourism

Index (MTI)⁶ plasował Polskę na 24 pozycji. Na rynku europejskim Polska konkuruje w podaży

⁶ MTI – Medical Tourism Index, wskaźnik powstał w oparciu o precyzyjną interpretację kilkudziesięciu wskaźników określających m.in.: 1) standardy, które dane państwo zapewnia podczas przyjazdów w celach turystyki medycznej, 2) poziom usług w branżach bezpośrednio związanych z turystyką medyczną oraz 3) poziom usług medycznych

usług prozdrowotnych szczególnie z takimi rynkami jak: Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Włochy i Hiszpania. Pomimo istotnych wyróżników oferty (determinant przewagi konkurencyjnej polskiego produktu turystyki zdrowotnej), tj.:

- krótkiego okresu wykonywania zabiegów i operacji medycznych,
- atrakcyjności asortymentowej (szeroki zakres usług) (por. tab. 2),
- atrakcyjność cenowej (niskie koszty leczenia)⁷ (por. tab. 2),
- dostępu do wykwalifikowanej kadry medycznej,
- wysokiej jakości i standardu świadczonych usług,
- wykorzystywania nowoczesnego sprzętu i urządzeń medycznych,
- a także wprowadzania innowacji i nowych technologii,

uważa się, że potencjał gospodarczy turystyki zdrowotnej (w tym szczególnie uzdrowiskowej i medycznej) nie jest jeszcze dobrze wykorzystany i wymaga ciągłej uwagi i wsparcia (w tym szczególnie na poziomie władz państwowych). W innym przypadku – jak podkreślają eksperci – polska turystyka medyczna za kilka lat znajdować się będzie w tym samym miejscu, co dzisiaj, co w kontekście coraz aktywniejszych działań zagranicznej konkurencji będzie działać zdecydowanie na naszą niekorzyść (warto w tym miejscu dodać, że od roku 2014 pozycja Polski mierzona poziomem wskaźnika MTI niestety uległa obniżeniu: zanotowano spadek z 19 na 24 miejsce). Jak zauważa A.Kaczmarek⁸, wiceprezes Polskiego Innowacyjnego Klastra Medycznego PIKMED „potrzeba jest zintegrowanych działań – zarówno w samej branży, jak i w ramach polityki gospodarczej państwa – by polskie placówki medyczne wywalczyły należną sobie pozycję na europejskim rynku”.

Analiza desk research – charakterystyka wybranych działań podnoszących konkurencyjność polskiego rynku usług prozdrowotnych. Ukierunkowane, systemowe działania na rzecz rozwoju sektora usług prozdrowotnych w Polsce prowadzone są stosunkowo od niedługo czasu. Wskutek intensywnych działań i nacisku

powstałego w roku 2006 Polskiego Stowarzyszenie Turystyki Medycznej turystyka zdrowotna (w tym medyczna) została uwzględniona przez Ministerstwo Gospodarki w „Strategii rozwoju turystyki na lata 2007–2013” („Działanie I.5.1 Wspieranie rozwoju turystyki uzdrowiskowej, medycznej, rehabilitacyjnej oraz turystyki typu wellness”). W kolejnym, sektorowym dokumencie strategicznym („Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku”⁹) turystykę uzdrowiskową Ministerstwo Sportu i Turystyki uznało za jeden z wiodących produktów turystycznych na polskim rynku (produkt markowy). W opisie działań stwierdzono, że rozwój turystyki uzdrowiskowej w Polsce determinują zarówno zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństw), jak i położenie geograficzne Polski (jako rynku podaży), które zwiększa dostępność do usług prozdrowotnych dla osób starszych z rozwiniętych krajów UE. Wsparcie nakierowano na prowadzenie działań marketingowych, które powinny dążyć do stworzenia polskiej marki uzdrowiskowej w oparciu o renomę i potencjał najlepszych, polskich uzdrowisk. Zwrócono również uwagę na konieczność aktywizacji i intensyfikacji procesów modernizacyjnych w polskich uzdrowiskach (podwyższanie estetyki i wyposażenia miejscowości uzdrowiskowych) oraz podnoszenia konkurencyjności produktowej poprzez opracowywanie innowacyjnych produktów i usług uzdrowiskowych.

W latach 2012–2015 istotnym działaniem aktywizującym i integrującym branżę usług prozdrowotnych w Polsce był przeprowadzony przez ówczesne Ministerstwo Gospodarki program „Promocji branży turystyki medycznej na rynkach międzynarodowych”. Był on jednym z 15 sektorowych programów promocji polskiej gospodarki. Celem tego trzyletniego programu (finansowanego ze środków unijnych) była poprawa wizerunku polskiej gospodarki na rynkach międzynarodowych oraz wykreowanie nowych, polskich silnych marek, rozpoznawalnych na świecie – branż i firm, mających potencjał eksportowy. Działania zostały skoncentrowane na prezentacji polskich placówek medycznych na forum międzynarodowym (zagranicznym po średnikom zajmującym się turystyką medyczną, ubezpieczycielom i indywidualnym pacjentom prezentowano po-

⁷ Ceny zabiegów w Polsce są znacznie niższe – o około 35–80 % niż na przykład w krajach Zachodnich

⁸ Zasoby internetowe: <https://www.tourmedica.pl/blog/turystyka-medyczna-w-polsce-ad-2017-stan-rozwoj-perspektywy/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

⁹ Zasoby internetowe: <https://bip.msit.gov.pl/download/2/415/Kierunkirozwojoturystykido2015roku.pdf> [dostęp: 13.09.2017 r.]

tencjał kadrowy – personel lekarzy-uznanych specjalistów z różnych dziedzin a także nowoczesne placówki, dysponujące najnowszej generacji sprzętem oraz wysokowyspecjalizowanym personelem pomocniczym, mogące zaoferować wysokiej jakości usługi). Działania promocyjne odbywały się na terenie: Niemiec, Wielkiej Brytanii, Rosji, USA, Danii, Szwecji oraz Norwegi. Do projektu przystąpiło 48 placówek medycznych z Polski: szpitale, specjalistycznych klinik, sanatoriów oraz pośredników w turystyce medycznej. Konsorcjum projektowe zorganizowało udział w: 12 targach międzynarodowych (największe targi i konferencje poświęcone branży turystyki medycznej: World Medical Tourism Conference, 50+Show & Medical Tourism Show, International Medical Travel Exhibition & Congress, Health Rehab, MEDSHOW), 7 misjach gospodarczych oraz 3 szkoleniach. Efektem działań konsorcjum było również przygotowanie licznych materiałów marketingowych (film o branży, opracowania branżowe, katalogi, ulotki, konferencje prasowe, ogłoszenia promujące polski produkt turystyki

medycznej w prasie branżowej 7 krajów docelowych, depesze w światowych agencjach prasowych, strona internetowa: www.polandmedicaltourism.com). W ramach programu promocji konsorcjum zorganizowało również study tour dla zagranicznych dziennikarzy i wizyty studyjne potencjalnych partnerów biznesowych do Polski. Jak wynika z przeprowadzonej wśród zagranicznych gości ankiety, Polska jako kraj docelowy dla turystyki medycznej została oceniona bardzo wysoko. Jako najbardziej atrakcyjne eksportowe procedury medyczne uznano: stomatologię, sanatoria, ortopedię, kardiologię. Jako atuty Polski i polskich placówek medycznych uznano: dobre przygotowanie do przyjmowania zagranicznych pacjentów, wysoką jakość wyposażenia placówek, atrakcyjna cenę procedur medycznych i unikalną ofertę. Równocześnie zagraniczni goście wskazywali na konieczność inwestowania w promocję, zwłaszcza e-marketing, dobre strony internetowe i ich właściwe pozycjonowanie, korzystanie z social mediów, współpracę z partnerami zagranicznymi przy pozyskiwaniu pacjentów.

Tabela 2

Wybrane procedury medyczne w różnych krajach świata (ceny podane w USD)

PROCEDURE	USA	India	Singapore	Malaysia	Mexico	Hungary	Great Britain	Poland
Coronary bypasses	113 000	10 000	20 000	9 000	3 250	-	13 921	7 140
Cardiac valve replacement	150 000	9 500	13 000	9 000	18 000	-	-	9 520
Coronary angioplasty	47 000	11 000	13 000	11 000	15 000	-	8 000	7 300
Hip replacement	47 000	9 000	11 000	10 000	17 300	-	12 000	6 120
Knee joint replacement	48 000	8 500	13 000	8 000	14 650	7 500	10 162	6 375
Gastric bypass	35 000	11 000	20 000	13 000	8 000	-	-	11 069
Hip resurfacing	47 000	8 250	12 000	12 500	12 500	-	-	7 905
Spinal fusion	43 000	5 500	9 000	-	15 000	-	-	-
Mastectomy	17 000	7 500	12 400	-	7 500	-	-	-
Nasal septum correction	4 500	2 000	4 375	2 083	3 200	2 858	3 500	1 700
Abdominoplasty	6 400	2 900	6 250	3 903	3 000	3 136	4 810	3 500
Breast reduction	5 200	2 500	8 000	3 343	3 000	3 490	5 075	3 146
Breast implants	6 000	2 200	8 000	3 308	2 500	3 871	4 350	5 243
A crown	385	180	400	250	300	322	330	246
Teeth whitening	289	100		400	350	350	500	174
Dental implants	1 188	1 100	1 500	2 636	950	650	1 600	953

Źródło: Zasoby internetowe: https://ireland.trade.gov.pl/en/f/download/fobject_id:162079 [dostęp: 15.09.2017 r.]

Wnioski i doświadczenia z powyżej opisanych działań marketingowych aktualnie wykorzystuje się w kolejnym projekcie promocji produktów polskiej turystyki zdrowotnej. Kontynuatorem zakończonego w 2015 r. projektu promocji polskiej turystyki medycznej na rynkach międzynarodowych jest obecnie Polska Organizacja Turystyczna. W perspektywie unijnej 2014–2020 Ministerstwo Rozwoju pośród innych narodowych marek produktowych (takich, jak: sprzęt medyczny, maszyny i urządzenia, kosmetyki, IT/ICT, biotechnologia i farmaceutyka, moda polska, budowa i wykańczanie budowli, jachty i łodzie, meble, polskie specjalności żywnościowe, części samochodowe i lotnicze) wskazało również turystykę medyczną. Sektor turystyki medycznej został przemianowany na „sektor usług prozdrowotnych” i został zaliczony do tzw. inteligentnych specjalizacji¹⁰, które są reprezentowane praktycznie w każdym z polskich regionów (por. rycina 1.). W projekcie określono, że dla rozwoju sektora istotnym jest wdrażanie wspólnej strategii komunikacji na określonych rynkach zagranicznych oraz budowanie współpracy z innymi podmiotami w zakresie tworzenia i promocji oferty polskich usług prozdrowotnych na rynku krajowym i zagranicznym¹¹. Cały program jest skierowany na rynki pozaunijne, a budżet programu wynosi 4,9 mln złotych (rynkami poza UE, na których będą prowadzone wielonarzędziowe kampanie promocyjno-informacyjne z udziałem POT i przedsiębiorców, będą: Rosja, Ukraina, Norwegia, Zjednoczone Emiraty Arabskie i USA). Adresatami działań informacyjno – promocyjnych będą przedsiębiorcy, instytucje otoczenia biznesu, partnerzy i kooperanci zagraniczni, indywidualne osoby i media. Dzięki poszerzeniu nazwy z „turystyki medycznej” na „usługi prozdrowotne” do beneficjentów programu oprócz klinik, szpitali, obiektów sanatoryjnych i pośredników medycznych, zaliczono również touroperatorów i hotele typu wellnes & spa. W ramach działań

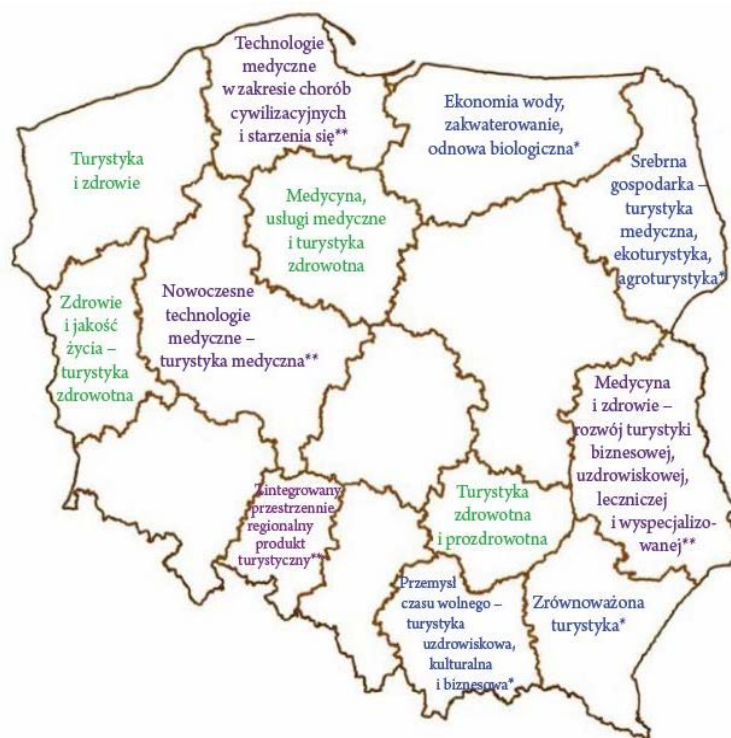
marketingowych przewidzianych w programie zaplanowano między innymi: udział w zagranicznych targach branżowych (min. MITT Moscow/ INTERMED w Moskwie, Medicine and Cosmetology w Kaliningradzie, Medical Travel Exhibition and Conference w Kijowie, The International Medical Travel Exhibition and Conference IMTEC w Dubaju, World Medical Tourism & Global Healthcare Congress), kampanie informacyjno-promocyjne w internecie i mediach tradycyjnych oraz społecznościowych, organizację podróży studyjnych po Polsce dla zainteresowanych sprzedażą polskich usług prozdrowotnych na określonym rynku zagranicznym jak i przedstawicielom mediów (w tym blogerów), produkcję i dystrybucję materiałów promocyjnych dotyczących ofert polskich przedsiębiorstw świadczących usługi prozdrowotne.

Działania Polskiej Organizacji Turystycznej w powyższym programie wsparcia turystyki medycznej będą znacznie wykraczać poza jego podstawowy zakres¹². Oprócz działań marketingowo-promocyjnych planuje się bowiem zainicjowanie powstania Krajowego Klastra Turystyki Medycznej do zadań którego będą należeć m.in.: przeprowadzenie kompleksowych badań rynku krajowego – ze względu na braki danych – które będą stanowiły podstawę do dalszego planowania strategicznego rozwoju turystyki medycznej jako gałęzi eksportowej polskiej gospodarki, stworzenie warunków prawnych sprzyjających rozwojowi ubezpieczeń zdrowotnych na potrzeby turystyki medycznej, przyjaznych dla pacjenta warunków naprawy szkód i wypłaty rekompensaty/odszkodowań, stworzenie warunków sprzyjających do akredytacji i certyfikacji spójnej z systemem międzynarodowym świadczeniodawców, budowanie kontaktów i sieci partnerskich z podmiotami, rozwijanie skoordynowanego systemu informacji, promowanie turystycznej marki Polska na rynku usług wewnętrznych i zewnętrznych.

¹⁰ Inteligentna specjalizacja regionu to branża, w której region posiada przewagę i wskazuje ją jako strategiczną dla swego rozwoju – jest to program wsparcia rozwoju nowych technologii, usług i produktów

¹¹ Zasoby internetowe: <http://medicaltravelpartner.pl/811-2/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

¹² Zasoby internetowe: <http://medicaltravelpartner.pl/811-2/> [dostęp: 15.09.2017 r.]



Rycina 1. Inteligentne specjalizacje w turystyce regionów Polski – usługi prozdrowotne

Źródło: Zasoby internetowe: <https://turystyka-medyczna.com/inteligentne-specjalizacje-w-turystyce-polskich-regionow/> [dostęp; 15.09.2017 r.]

Znaczącą rolę jaką ma odgrywać turystyka medyczna w dynamizowaniu gospodarki Polski podkreśla najnowszy dokument rządowy – „Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030)”¹³. Jak podkreślają jej autorzy, jest to kluczowy dokument państwa polskiego w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej. Co ważne, strategia jest już realizowana przez wiele konkretnych działań i projektów, które zostały podjęte na przestrzeni ostatniego roku przez Rząd RP. Rozwój turystyki medycznej w perspektywie do 2030 r. został opisany w działaniu „Poprawa stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej”. W celu wzrostu efektywności systemu będą rozwijane nowoczesne formy świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączące elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna). Budowa przewagi konkurencyjnej będzie odbywać się dwutorowo – z jednej strony poprzez innowacje medyczne, z drugiej zaś – poprzez wykorzystanie dostępnych zasobów oraz istniejącego systemu udzielania

świadczeń opieki zdrowotnych w celu rozwoju turystyki medycznej. Wsparcie działań rozwojowych będzie dotyczyć kilku perspektywicznych obszarów:

1) telemedycznych rozwiązaniach hybrydowych (pozwalających m.in. na monitorowanie i sterowanie rehabilitacją pacjenta w warunkach domowych),

2) bioinformatyce (obejmującej modelowanie, algorytmy i oprogramowanie dla celów diagnostycznych i terapeutycznych), biocybernetyce (wszczepialnych implantach, sztucznych narządach przeznaczonych do zastąpienia lub wsparcia upośledzonych funkcji narządów oraz systemach jej wspomagających),

3) wearables (informatycznych wyrobach medycznych do noszenia, również usieciowionych),

4) a także technologiach telemedycznych stosowanych w diagnostyce i terapii, wspierających opiekę skoordynowaną (pozwalających m.in. na konsultacje medyczne na odległość).

Powyższe działania będą wspierane tworzeniem lepszej organizacji i koordynacji rynku oraz programami promocji polskich świadczeniodawców usług opieki zdrowotnej za granicami kraju oraz budowania wizerunku Polski jako destynacji turystyki zdrowotnej.

¹³ Zasoby internetowe: https://www.mr.gov.pl/media/36848/SOR_2017_maly_internet_03_2017_aa.pdf [dostęp: 15.09.2017 r.]

Podsumowanie i wnioski końcowe. Na obecnym etapie rozwoju, aby budować i umacniać przewagę konkurencyjną polskiego produktu turystyki zdrowotnej nie są konieczne znaczące inwestycje. Przede wszystkim, istotna jest realizacja działań wspierających branżę przez władze państwowe, zmierzająca do organizacji i integracji branży, konsolidacji rynku i zacieśnienia współpracy podmiotów na nim działających. Jednym z priorytetów jest także kontynuacja działań strategiczno-marketingowych, mających – obecnie – na celu budowanie Marek Polskiej Gospodarki, a wśród nich marki turystyki zdrowotnej – jako jednej z 12 wizerunkowych branż i produktów eksportowych (Program „GO TO BRAND” – sektor usług prozdrowotnych jednym z polskich produktów markowych). Nadal jednym z ważniejszych i nie do końca rozwiązanych problemów rozwoju turystyki medycznej w Polsce jest pełna implementacja

Dyrektywy Unii Europejskiej w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹⁴. Ponadto, należy mieć również na uwadze fakt, że zmiany na rynku usług zdrowotnych zapoczątkowały przeobrażenia w zachowaniach klientów, którzy stali się jeszcze bardziej wymagający, świadomie dokonujący wyborów (decyzje podejmując często na podstawie szczegółowo zebranych informacji). Jak wskazuje B. Nowotarska-Romaniak (2012)¹⁵ oczekują oni elastyczności i jakości w obsłudze oraz nowych usług. Sytuacja ta wymaga znacznie lepszego niż dotychczas podejścia do podnoszenia kwalifikacji kadry obsługi konsumentów w turystyce medycznej. W tym celu niezbędna jest współpraca branży z uczelniami wyższymi (praktyczne kształcenie), ponieważ specjalistów z zakresu turystyki medycznej w Polsce generalnie się nie kształci.

Piśmiennictwo Publikacje

1. Białk-Wolf, A., 2010, Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk, s. 18.

2. Biernacka J., 2015, Znaczenie polskiej turystyki medycznej i jej pozycja na światowym rynku turystyki medycznej, [w:] Współczesne problemy ekonomiczne nr 10 (2015), Zeszyty Naukowe nr 851, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, str. 47

3. Głos w sprawie rozwoju turystyki zdrowotnej do Polski w ramach konsultacji rządowej Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, 2016, Instytut Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej, Zasoby internetowe <https://turystyka-medyczna.com/turystyka-zdrowotna-w-polsce-uspiony-potencjal/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

4. Nowotarska-Romaniak B. (red.), 2012, Marketing usług zdrowotnych, Wyd, Wolters Kluwer S.A., Warszawa, str. 8

5. Raport: Health and wellness tourism in Poland, 2012

6. Religioni U., Religioni M., 2015, Medical tourism trends In Poland, [w:] Medical and Biological Sciences, 2015, 29/2, Collegium Medicum UMK, Toruń, Zasoby internetowe: https://www.cm.umk.pl/en/images/medical/29_2/7_art.pdf [dostęp: 14.09.2017 r.]

7. Tucki A. Hadzik A., 2013, Raport końcowy z badania dziedzinowego „Analiza możliwości rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie lubelskim w kontekście zidentyfikowanej inteligentnej specjalizacji regionu w dziedzinie usług medycznych i prozdrowotnych”, Wyd. Perfecta Info, Lublin, str. 7.

8. https://ireland.trade.gov.pl/en/f/download/fobject_id:162079 [dostęp: 15.09.2017 r.]

9. <https://www.tourmedica.pl/blog/turystyka-medyczna-w-polsce-ad-2017-stan-rozwoj-perspektywy/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

10. <https://bip.msit.gov.pl/download/2/415/Kierownikorozwojoturystykido2015roku.pdf> [dostęp: 13.09.2017 r.]

11. <http://medicaltravelpartner.pl/811-2/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

12. <https://turystyka-medyczna.com/inteligentne-specjalizacje-w-turystyce-polskich-regionow/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

13. <http://medicaltravelpartner.pl/811-2/> [dostęp: 15.09.2017 r.]

14. https://www.mr.gov.pl/media/36848/SOR_2017_maly_internet_03_2017_aa.pdf [dostęp: 15.09.2017 r.]

¹⁴ Religioni U., Religioni M., 2015, Medical tourism trends In Poland, Medical and Biological Sciences, 2015, 29/2, str. 63–67, Collegium Medicum UMK, Toruń, Zasoby internetowe; https://www.cm.umk.pl/en/images/medical/29_2/7_art.pdf [dostęp: 14.09.2017 r.]

¹⁵ Nowotarska-Romaniak B. (red.), 2012, Marketing usług zdrowotnych, Wyd, Wolters Kluwer S.A., Warszawa, str. 8

PERIODIZATION OF THE TRAINING PROCESS: COMPARATIVE ANALYSIS OF TWO MODELS THROUGH THE PRISM OF MODERN RESEARCH

ПЕРИОДИЗАЦИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДВУХ МОДЕЛЕЙ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Mirzayev J. A.

Mediland hospital, Baku, Azerbaijan

Анотація

In this article, two known models of the periodization of the training process are compared: linear and wave. Their effectiveness is analyzed from the point of view of various variables. The narrative review presented in detail examines all the experimentally conducted science works and thereby allows readers to broaden their horizons on this topic. The strengths and weaknesses of both periodic models were identified and outlined.

Key words: periodization, strength training, training process, linear periodization, undulating periodization, biological concept, muscular contraction regimes.

В этой статье сопоставляются две известные модели периодизации тренировочного процесса: линейная и волновая. Анализируется их эффективность с точки зрения различных переменных. Представленный нарративный обзор подробно рассматривает все экспериментально проведенные работы и тем самым позволит читателям расширить свой кругозор по данной теме. Были определены и изложены сильные и слабые стороны обеих периодизационных моделей.

Ключевые слова: периодизация, силовой тренинг, тренировочный процесс, линейная периодизация, волновая периодизация, биологическая концепция, режимы мышечных сокращений.

У цій статті зіставляються дві відомі моделі періодизації тренувального процесу: лінійна і хвильова. Анализується їх ефективність з точки зору різних змінних. Представлений нарративний огляд детально розглядає всі експериментально проведені роботи і тим самим дозволить читачам розширити свій кругозір по даній темі. Були визначені і викладені сильні й слабкі сторони обох періодизаційних моделей.

Ключові слова: періодизація, силовий тренінг, тренувальний процес, лінійна періодизація, хвильова періодизація, біологічна концепція, режими м'язових скорочень.

Statement of the scientific problem and its significance. Periodization of the training process takes one of the key positions in the general system of the problems of physical education and sports, which is aimed at achieving maximum results in physical education / sports. The theory of periodization in sports began to emerge after the 1956 Olympic Games. The idea originates from the model of the Canadian endocrinologist Hans Selye - "a syndrome of general adaptation." Lev Pavlovich Matveev transferred this model to physical education, compared the training plans for athletes. This analysis created a "soil" for building periodic graphics for the 1960 Olympic Games. The successful performance of Soviet athletes in Rome contributed to the popularization of the theory of periodization. In his article "On the Periodization of Sport Training", L. P. Matveev rightly notes the importance of the "steps" of improving physical training: acquisition-sustenance-creating the necessary conditions for further development-transition.

Such an extensive "chapter" from the whole book called "physical education/sports training"

could not but create a large-scale resonance among other specialists in this field. The most famous critics of the classical version of periodization is Yu. V. Verkhoshansky, A. N. Vorobiev and A. P. Bondarchuk, V.B. Issurin.

A. N. Vorobiev criticized Matveev's position through the prism of individualization. In his book [2], he notes the progressive nature of Matveev's ideas, but at the same time he doubts the effectiveness of the classical model for the growth of sports results. According to the author, the key disadvantage is the following: "a multidirectional construction of the training load in different periods." Also, Vorobyev criticizes the opponent because of the lack of a "biological concept". Another recognized authority in sports science, VN Platonov [3], speaking in defense of L. P. Matveev, is indignant over Vorobyov's statement - "the repetition of the competitive movement does not give the proper effect." Because, L.P. Matveev [4], already touched on this issue and noted that the performance of execution of movements in competitive mastered embodiment will only help to slow down the way to achieve a high level of sportsmanship. But, these words concern only the general preparatory stage of the preparatory peri-

od. Yu.V. Verkhoshansky in the article "Horizons of the scientific theory and methodology of sports training" [5] emphasized the importance of the biological aspect and called for strengthening the priority of biology in the scientific and practical search. He attributes the following regularities to the natural scientific foundation of the theory and methodology of physical culture: the development of the adaptive mechanisms of the organism, the process of formation, sports and technical skill, the morphofunctional specialization of the organism in the course of many years of training, the relationship between the dynamics of the athlete's state in the long stages. In addition to the biological aspect, Verkhoshanskii stresses [6] the absence of sound practical recommendations and the neglect of the results of experimental work in tradi-

tional periodization. Matveev [7] has no doubt about the importance of modeling in sports, but he also points out three points that even the simplest biological model of the training process should not be deprived of: 1) the system of influences on the athlete; 2) a systemic response to these impacts; 3) the logical links between "A" and "B". In the opinion of A. P. Bondarchuk [8], their "periodization approach" with like-minded people deserves attention, since it implies recommendations of a more in-depth character with respect to the means of training, the duration of different periods and has a clear classification of the types of exercises used.

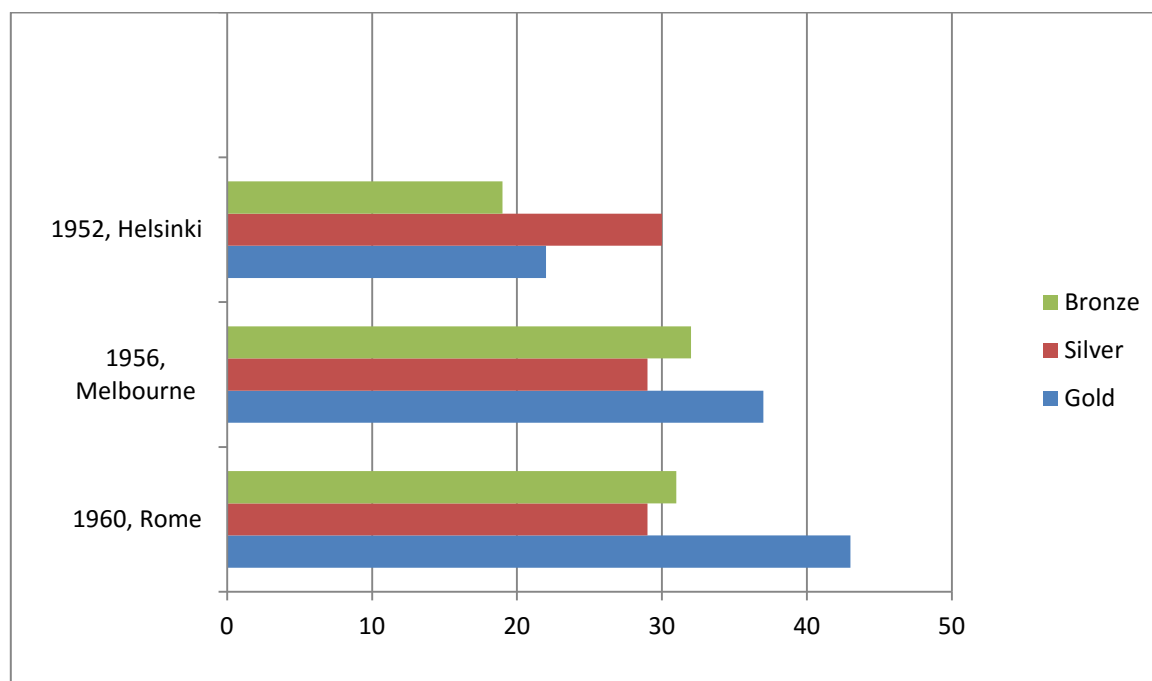


Figure 1. Statistics of the USSR performances at the Summer Olympic Games (1952, 1956, 1960)

The purpose of the study is to compare two periodization models of training.

Objectives of the study:

1. Conduct an analysis of foreign scientific literature on the topic of "periodization of the training process."
2. Evaluate the level of efficiency of models in different variables.
3. Show their strengths and weaknesses.

Methods of research – theoretical analysis, systematization of scientific data.

Introduction. OBryant and colleagues [9] in 1988 studied the strength and endurance indicators in 96 students and recorded the advantage of periodization in increasing the power capacity and short-term stamina. In the Kraemer et al. Study [10], the periodization group did not differ in effectiveness from the other groups (1 approach to failure, 3 approaches to failure, control group) in strength, weight and body composition (study duration – 14 weeks). McGee et al. [11] studied three methods (high intensity endurance training)

in young men (27 people) – group 1 – one approach for 12 repetitions to failure, second group – periodization (2 weeks 3x5, 3 weeks 3x3), third group - 3x10 all seven weeks of the study. The periodic model did not have clear superior data. A high volume of training + periodization outstripped the low volume in terms of strength and endurance, but only after 12 and 24 weeks [12]. Testosterone after 12 and 24 weeks increased only in the group with a high volume, and cortisol decreased. In the second group, insulin-like growth factor – 1 (IGF-1) increased after 24 weeks, and after 12 and 24 weeks for the group – a high volume. In the study, the periodization group outstripped the control group not only in the one-repeated maximum (1RM), but also in the rate of decrease in % fat. The most ambitious experiment [14] lasted 9 months and was conducted with the participation of 31 women. During the first six months, the group that followed the periodization increased 1RM in leg press. In other variables, group P also proved to be more effective: anaerobic power, grip strength, jump height, 1RM in leg press, dumbbell presses on shoulders, feed rates

(test subjects were tennis players), IGF-1, testosterone, cortisol concentration. The resistance to insulin decreases without dependence, the periodization is applied or not, and the concentration of adiponectin and leptin were not marked by certain changes, but the data were obtained specifically for the linear periodization model. Ahmadizad and his colleagues within the eight-week study did not find the obvious advantage of using periodization to increase strength (1RM in bench press and leg pressures increased in all groups) in young men (32 untrained) [15]. In a recent study [16], a stable number of repetitions was compared to a variety. The experimental group followed the following alternation: 2-4 RM / 8-12 RM / 20-30 RM. All three variables considered (muscle strength, local muscular endurance, muscle volume) were similar for groups. A comparison of the periodization with active rest periods and progressive strength training considered increasing the strength and plateau in performance for 15 weeks of training. The periodization group had a constant increase in strength, while the second group approached the plateau by the end of the study [17].

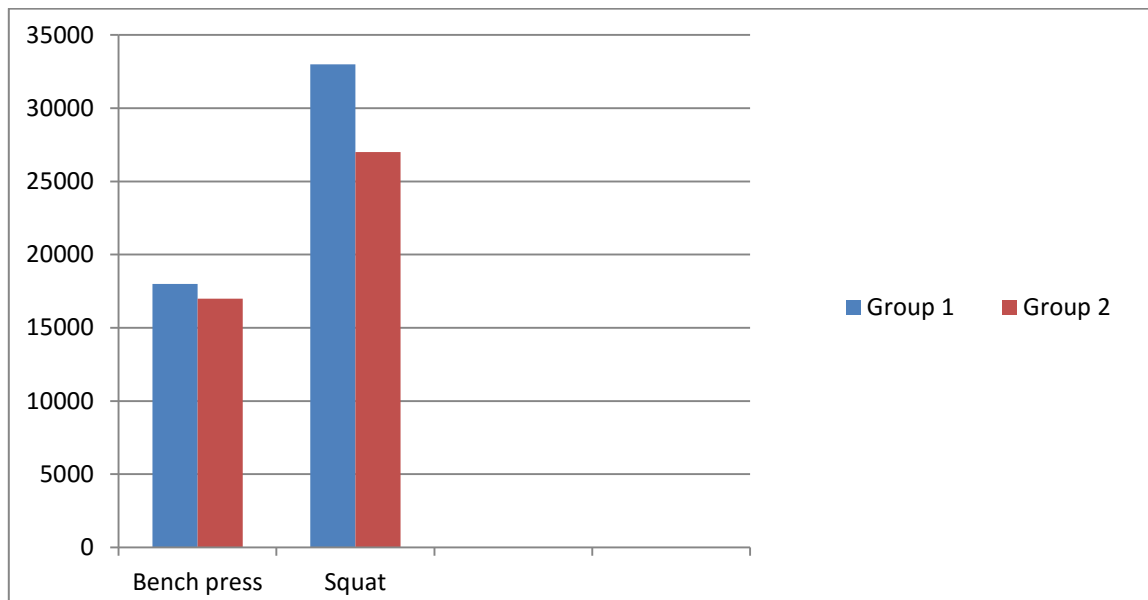


Figure 2. The average workload between groups (Herrick, 1996)

The main part. Six research studies are responsible for the search criteria: Baker (1994), Peterson (2008), Stone (2000), Prestes (2015), Vanni (2010), Kok (2009), Souza (2014). Baker and colleagues [18] were the first to compare the linear and wave periodization (22 men, 12 weeks) in strength (bench press, squat), increase in lean

muscle mass (LMM), the effectiveness of the vertical jump, the level of neural activity (LNA). LNA did not undergo changes and did not have direct dependence on force indicators, when both 1RM definitely correlated with LMM.

Stone et al. [19], following to colleagues, attempted to compare two periodization models

(linear and wave) with each other and with a control group. The influence of three strength training programs on a one-repeated maximum (1 RM) in squats was compared. Participants in the study were 21 students. The criteria for selection in the study: 1 RM > 110 kg and > 1.3 x body weight and the ability to complete > 80% of the scheduled reps.

Group 1 – 5x6 (in the basic exercises and 3x8 for the auxiliary exercises), 5 people.

Group 2 – linear periodization model, 9 people.

Group 3 – wave periodization, 7 people.

For groups 1 and 2, the number of repetitions was programmed almost identically (720 and 730 repetitions), in group 3, 18 and 19.4% less repetitions (590). 1 RM was measured before and after 12 weeks.

Table 1

Exercise schedule

Exercise	Monday	Wednesday	Friday
Squat	+		+
Bench press	+		+
Incline bench press	+		+
Power clean		+	
Shrug		+	
Pull downs		+	

Groups 2 and 3 managed to show greater results in 1RM (group 1 141.4 +/- 28.1-155.4 +/- 23.7, group 2, 124.8 +/- 12.0-143.4 +/- 12.1, and group 3 - 132.8 +/- 17.0-153.3 +/- 19.3). Derived variables were the squatting on the body weight and the gain in the squatting x coefficient Sinclair (method of eliminating differences in body weight). The percentage difference between

groups 1 and 2 is as follows: squat = 33, squat = 5, Sinclair's formula = 33. For the third group: squat = 46, squat = 67 and Sinclair = 109. The results clearly show the superiority of periodization over a constant repetition scheme in increasing 1RM, even when the repetitions are equalized (group 1 vs group 2) or with fewer repetitions (group 1 versus group 3).

Table 2

Training variables – average values for 12 weeks of training

Group	The average weight of the barbell	Load volume	Relative intensity	% of total number of repetitions	Total number of completed repetitions	The average number of repetitions for 1 approach
1	95	58, 805	67	86	619	6.0
2	76	47, 804	61	86	629	6.6
3	96	50, 581	72	88	529	5.2

Peterson and his colleagues [20] evaluated the influence of periodization models on "adaptation to fitness" and the degree of transition to specific tasks related to the work of subjects (firefighters, 14 people). Testing consisted of evaluation: muscle strength, sprint speed and hop ability, special tasks for firefighters. At the end of the 9-week study, both models demonstrated their potential

for strength increase, but the wave periodization proved to be more successful in the remaining tests. The data indicate a great benefit of the use of wave periodization for the multidimensional development of muscle strength. The study supports the wave periodization to provide a higher level of performance for the execution of specific tasks.

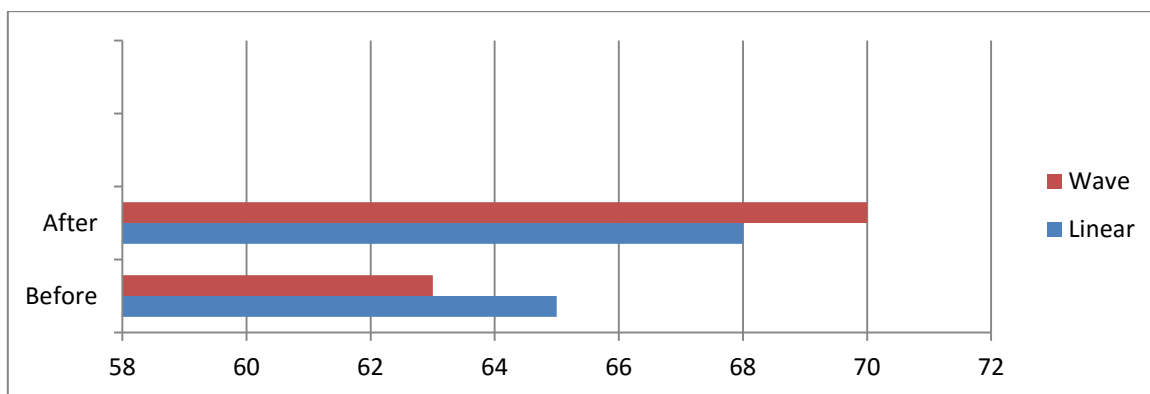


Figure 3. Vertical jump

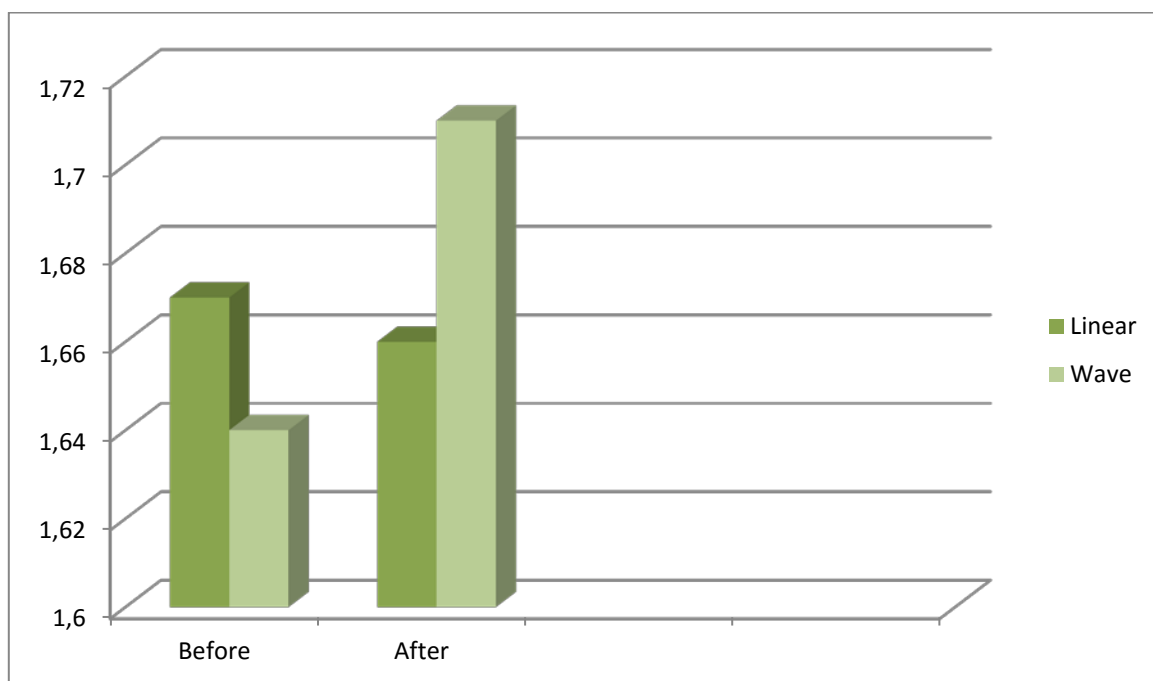


Figure 4. Maximum speed of development of force

Table 3

Preliminary and post-test statistics (Peterson, 2008)

	Traditional periodization		Wave periodization	
	Before	After	Before	After
Power indicators in the bench press	100 +/- 24	108 +/- 23	102 +/- 28	119 +/- 24
Force indicators in the squat	119 +/- 15	139 +/- 12	136 +/- 31	163 +/- 31
Long-jump	225 +/- 22	240 +/- 19	234 +/- 18	244 +/- 20
Peak output power (30% of 1RM)	2486 +/- 380	2688 +/- 310	2811 +/- 378	2999 +/- 451

In 2014 [21], Souza and colleagues focused on the study of the quadriceps and cross-sectional areas (CSA) of the quadriceps muscle after three

different training regimes: the absence of periodization (AP), linear (LP) and wave (WP) in 31 physically active men.

1RM increased only in the groups of AP and WP (17 %, 13 %), and the control group and LP (after six weeks) had very low rates – 7 % and 1 %, respectively. On the basis of the CSA, in addition to the control group, all groups received an increase of 5 % (AP – 5.1, LP – 4.6, WP – 5.2). Kok et al. [22] in their 9-week study received similar improvements in various indicators (for 20 young women): 1RM in squat: LP – 35 %, WP – 41 %; 1RM in bench press: LP – 22 %, WP – 28 %; Squat with counter-movement: LP – 10 %, WP – 9 %; Throwing bench press: LP – 11 %, WP – 14 %; Grip strength: LP – 1 %, WP – 2 %; CSA – For LP, the greatest increase occurred in the first three weeks, while the WP received the

best results from the initial level of 3 weeks and from 3 weeks to 6 weeks. With linear and wave periodization, the mineral density of bones remains unchanged despite the increase in power indicators (maximum force – LP – 37–73 %, WP – 40–70 %, submaximal force – LP – 82–114 %, WP – 70–102 %). For creatine kinase and delayed muscle pain, the highest rates were recorded in the first mesocycle in 27 women (premenopause). Evaluation of [23] neuromuscular and function and functional capabilities, as well as body composition and cytokine indices, did not reveal a difference between LP and WP in 49 elderly women. Participants equally improved walking, lifting to the biceps, 1RM in the leg press.

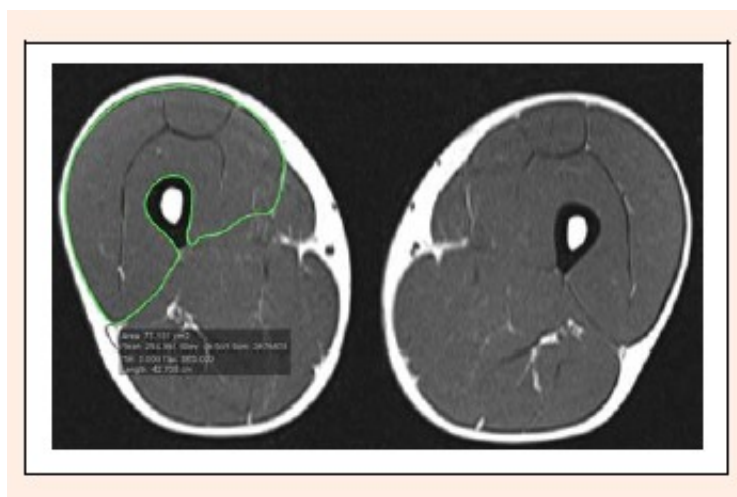


Figure 5 The cross-sectional area of the dominant quadriceps muscle

Conclusions.

1. In general, on the basis of a small number of studies, where two models (LP and VP) were compared, it is extremely difficult to construct convincing arguments, but the wave periodization has a minimal advantage.

2. The level of neural activity and power indicators are not directly interrelated.

3. Periodization with alternating high-low intensity can promote a strong push to increase strength and endurance.

4. Periodic models – 2 weeks 3x5 / 3 weeks 3x3 and 2-4 RM / 8–12 RM / 20-30 RM do not have obvious advantages over the absence of periodization.

5. High volume training using periodization reduces cortisol. There was a rise in testosterone after 12 and 24 weeks, with low-volume training this was not observed. However, it is worth noting

the minus of this study in the absence of the third group – low-volume training with periodization.

6. A long experiment involving the female supports the effectiveness of the use of periodization to increase grip strength, 1PM in bench press and bench press, dry muscle mass, anaerobic power, jump height, increased testosterone and lower cortisol.

7. Resistance to insulin is absolutely independent of periodization.

8. Perhaps for untrained men, it is not essential to adhere to periodization in the training process.

9. In one study, the periodization (weeks 1–5 – 3x1,3,3,3 repetitions / 10,5,5,3x3 repetitions, weeks 7-10 – 3x1,3,3,3 reps / 10,5,5,3, weeks 11–15 – 3x1,3,3 / 10,5,3x2) did not differ in performance from 1x8-12 to failure, 3x10 without failure.

References

1. Matveev L. P. On the periodization of sports training // Theory and practice nat. culture. – 1958. – T. XXI. – Вып. 4. – P. 241–246.
2. Vorobiev A. N. Weightlifting sports. Essays on physiology and sports training. Ed. The 2nd. M., "FiS", 1977. – 255 p., Ill.
3. Platonov V.N. Theory of the periodization of sports training throughout the year: background, state, discussions, ways of modernization // Theory and practice of physical culture. – 2009. – No. 9. – P. 18–34
4. Matveyev LP Basics of sports training. – Moscow: Physical training and sports, 1977. – 208 p.
5. Verkhoshansky Yu.V. Horizons of the scientific theory and methodology of sports training // Theory and practice of physical culture. – 1998. – No. 7. – P. 41–54.
6. Verkhoshansky Yu.V. Towards a scientific theory and methodology of sports training // Theory and practice of physical culture. – 1998. – № 2. – P. 21–26, 39–42.
7. Matveyev LP To the discussion on the theory of sports training // Theory and practice of physical culture. – 1998. – № 7. – P. 55–61.
8. Bondarchuk A.P. Methods of constructing the periods of development of the sports form. Science and modernity. – 2015. – No. 1 (3). – P. 35–63.
9. OBryant et al. (1988). Cycle ergometer performance and maximum leg and hip strength adaptations to two different methods of weight-training. Journal of Strength & Conditioning Research.
10. Kraemer JB. et al. Effects of Single vs. Multiple Sets of Weight Training: Impact of Volume, Intensity, and Variation. Journal of Strength & Conditioning Research (1997).
11. McGee D. et al. Leg and hip endurance adaptations to three weight-training programs. Journal of Strength & Conditioning Research (1992).
12. Marx JO. et al. Low-volume circuit versus high-volume periodized resistance training in women. Med Sci Sports Exerc. (2001).
13. Schiötz, MK. et al. The Short-Term Effects of Periodized and Constant-Intensity Training on Body Composition, Strength, and Performance. Journal of Strength & Conditioning Research (1998).
14. Kraemer WJ. et al. Physiological changes with periodized resistance training in women tennis players. Med Sci Sports Exerc. (2003).
15. Ahmadizad S. et al. Effects of short-term nonperiodized, linear periodized and daily undulating periodized resistance training on plasma adiponectin, leptin and insulin resistance. Clinical Biochemistry (2014).
16. Schoenfeld BJ et al. Effectis of varied versus constant loading zones on muscular adaptations in trained men. Int J Sports Med, 2016; 37(6): 442–7.
17. Herrick, A.B., Stone, William J. The effects of periodization versus progressive resistance exercise on upper and lower body strength in women. Journal of Strength & Conditioning Research (1996).
18. Baker D. et al. Periodization: The Effect on Strength of Manipulating Volume and Intensity. Journal of Strength & Conditioning Research (1994).
19. Stone MH. et al. Comparison of the Effects of Three Different Weight-Training Programs on the One Repetition Maximum Squat. Journal of Strength & Conditioning Research (2000).
20. Peterson MD. et al. Undulation training for development of hierarchical fitness and improved firefighter job performance. J Strength Cond Res (2008).
21. Souza EO. et al. Early adaptations to six weeks of non-periodized and periodized strength training regimens in recreational males. J Sports Sci Med (2014).
22. Kok LY. et al. Enhancing muscular qualities in untrained women: linear versus undulating periodization. Med Sci Sports Exerc. (2009).
23. Prestes J. et al. Understanding the individual responsiveness to resistance training periodization. Age (2015).

ZABYTKOWA INFRASTRUKTURA UZDROWISKOWA JAKO NOŚNIK WARTOŚCI KULTUROWYCH – NA PRZYKŁADZIE UZDROWISK SUDECKICH

THE HISTORICAL ARCHITECTURE IN THE HEALTH RESORTS AS MEDIUM OF CULTURAL VALUES – IN THE CONTEXT OF SPA IN SUDETES MTS

ІСТОРИЧНА СПА-ІНФРАСТРУКТУРА ЯК НОСІЙ КУЛЬТУРНИХ ЦІННОСТЕЙ – НА ПРИКЛАДІ КУРОРТІВ СУДЕТУ

Rafał G. Nowicki

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

Анотація

Celem niniejszego artykułu jest przede wszystkim zwrócenie uwagi na zagadnienie roli zabytków architektury i ich otoczenia w kształtowaniu leczniczej funkcji sudeckich uzdrowisk. W tekście przedstawiono związkę charakterystykę dziedzictwa architektury Sudetów, jego strukturę ilościową i jakościową wraz z wybranymi przykładami najcenniejszych relikwów budownictwa uzdrowiskowego, uwzględniając także historyczną rolę sudeckich uzdrowisk w rozwoju turystyki na tym obszarze. W podsumowaniu zaakcentowano kwestię kulturowo-symbolicznych aspektów funkcjonowania zabytków architektury w uzdrowiskach. Na tym tle szczególnie zarysował się motyw znaczenia spuścizny historii w sferze zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych człowieka takich jak np. poczucie bezpieczeństwa czy poczucie wolności.

Słowa kluczowe: zabytki architektury, uzdrowiska.

The aim of the present article is to pay attention on the role of monuments of architecture in the forming of remedial function health resort in Sudetes Mts. At the beginning of the text it was presented the characteristic of the architectural heritage in Sudetes Mts. and its quantitative and qualitative structure. Besides, it was presented the most valuable examples of relics of the historical spa architecture. In the next part of the article it appeared a motive of the role of heritage of architecture on the field of satisfying the essential needs of the contemporary Human - for example feeling of safety and sense of freedom.

Key words: historical architecture, health resort (Spa).

Метою цієї статті є, перш за все, звернути увагу на питання про роль пам'яток архітектури та їх оточення у формуванні лікувальної функції курортів Судет. У тексті міститься стисла характеристика архітектурної спадщини Судет, її кількісна та якісна структура, а також окремі приклади найцінніших реліквій курортного будівництва з урахуванням історичної ролі курортів Судет у розвитку туризму в цій галузі. У підсумку підкреслюється питання культурних та символічних аспектів функціонування архітектурних пам'яток у санаторіях. На цьому тлі особливо наголошується мотив важливості спадщини історії у сфері задоволення основних екзистенціальних потреб людини, таких як відчуття безпеки або відчуття свободи.

Ключові слова: пам'ятники архітектури, курорти.

Wprowadzenie. Poniższy szkic dotyka zagadnień, które – mogłoby się wydawać – wykraczają poza sprawy kojarzone bezpośrednio z problematyką uzdrowisk tj. poza kwestie naturalnych czynników leczniczych, metod uzdrowiskowych czy też prozdrowotnych funkcji sanatoriów. Autora interesuje bowiem nie tyle proces leczniczy, co zewnętrzne architektoniczno-urbanistyczne otoczenie uzdrowiska, szczególnie zaś wymiar kulturowo-symboliczny i estetyczny tegoż otoczenia. W dużym uproszczeniu można więc rzec, że chodzi tu o estetyczną krajobrazową formę (wraz z jej semantyczną warstwą) dla leczniczo-profilaktycznych treści.

Niniejsze rozważania koncentrują się głównie wokół zabytków architektury, które powstały niegdyś z myślą o rozbudowie infrastruktury

uzdrowiskowej. Parafrazując słowa A. Böhma (2006) warto podkreślić, że dawna architektura stanowiąca przecież integralny składnik kulturowego krajobrazu uzdrowiska ma dziś stosunkowo największą „ogłębłość” i jest tym samym jednym z najbardziej wpływowych wizualnych kreatorów zbiorowej wyobraźni. Jednocześnie nieodparcie narzuca się konstatacja, że obecność i oddziaływanie cennych historycznych obiektów w równym stopniu wspiera proces uzdrowiskowej rekreacji, co zabiegi lecznicze. Budynki te uobecniają bowiem cenne wartości humanistyczne (np. wartości estetyczne, poznawcze, historyczne, integracyjno-symboliczne itp.), stając się tym samym ważnym elementem procesu kształtowania kondycji duchowej współczesnego człowieka.

Głównym celem niniejszego szkicu jest zaakcentowanie doniosłości tych niezwykle

istotnych kwestii, a przy okazji wskazanie na niektóre przejawy nakładania się rytmu kultury (sztuki) na porządek praktyk życia codziennego. Oczywiście trzeba zdawać sobie sprawę, że tematyka ta jest niezwykle szeroka, toteż przedstawienie jej kompletnego obrazu w wąskich ramach krótkiego artykułu nie jest możliwe i może jedynie stanowić inspirację dla podjęcia bardziej wszechstronnych studiów kulturoznawczych w tym zakresie.

Artykuł ma charakter opisowo-przeładowy. Dane ilościowe i materiały jakościowe pochodzą z autorskich badań poświęconych charakterystyce znaczenia turystyki w procesie ochrony zabytków architektury, prowadzonych przez Autora w latach 2004–2008 i 2010–2011. W tekście wykorzystano także informacje pozyskane w ramach kwerend zdigitalizowanych materiałów archiwalnych.

I. Zjawiska, o których tutaj mowa mają – rzecz jasna – charakter uniwersalny tzn. nie są ograniczane geograficznym zasięgiem. Jednak zgodnie z tytułem tego tekstu, przedstawiono tu wybrane obserwacje i wnioski dotyczące dziedzictwa regionu Sudetów (rys. 1). Jest to bowiem region szczególny, zaliczany do najbardziej atrakcyjnych regionów turystycznych Polski, charakteryzujący się niespotykanym gdzie indziej bogactwem i różnorodnością współwystępujących walorów przyrodniczych i walorów kulturowych. Ów kalejdoskop atrakcji generuje

znaczny ruch turystyczny, co sprawia, że obszar ten jest potencjalnie idealnym terenem monitoringu i naukowej identyfikacji rozmaitych procesów przestrzennych, ekonomicznych, społecznych, kulturowych związanych z turystyką i jej oddziaływaniem na inne obszary współczesnego życia.

Podstawą przyrodniczej atrakcyjności Sudetów są przede wszystkim liczne pasma górskie, stwarzające warunki do uprawiania wielu form turystyki aktywnej (hiking, trekking, wspinaczka, turystyka rowerowa, narciarstwo zjazdowe, narciarstwo biegowe, turystyka konna itp.) dostosowanej do potrzeb i możliwości różnych segmentów odbiorców. Dopelnieniem tych wartości są właściwości klimatyczne oraz złoża naturalnych surowców leczniczych sprzyjające rozwojowi lecznictwa uzdrowiskowego.

Istotnym atutem regionu są również zasoby walorów dziedzictwa kulturowego. Do czynników historyczno-kulturowych szczególnie sprzyjających rozwojowi turystyki należą liczne obiekty architektury poindustrialnej, muzea i skanseny, stanowiska archeologiczne, zabytki sakralne o znaczeniu międzynarodowym, relatywnie gęsta sieć miast o bezcennej historycznej zabudowie, górskie i podgórskie miejscowości turystyczne z XIX-wiecznymi tradycjami letniskowymi i charakterystyczną stylową zabudową sanatoryjno-pensjonatową.



Rys. 1. Orientacyjna mapa regionu Sudetów na tle podziału administracyjnego (powiaty)

źródło: opracowanie własne

Należy podkreślić, że pod względem stopnia nasycenia krajobrazu obiektami zabytkowymi województwo dolnośląskie (wraz z Sudetami i Przedgórzem) zajmuje pierwsze miejsce spośród wszystkich województw Polski. W rejestrze zabytków Dolnego Śląska znajduje się 8000 obiektów architektury, z czego na terenie Sudetów zlokalizowanych jest ok. 5000 zabytkowych budowli. Wiele dolnośląskich zabytków to obiekty unikatowe, wpisane na prestiżowe listy ochrony dziedzictwa. Należą do nich m.in. kościoły Pokoju w Jaworze i Świdnicy z XVII w. (największe drewniane świątynie w Europie, umieszczone na liście światowego dziedzictwa kulturowego i naturalnego UNESCO), wpisane na listę Pomników Historii: młyn papierniczy w Dusznikach Zdroju (zabytek techniki z XVII w.), opactwo cystersów w Krzeszowie z XVIII w. (wybitny przykład baroku śląskiego), zespół staromiejski Paczkowa (zachowany nieomal w całości średniowieczny układ urbanistyczny) oraz emblematyczny dla dolnośląskich atrakcji turystycznych Zamek w Książu (wybudowany w XIII w. i wielokrotnie przebudowywany; obecny kształt zawdzięcza modernizacji z XVIII i XX w.) (Nowicki 2013).

Struktura rodzajowa zasobów zabytkowej architektury regionu jest bardzo szeroka i obejmuje obiekty sakralne, rezydencjonalne (obronne i reprezentacyjne), poindustrialne, gospodarcze, mieszkaniowe, zieleń projektowaną (parki, ogrody). Istotną część tych zasobów stanowi także dawna infrastruktura turystyczna - ok. 80 obiektów (obiekty te do dnia dzisiejszego pełnią funkcje turystyczne), z czego sporą część zajmują przykłady dawnego zagospodarowania uzdrowskiego: zabytkowe budynki sanatoriów (8 obiektów), szpitale uzdrowskie (8 obiektów), hale spacerowe (6 obiektów), pawilony parkowe (5 obiektów), parki zdrojowe (5 obiektów), muszle koncertowe w parkach zdrojowych (2 obiekty) czy kompleksy urbanistyczne (1 obiekt) – ogółem ok. 50 obiektów (tab. 1).

Warto dodać, że sudecka turystyka zaczęła rozwijać się dość wcześnie. Już na przełomie XVII i XVIII w. możemy mówić o masowej – jak na tamte czasy – turystyce górskiej, o czym zaświadcza zachowane księgi gości górskich schronisk oraz listy i pamiętniki pisane przez turystów (Kincel 1994), a głównym motorem jej rozwoju, aż do końca XIX w. były miejscowe uzdrowiska (Potocki 2004). Niektóre z nich, jak np. Łądek Zdrój, Cieplice Zdrój znane są już z zapisów średniowiecznych. Jednak o regularnym lecznictwie uzdrowskim można dopiero mówić w wiekach XVII, XVIII, a zwłaszcza w I poł. XIX. W tym czasie na mapie sudeckiego lecznictwa uzdrowskiego pojawiły się kurorty w Jedlinie, Kudowie, Świeradowie, Dusznikach, Czerniawie, Polanicy, Długopolu, Przerzeczynie. W latach 70. XIX w. liczba kuracjuszy w sudeckich uzdrowskach zaczęła gwałtownie rosnąć, co naturalną kolejną rzeczą przyczyniało się to do rozwoju infrastruktury uzdrowskiej. W 1875 r. w Łądku Zdroju zanotowano 2730 gości podczas, gdy w 1879 r. było już ich 5463. W latach 1875-82 liczba kuracjuszy w Świeradowie Zdroju wzrosła z 775 do 2052, w Dusznikach Zdroju z 2574 do 5501, w Kudowie Zdroju z 997 do 2054 (Potocki 2004). Głównymi czynnikami sprzyjającymi kształtowaniu atrakcyjności tych miejscowości była w pierwszej kolejności jakość wód leczniczych i poziom urządzeń uzdrowskich, atrakcyjność życia towarzyskiego i oferty kulturalnej oraz dostępność do okolicznych atrakcji przyrodniczych i tzw. „pamiętek przeszłości” (Kincel 1994).

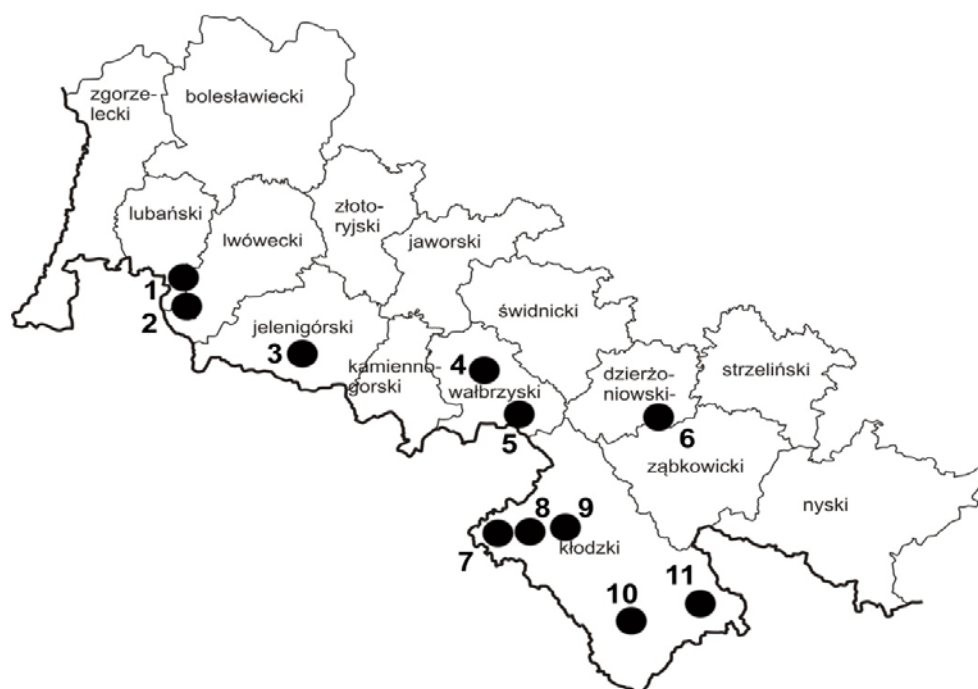
Obecnie w różnych częściach Sudetów działa 11 miejscowości uzdrowskich, najwięcej w Kotlinie Kłodzkiej (5 miejscowości). We wszystkich tych miejscowościach zachowały się architektoniczne zabytki dawnej infrastruktury uzdrowskiej, które do dziś – po modernizacji i adaptacji do współczesnych potrzeb – służą turystom i kuracjom, współtworząc niepowtarzalną atmosferę uzdrowsk (rys. 2).

Tabla 1

Struktura rodzajowa zabytków architektury w regionie Sudetów

Rodzaje zabytków dawnej infrastruktury uzdrowiskowej	Powiaty, w których znajdują się uzdrowiska						SUMA
	dzierżoniowski	jeleniogórski	kłodzki	lubański	nyski	wałbrzyski	
budynki szpitalne		1	7				8
budynki uzdrowiska (np.klub kuracjusza)			1			2	3
dom zdrojowy			1	1	1	1	4
hala (pawilon, budynek) spacerowa		2	2	1		1	6
muszla koncertowa			1			1	2
park sanatoryjny (park zdrojowy)	1		4				5
pawilon parkowy		1	3			1	5
pawilon zdrojowy		1					1
pijalnia wód mineralnych		1	1	1		1	4
sanatorium	1	2	1	3		1	8
teatr zdrojowy		1	1			1	3
zakład leczniczy (przyrodolecznicy)		1	2				3
założenia uzdrowiskowo-parkowe						1	1
SUMA	2	10	24	6	1	10	53

źródło: opracowanie własne



Rys. 2. Orientacyjny układ przestrzenny uzdrowisk w Sudetach (źródło: opracowanie własne)

1. Czerniawa Zdrój, 2. Świeradów Zdrój, 3. Cieplice Zdrój, 4. Szczawno Zdrój, 5. Jedlina Zdrój, 6. Przerzecznym Zdrój, 7. Kudowa Zdrój, 8. Duszniki Zdrój, 9. Polanica Zdrój, 10. Długopole Zdrój, 11. Łądek Zdrój

II. Nie sposób mówić o obiektach zabytkowych funkcjonujących w określonym kontekście przestrzennym bez ich choćby orientacyjnej znajomości. Spośród wspomnianych kilkudziesięciu zabytków służących celom uzdrowiskowym warto więc przywołać przynajmniej kilka przykładów, zwłaszcza tych, które szczególnie zaznaczają się w krajobrazie sudeckich uzdrowisk. Znajdują się w tej grupie przecież prawdziwe perły zabytkowej architektury, które od dawna zajmują wybitne miejsce na mapie wartości kulturowych całego regionu.

Infrastrukturalną podstawą działalności uzdrowisk są tzw. **domy zdrojowe** tj. Wielofunkcyjne obiekty usługowe często posiadające dostęp do ujęć wód mineralnych i funkcjonujące wraz z zapleczem noclegowo-gastronomicznym, bazą diagnostyczną i zabiegową obsługiwaną przez profesjonalną kadrę medyczną. Do najokazalszych i najpiękniejszych budowli sanatoryjnych tego rodzaju w Polsce należy m.in. Grand Hotel w Szczawnie Zdroju wybudowany w latach 1909–10. Gośćmi hotelu byli przedstawiciele rodów arystokratycznych z całej Europy. Mieszkali tu: cesarz Niemiec Wilhelm II, car Mikołaj I oraz Winston Churchill (dolny-slask.org.pl). Warto dodać, że obiekt ten posłużył jako wzorzec dla projektu Grand Hotelu w Sopotcie, wzniesionego w latach 1924–27. Obecnie hotel posiada ok. 300 miejsc noclegowych w 130 pokojach, 3 jadalnie, gabinety lekarskie, sale rehabilitacyjne oraz konferencyjne. Stylizowany wystrój wewnątrz sprawia, że zabytek wciąż zachowuje atmosferę z początku XX w.

Innym niepospolitym przykładem wielkogabarytowych obiektów noclegowych w uzdrowiskach jest sanatorium „Polonia” w Kudowie Zdroju. Ten wzniesiony w latach 1905–1906 kompleks dysponuje dziś ok. 125 pokojami, salą teatralno-widowiskową, czynnymi na każdym piętrze „łazienkami mineralnymi”. W czasie II wojny światowej obiekt służył jako miejsce rehabilitacji żołnierzy Wehrmachtu. Niepowtarzalna sceneria zabytku znana jest m.in. z serialu zatytułowanego „Hotel Polanów i jego goście” z 1983 z Kaliną Jędrusik w jednej z głównych ról (dolny-slask.org.pl).

Dużym zabytkowym domem zdrojowym dysponuje także uzdrowisko w Świeradowie Zdroju. Gmach wybudowano w 1899 r. na fundamentach dawnego tzw. Domu Źródlanego, wzniesionego jeszcze w 1781 r., który pod koniec

XIX w. uległ zniszczeniu podczas pożaru. Obiekt oferuje dziś ponad 200 miejsc noclegowych, posiada zaawansowaną bazę zabiegową (SPA, sala gimnastyczna, basen) oraz zaplecze kulturalno-rozrywkowe (restauracja i kawiarnia). W piwnicach znajduje się Muzeum Zdrojowe znane również jako Muzeum Górnictwa Uzdrowiskowego (dolny-slask.org.pl).

Na przełomie XIX i XX w. do największych i najlepiej wyposażonych obiektów zdrojowych należał również dom zdrojowy w Polanicy Zdroju (z 1906 r.). Do dyspozycji kuracjuszy udostępniono wówczas ok. 130 pokoi, aparaturę do hydro- i elektroterapii oraz ok. 50 kabin do kąpiei kwasowęglowych i borowinowych. W latach 30. XX w. dobudowano nowe skrzydło z zakładem przyrodolecznictwem, pracownią elektrokardiograficzną i inhalatorium dla leczenia górnych dróg oddechowych. Od końca II wojny światowej zespół ten funkcjonuje jako Sanatorium „Wielka Pieniawa” (dolny-slask.org.pl).

W większości uzdrowisk centralnym punktem codziennych spotkań kuracjuszy są **hale spacerowe**, zwykle łączone z pijalnią wód leczniczych i nierzadko pełniące rolę centrów wydarzeń kulturalnych. Najciekawsze rozwiązania architektoniczne często o niespotykanych walorach estetycznych i artystycznych budzą zachwyt wyrafinowaniem formy i dekoracji, a nawiązując do lokalnych tradycji budowlanych wywarzają niepowtarzalną aurę wyjątkowości miejsca. Przykładami szczególnie wartościowych architektonicznie obiektów tego typu są hale spacerowe w Szczawnie Zdroju i Świeradowie Zdroju.

Szczawno Zdrój dysponowało halą spacerową już na początku XIX w., ale pierwsza wzmianka o „obudowaniu” miejscowych źródeł wód leczniczych pochodzi z XVI w. Owa dziewiętnastowieczna hala architektonicznie nawiązywała do klasycyzującej hali spacerowej w Wiesbaden. Obiekt jednak został zniszczony przez pożar w 1893 r., a na jego miejscu wybudowano nowy, w którym doryckie kształty zastąpiono dekoracją snycerską, nawiązującą do lokalnych tradycji budowlanych. Sto lat potem – w 1992 r. hala ta także spłonęła, lecz wkrótce została odbudowana. Tym razem zachowano cechy oryginału i do dziś obiekt wciąż stanowi charakterystyczny element identyfikacyjny miejsca.

Halę spacerową w Świeradowie Zdroju wzniesiono w 1895 r. Modrzewiowa, przeszklona

konstrukcja, zdobiona witrażami i kunsztowną polichromią o motywach roślinnych wciąż stanowi jedną z głównych kulturowych atrakcji turystycznych miasta. Wewnątrz funkcjonuje pijalnia wód mineralnych, działa galeria sklepików z kawiarniami oraz duża scena orkiestrowa z wyeksponowanym charakterystycznym herbem rodu Schaffgotsch – dawnych właścicieli i fundatorów uzdrowiska. Hala ma 80 metrów długości i należy do najdłuższych w Europie. Połączono ją z monumentalnym Domem Zdrojowym (wzmianka powyżej).

Równie interesującym obiektem, choćby ze względu na swoją historię, jest tzw. „Albrechtshalle” w Łądku Zdroju. W I poł. XIX w. budynek pełnił funkcję hali spacerowej wybudowanej nad źródłem „Marianna” (obecnie „Dąbrówka”). W czasach powojennych działało tu kino, biblioteka i sala taneczna. W 2005 r. po gruntownym remoncie i modernizacji stworzono tu nastrojową kawiarnię, wpisującą się w konwencję wiedeńskich kawiarni. Zabytek do dnia dzisiejszego zachował nacechowane szlachetną prostotą i elegancją klasycystyczne formy, które doskonale wpisują się w charakter otoczenia. W jego bliskim sąsiedztwie znajduje się najbardziej reprezentacyjny i najstarszy zachowany obiekt balneologiczny w Łądku Zdroju – Zakład Przyrodolecznicy „Wojciech”, wzniesiony w latach 1678–79. Ciekawostką jest to, że w tamtym czasie w kopule budowli umieszczono relikwie śś. Sebastiana, Antoniego i Romana oraz Świętego Krzyża, które miały wspomóc lecznicze właściwości miejscowych wód mineralnych. W II poł. XIX w. zakład został przebudowany w stylu neobarokowym, otrzymując charakterystyczne frontony, wgłębne portyki i arkadowe podcienia. Gośćmi Zakładu Przyrodoleczniczego było wielu znamienitych postaci ówczesnej Europy m.in. król pruski Fryderyk II, książę Antoni Henryk Radziwiłł, prezydent USA John Quincy Adams, Oskar Kolberg, Iwan Turgieniew (dolny-slask.org.pl).

Nieodczynnym elementem przestrzennego programu uzdrowiska są **parki uzdrowiskowe**. Owe ściśle podporządkowane potrzebom człowieka malowniczo zagospodarowane tereny przyrodnicze, zwykle o zróżnicowanej rzeźbie terenu z elementami wodnymi (oczka wodne, stawy, strumienie) i niekiedy wzbogacane o część sportowo-zabawową, przybierają różną formę od tzw. parków leśnych (zaaranżowanych na

terenach leśnych – np. jeden z parków w Łądku Zdroju) po koncept stylizowanych angielskich lub norweskich parków krajobrazowych (park im. Wieniawskiego w Szczawnie Zdroju, park w Cieplicach Zdroju). Obszary te stanowią jeden z głównych komponentów decydujących o atrakcyjności turystycznej miejscowości uzdrowiskowej. Wykorzystanie składników przyrodniczych istotne jest tu nie tylko ze względu na mikroklimat i walory krajobrazowe sprzyjające uzdrowiskowej rekreacji, ale – co równie istotne – nadaje uzdrowiskom ton idylliczny jakże ważny dla ogólnej atmosfery uzdrowiska (malowniczość, cisza, spokój). Ich znaczenie zasadza się również na wartościach historyczno-emocjonalnych. Większość z nich jest bowiem kontynuacją założeń parkowych powstałych jeszcze w XVIII w. (np. park w Kudowie Zdroju), w I poł. XIX w. (np. park w Szczawnie Zdroju) i pod koniec XIX w. (np. park w Świeradowie Zdroju) i tworzy dziś strefy chronionego krajobrazu zasobne w cenne okazy flory i pomniki przyrody. W przypadku 5 parków uzdrowiskowych status ich wartości został potwierdzony poprzez wpis do rejestru zabytków nieruchomości (tab. 1).

Rozwój uzdrowiskowej bazy noclegowej w uzdrowiskach, zwłaszcza w II poł. XX w., przyczynił się do niekorzystnych przemian w tkance tradycyjnej zabudowy tych miejscowości. Wskutek nieprzemyślanych inwestycji w kilku przypadkach zatracono pierwotne części układów przestrzennych i ich estetyczno-krajobrazowe walory (Małachowicz 2007). Obiekty zabytkowe w wyniku przypadkowych zmian urbanizacyjnych stały się niejednokrotnie niewidoczne lub niewłaściwie wyeksponowane. Odpowiedzialna za to jest m.in. oparta na technologii betonu i podporządkowana głównie względem funkcjonalnym programowa prostota tych rozwiązań. Do uzdrowisk wprowadzono budownictwo pozbawione indywidualnych cech, zunifikowane, obce lokalnym tradycjom budowlanym. Przykładem takich tendencji w architekturze, gdzie beton – ulubiony materiał modernizmu – stał się nad-obecny są odbiegające gabarytowo i stylowo od tradycyjnych wyróżników otoczenia duże gmachy sanatoriów i uzdrowiskowych hoteli w Łądku Zdroju i Kudowie Zdroju. Jest to także jeden z symptomów wskazujących, że przyswajanie zasad techniki i ekonomii następuje znacznie szybciej

niż absorpcja zasad humanistycznych (Małachowicz 2007).

Coraz częściej jednakże obserwować można odwrót od fascynacji modernistyczną architekturą i podążanie w kierunku inspirowania się historycznymi i tradycyjnymi wzorami regionalnej sudeckiej architektury. Przy projektowaniu współczesnych obiektów turystycznych działających w uzdrowiskach uwzględnia się tradycyjne formy i detal architektoniczny. Wyraża się to m.in. w projektowaniu budynków urozmaiconych licznymi werandami, balkonami, o rozczłonkowanej rzeźbie dachu z nasadzonymi wieżyczkami i z wykorzystaniem wizualnych cech np. przysłupowego budownictwa łużyckiego. Dzięki tym zabiegom nowe obiekty zachowują klimat architektury regionalnej, niekiedy z elementami eklektyzmu lub secesji, stając się jednocześnie narzędziem ochrony tradycyjnych cech lokalnego krajobrazu (np. hotele Park i hotel Buczyński w Świeradowie Zdroju).

Podsumowanie. Dyskusja o zabytkach obejmuje niejako trzy aspekty ich istnienia – formę, konstrukcję i funkcję. Forma wraz z upływem czasu zwykle pomnaża wartość zabytku, konstrukcja z czasem traci część wartości, natomiast funkcja nieomal całkowicie ulega dezaktualizacji (Małachowicz 2007). Oznacza to, że forma zabytków wymaga szczególnej ochrony, konstrukcja narzuca konieczność okresowej naprawy, natomiast funkcja, aby zabytek mógł istnieć nadal, dopomina się prac modernizacyjno-adaptacyjnych. Spośród tych trzech wartości jedynie forma zabytków jest czynnikiem kształtującym krajobraz, ową scenę egzystencji każdego pokolenia (Małachowicz 2007), której wizualne wartości nie są obojętne dla jakości tejże egzystencji.

Jedną z fundamentalnych przesłanek atrakcyjności uzdrowiska jest piękno wynikające z czynników kulturowych. Rekreacja nie rozwija się przecież w przestrzeni nieatrakcyjnej. Oczywiście jest, że te przyciągające turystów i kuracjuszy czynniki powinny znaleźć przełożenie na korzyści ekonomiczne, zaspokajające gospodarcze interesy lokalnej społeczności, korzyści będące przecież materialną podstawą bytu uzdrowiska. Lecz obok tego niewątpliwie ważnego rynkowego aspektu walorów turystycznych znajdujemy tutaj także inny istotny wątek humanistyczny. Podejście humanistyczne pozwala na traktowanie dziedzictwa architektury w odniesieniu do

podstawowych psychologicznych potrzeb człowieka takich jak np. poczucie bezpieczeństwa, a nawet potrzeba osobistej wolności (wolności rozumianej tu jako wolność osobistego rozwoju). Po pierwsze - dziedzictwo kultury jest elementem kształtującym tożsamość tj. świadomość posiadania własnego miejsca na świecie i świadomość przynależności do grupy. Istnieje przecież ścisła zależność pomiędzy procesem formowania tożsamości a kształtowaniem wewnętrznego ładu człowieka. Po drugie - relikty przeszłości dają możliwość tymczasowego odciążenia się człowieka od pośpiechu cywilizacji, dehumanizującej urbanizacji oraz stwarzają warunki wejścia w „inny świat”, pozwalający na wytchnienie i wypoczynek. Rozdarcie człowieka w globalnych realiach wielości ideologii i dynamiki technologicznych procesów sprawia, że on sam wydaje się tracić pełnię możliwości „stwarzania siebie”, duchowej samorealizacji. W tych warunkach materialna obecność zabytkowych wartości otwiera perspektywę znacznie rozleglejsze niż zmysłowa satysfakcja z ich estetycznego oddziaływania. Wraz z walorami przyrodniczo-krajobrazowymi zabytki stanowią doskonałą scenę dla regeneracji biologicznej człowieka, tworzą niejako rzeczywistość wzoru pożądanego i oczekiwanego, gdzie dwa obszary – obszar czasu wolnego i obszar estetyki przestrzeni harmonijnie przenikają się wzajemnie, stając się urzeczywistnieniem mitu arkadyjskiego (uzewnętrzniającego się w urodzie i sielskości uzdrowiskowych miasteczek), sublimującego emocjonalne napięcia człowieka.

W kontekście całego układu wartości zabytkowych chodzi zatem nie tylko o fizyczne otoczenie człowieka, ale również o kwestie społeczne, duchowe i symboliczne. Zabytkowe strefy (nie tylko w uzdrowiskach) stanowią więc:

1. element ciągłości tradycji miejsca tzw. genius loci („duch miejsca”), który stanowi konkretną wartość zabytkową i w równym stopniu jak autentyzm zabytkowej substancji, formy czy funkcji zabytkowego obiektu jest determinantą autentyczności dziedzictwa,

2. czynnik identyfikacyjny uzdrowiska tj. walor poznawczo-identyfikacyjny, który stanowi „rys osobowości uzdrowiska” i decyduje o tożsamości kulturowej miejsca, jego specyficznym klimacie, walorach wizualnych ich odbiorze,

3. komponent decydujący o spójności stylistycznej i przestrzennej staromiejskiego układu kompozycyjnego z wyrazistymi punktami charakterystycznymi ułatwiającymi orientację w terenie i oswojenie się z otoczeniem,

4. element wspierający kreowanie przestrzeni pobudzającej różne zmysły poprzez wykorzystanie różnorodności kształtów, faktur, światła, widoków, zapachów, zapewniających efekt zmienności i różnorodność widoku (Małachowicz 2007),

5. składnik atrakcyjności turystycznej uzdrowiska, rozszerzający doświadczenie turystyczne o walory kulturowe i sprawiający, że uzdrowiska to nie tylko domena turystyki uzdrowiskowej, ale także kulturowej, wpisującej się w model turystyki „4H” (heritage, handicraft, habitat, history),

6. element stabilizujący przestrzeń życia człowieka, opozycyjny względem dynamicznych przemian technologicznych.

Rzecz jasna celem przedsięwzięć rewaloryzacyjnych nie jest przekształcanie miast w muzeum, lecz tworzenie odpowiadającego współczesnym potrzebom żyjącego organizmu z zachowanymi elementami spuścizny historycznej (Małachowicz 2007). Tym samym troska o zachowanie zabytkowej architektury w jak najlepszym stanie okazuje się działaniem nieustannie priorytetowym i aktualnym. Może się bowiem okazać, że zaniedbane lub zdegradowane tereny zabytkowe przestaną być nośnikiem pożądaných wartości, przemieniając się w „ziemię” pod tym względem nieurodzajną, na której człowiek nie odnajdzie już siebie.

Bibliografia

1. Böhm A., 2006, Planowanie przestrzenne dla architektów krajobrazu. O czynniku kompozycji, Wydawnictwo Politechniki Krakowskiej, Kraków

2. Kincel R., 1994, U szlaskich wód, Oficyna Silesia, Racibórz

3. Małachowicz E., 2007, Konserwacja i rewaloryzacja architektury w środowisku kulturowym, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław

4. Nowicki R.G., 2013, Zasoby zabytków architektury oraz ich użytkowanie i ochrona w turystyce na podstawie badań w Sudetach, Ochrona Zabytków 1-4/2013

5. Potocki J., 2004, Rozwój zagospodarowania turystycznego Sudetów, Wydawnictwo Plan, Jelenia Góra

Netografia

1. Vratislaviae amici [on-line] www.dolny-slask.org (data dostępu: 10.09.2017)

KLASOWE I WARSTWOWE UWARUNKOWANIA UCZESTNICTWA W SPORCIE A EDUKACJA ZDROWOTNA

КЛАСОВІ ТА ШАРОВІ УМОВИ УЧАСТІ В СПОРТІ ТА ОЗДОРОВЧІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Skalski Dariusz¹, Lizakowski Piotr², Nesterchuk Nataliia³, Grygus Igor³

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku¹, Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni², Narodowy Uniwersytet Gospodarki Wodnej i Wykorzystania Zasobów Naturalnych³

Анотація

Zdrowie jest dobrem najwyższym, bez którego nie dalibyśmy rady funkcjonować w życiu codziennym, nie moglibyśmy osiągać naszych celów i zamierzeń, dlatego powinniśmy zrobić wszystko, aby zadbać o nie jak najwcześniej, najlepiej już na etapie przedszkola. Mówiąc o nierównościach w dostępie do edukacji zdrowotnej, czy też uczestnictwie w sporcie mam na myśli głównie nierówności społeczne, takie jak majątność, wykształcenie, pochodzenie, władza, które w dzisiejszych czasach nie mają aż tak istotnego wpływu na życie ludzi, jak kiedyś. Największym jednak, dominującym dobrem naszych czasów jest internet, który otworzył przed nami całą masę możliwości i informacji. To dzięki niemu możemy się dokształcać z zakresu edukacji zdrowotnej, mieć szersze horyzonty, pomaga on niwelować istniejące nierówności społeczne.

Słowa kluczowe: zdrowie, styl życia, internet.

Health is the highest good, without which we would not be able to function in everyday life, we could not achieve our goals and goals, which is why we should do everything to look after them as early as possible, preferably at the kindergarten stage. Speaking about inequalities in access to health education or participation in sport, I mean mainly social inequalities, such as wealth, education, origin, power, which these days do not have such a significant impact on people's lives as they used to. However, the biggest, dominating asset of our times is the internet, which opened up a whole lot of possibilities and information. It is thanks to him that we can educate in the field of health education, have broader horizons, help to eliminate existing social inequalities.

Key words: health, lifestyle, internet.

Здоров'я – це найвище благо, без якого ми не могли б функціонувати в повсякденному житті, ми не могли б досягти своїх цілей і мрій, тому ми повинні робити все, щоби дбати за ним якомога раніше, бажано на етапі дитячого садка. Говорячи про нерівність у доступі до медичної освіти або участь у спорті, маємо на увазі головним чином соціальну нерівність, таку як багатство, освіта, походження, влада, яка в наші дні не має такого значного впливу на життя людей, як раніше. Проте найбільшим домінуючим активом нашого часу є Інтернет, який відкрив безліч можливостей і інформації. Саме завдяки йому ми можемо вдосконалюватися у сфері медичної освіти, мати більш широкі горизонти, допомагати усунути існуючі соціальні нерівності.

Ключові слова: здоров'я, спосіб життя, інтернет.

Wstęp. Poniższy esej będziemy traktowali o wpływie statusu społecznego na kulturę fizyczną, innymi słowy klasy i warstwy społeczne jako wyznacznik uczestnictwa w sporcie. Drugim aspektem pracy będziemy edukacja zdrowotna, na czym polega i jak funkcjonuje w naszym społeczeństwie. Będziemy starali się pokazać, jak olbrzymi wpływ na nasze postrzeganie świata, nasze wybory, zainteresowania, ma to, do jakiej grupy społecznej przynależymy, w jakim środowisku się wychowujemy. Cały świat jest uporządkowany według określonych hierarchii, a więc my ludzie zajmujemy określone pozycje w tym świecie i często nie mamy na to wpływu, gdyż przeważnie są nam one dane wraz z urodzeniem. Zastanowimy się, dlaczego różnice w strukturze społecznej mają tak wielkie znaczenie

przy aktywności fizycznej i skąd się to wzięło. Natomiast pisząc o edukacji zdrowotnej, mam na myśli głównie to, na jakim poziomie jest ona rozwinięta w naszym kraju i jaka jest świadomość Polaków w tej dziedzinie, także dzieci.

Pojęcie klasy i warstwy. Przede wszystkim należałoby zacząć od wyjaśnienia podstawowych pojęć. Co rozumiemy przez pojęcie klasy i warstwy i skąd one się wzięły? Najsłynniejszymi głosicielami tych pojęć byli Karol Marks i Max Weber. Ten pierwszy uważał, że podział na klasy dokonuje się przede wszystkim poprzez stan majątku, innymi słowy mamy bogatych i biednych, ci pierwsi to burżuazja, a drudzy proletariat¹. Jeżeli chodzi o warstwę społeczną Weber nie mówi tylko o jednej sferze życia, jak na przykład zamożność ale uważa, że dokonują się tu

podział ze względu na różne dziedziny życia, na przykład grupa ludzi interesująca się wspólnie czymś, grupy zawodowe, grupy osób wyznających tę samą filozofię itd.². To oznacza, że do danej warstwy społecznej mogą należeć osoby z różnych klas społecznych. Pojęcie klasy i warstwy można rozumieć w wieloraki sposób. Uważam, że najbardziej przystępna definicja jest taka, że to dostępność do określonych dóbr świadczy o naszym statusie społecznym, gdyż stwarza szanse na rozwój³. Innymi słowy to ile zarabiamy, w jakim stopniu jesteśmy wykształceni, będzie umożliwiała nam życie na wymarzonej poziomie, ponieważ wtedy będzie nas stać na to, aby zapewnić sobie te dobra, między innymi właśnie uczestniczenie w kulturze fizycznej, czyli sporcie.

Nierówności w strukturach społecznych. Co to jest struktura społeczna? Jest to z pewnością pojęcie socjologiczne, ponieważ odnosi się do terminu społeczeństwa. Są to pewne elementy definiujące nasze role, pozycje w danej grupie, charakteryzujące się daną kulturą. Elementy te łącząc się tworzą jedną całość, którą możemy nazywać strukturą społeczną⁴. Z pojęcia struktury społecznej wypływa pojęcie nierówności społecznej. Różnice i nierówności te można podzielić na dwie kategorie. Takie, które wynikają z naszych predyspozycji genetycznych, które dziedziczymy, innymi słowy, niski wzrost, kolor oczu, talenty, jedna osoba ma predyspozycje do uprawiania sportu, a druga nie, jeden człowiek będzie uzdolniony matematycznie, drugi polonistycznie - są to tak zwane nierówności cielesne i psychiczne. Natomiast druga kategoria są to nierówności pod względem cech społecznych, to, z jakiej rodziny się wywodzimy, w jakim środowisku dorastaliśmy, jakie zdobyliśmy wykształcenie, jakie wyznajemy wartości, poglądy. W teorii mówi się o tym, że cechy cielesne, takie jak wygląd nie powinny mieć wpływu na nasze pozycje społeczne, jednak w praktyce wiadomo, że często nie jest to prawda. Mianowicie urok osobisty, wiek, kolor skóry, płeć odgrywają ogromne znaczenie w dostępie do

różnych dóbr, na przykład w staraniu się o pracę⁵. Tak już jesteśmy skonstruowani, że liczy się dla nas pierwsze wrażenie, czyli to, co widzimy wizualnie poznając nową osobę, a często zapomina się, co dany człowiek prezentuje sobą w środku, nie dostrzegamy jego umiejętności intelektualnych.

Nierówności społeczne wynikają przede wszystkim z tego, że nie wszyscy mają równy dostęp do zasobów takich jak pieniądze, władza, uznanie, wykształcenie. Należy pamiętać, że te elementy nie zawsze występują razem, bowiem człowiek bogaty nie zawsze musi cieszyć się dobrą opinią, prestiżem, a osoba posiadająca wysokie wykształcenie nie musi wcale dużo zarabiać⁶. Jednak te różnice społeczne mają swój sens i uzasadnienie. Świat jest już tak skonstruowany, że musi zachodzić w nim pewna równowaga, ludzie zamożni istnieją dzięki temu, że istnieją ludzie biedni i na odwrót. Ktoś posiada władzę po to, aby mógł rządzić innymi. Bardzo łatwo dostrzec te uwarunkowania społeczne w dążeniu do aktywności fizycznej, w łatwości dostępu do sportu.

W przeszłości podział na klasy i warstwy był bardzo stały, nie można było przemieścić się z danej klasy do klasy wyżej i odwrotnie. To, w jakiej warstwie społecznej się urodziliśmy dawało nam status społeczny do końca życia. Na przykład, jeżeli dana osoba należała do warstwy chłopskiej, pomimo tego, że wyróżniała się ogromną inteligencją, czy też talentem, nadal pozostawała w swojej rodzimej warstwie, nie mając szans na wybicie się. W miarę upływu czasu sytuacja ta zaczynała się zmieniać, z upływem lat można było obserwować przemieszczanie ludności z niższych klas do wyższych i odwrotnie. Takie zjawisko nazywamy ruchliwością społeczną, a przemieszczanie się awansem lub też degradacją społeczną⁷. Wynikało to głównie ze zmiany dotychczasowego sposobu myślenia, ludzie stali się bardziej otwarci, zrozumieli, że dotychczasowe zamykanie się w środku własnych grup społecznych hamuje rozwój wielu dziedzin życia, takich jak kultura, rozwój

² https://pl.wikipedia.org/wiki/Warstwa_spo%C5%82eczna, 17.12.2015r.

³ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s.268

⁴ https://pl.wikipedia.org/wiki/Struktura_spo%C5%82eczna, 12.01.2017r.

⁵ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s. 267

⁶ *Ibidem*, s. 268

⁷ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s. 270

gospodarczy, rozwój ekonomiczny kraju, że o wiele więcej można osiągnąć łącząc wspólnie siły. W dzisiejszych czasach podział na klasy ze względu na pochodzenie prawie całkowicie zanikł. Nikogo nie obchodzi to, kto, w jakiej rodzinie się urodził, ważniejsza jest pozycja zawodowa, to ile się osiągnęło, do czego się doszło, czyli władza, pieniądze, prestiż. Często jest też tak, że nie zwraca się uwagi na walory intelektualne człowieka, ponieważ wystarcza nam to, że ma pieniądze.

Status społeczny, jako warunek rozwoju kultury fizycznej i uczestnictwa w sporcie dawniej. W dzisiejszych czasach normalnym jest to, że każdy mając odpowiednie środki może uprawiać sport, jest on popularny zarówno wśród ludności uboższej, jak i bogatej. Wychowanie fizyczne jest częścią podstawy programowej i obowiązuje w szkołach. Obecnie zauważa się coraz większe zainteresowanie sportem, co wynika z coraz większej świadomości własnego ciała, chęci bycia pięknym, szczupłym i trendy. Nie zawsze jednak tak było. Dawniej, przed początkiem XIX w. uprawianie sportu uważane było albo za kaprys albo ewentualnie za formę pracy. W tym pierwszym przypadku uprawiali go ludzie z warstw zamożnych, którzy w rozumowaniu ludzi biednych nie musieli martwić się o pracę zarobkową, a sport był dla nich sposobem na wypełnianie wolnego czasu, na zabicie nudy. Często dyscypliny te wymagały dużego wkładu finansowego, dlatego uboższą ludność zwyczajnie nie było stać na tego typu zachcianki, poza tym ich sytuacja społeczna i tak nie pozwalałaby na takie rozrywki. Byli to często ludzie, którzy pracowali od rana do wieczora, aby utrzymać swoje rodziny, nie mieli, więc zwyczajnie czasu na rekreację. Wraz z początkiem XIX w. zaczęło upowszechniać się szkolnictwo i obowiązkowe wychowanie fizyczne i sport zaczął stawać się dobrem, do którego zaczęto dążyć. Początkowo był on w dalszym stopniu zarezerwowany tylko dla klasy wysokiej i średniej, jednak z czasem wprowadzono obowiązek szkolny dla wszystkich dzieci. Sport był jednak rozumiany, jako instrument do podtrzymywania dyscypliny wśród dzieci z klasy niższej, do podporządkowywania ich sobie, służył, jako musztra. Nikt jeszcze wtedy nie mówił o wpływie sportu na zdrowie. Rekreacja służyła więc do wytyczania barier pomiędzy stanami, klasami. Różne były podejścia do

uprawiania sportu. Amerykański uczone Thorsten Veblen uważał na przykład, że uprawianie sportu jest wyrazem próżności i marnowania czasu, nazywał nawet takie grupy ludzi „klasami próżniaczymi”⁸. Jego zdaniem poświęcanie czasu wolnego na tego typu rozrywki miało na celu jedynie zaznaczenie jeszcze bardziej nierówności i barier istniejących między ludźmi.

Przełom w kulturze fizycznej nastąpił tak naprawdę dopiero po II wojnie światowej, w wyniku przemian ekonomicznych. Ludzie, którzy często stracili cały swój majątek stali się nagle równi z tymi z warstw niższych, podział na klasy i warstwy zaczął stopniowo się zacierać. Przyczyniła się również do tych zmian rozwijająca się kultura masowa, coraz więcej osób zaczęło uprawiać sporty i oddawać się rekreacji w czasie wolnym. W szczególności można było te zjawiska zaobserwować w państwach socjalistycznych, które funkcjonowały według zasady, że wszystko ma być wspólne. Sport miał stać się płaszczyzną równości, gdzie nie miało brać się pod uwagę pochodzenia, wyznania, czy koloru skóry, lecz ważne miało być to, co kto potrafi.

Jak jest dzisiaj? Jednak hasła te nie zawsze miały odzwierciedlenie w rzeczywistości i tak jest do dzisiaj. Wiadomo, że istnieją sporty, na które nakład pieniężny będzie mniejszy, jak i te, które będą wymagały większych inwestycji. Tak więc znowu powracamy do tematu nierówności społecznych, które istniały, istnieją i będą istnieć. Rzeczą oczywistą jest, że osoba zarabiająca najniższą krajową nie będzie w stanie wykupić sobie na przykład lekcji jazdy konno, czy też opłacić trenera personalnego. Jednak inaczej sprawa wygląda z punktu widzenia kulturowego i dostępności w ogóle do aktywności fizycznej. Dawniej ludność uboższa nie miała szans na uprawianie sportu nie tylko ze względów finansowych, ale też ze względów kulturowych, światopoglądowych, nie wypadało po prostu, aby czas wolny poświęcać na tego typu rozrywki, ponieważ było to uznawane za marnowanie czasu, a przecież nikt im nie zabraniał biegać, czy spacerować i nie wymagało to nakładów pieniężnych. Ludność uboższa nie przywiązywała tak dużej wagi do wyglądu, dbania o zdrowie. W

⁸ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s. 273

obecnych czasach sport jest nie tylko formą dbania o kondycję i zdrowie, ale jest też po prostu modny⁹, ponad to lokalne władze starają się o to, żeby powstawały różnego rodzaju place ze sprzętami do ćwiczeń na osiedlach mieszkalnych, powstają liczne ścieżki rowerowe, boiska do gier, więc jeżeli ktoś naprawdę ma potrzebę ruchu i zadbania o swoją kondycję, nie powinien mieć wymówek.

Jednak wyniki przeprowadzonych badań mówią same za siebie. Jak wynika z przeprowadzonych sondaży CBOS uprawianie sportów nadal jest domeną ludzi dobrze wykształconych i zamożnych, czyli można by powiedzieć ludzi z wyższych sfer¹⁰. Dzieje się tak na pewno z tego względu, że ludzie wykształceni są bardziej świadomi swojego ciała, posiadają większą wiedzę na temat zdrowia fizycznego, a zamożni wiadomo, mogą sobie pozwolić na zakup drogiego sprzętu, opłacenie lekcji. Jak wynika z badań do najchętniej uprawianych dyscyplin należy jazda na rowerze i pływanie, czyli sporty wymagające pewnych nakładów pieniężnych (zakup roweru, opłacenie basenu), a zdecydowanie mniejszy procent społeczeństwa wybiera formę aktywności taką jak bieganie, turystyka piesza¹¹. Nierówności w uprawianiu sportu przejawiają się nie tylko w sytuacji materialnej, wykształceniu, czy wieku, bardzo często można zaobserwować podziały ze względu na kolor skóry, rasę. Mianowicie istnieją dyscypliny sportowe, które są na przykład wyłącznie domeną społeczeństw czarnoskórych, mówię tu głównie o lekkoatletyce, boksie, przyczyny mogą być różne, na przykład historia i tradycja tego sportu w danej kulturze, ale nie tylko. Z racji tego, że do dzisiejszego dnia są oni traktowani jako gorsza rasa, często utożsamia się ich ze sportami kojarzonymi z mniejszym prestiżem społecznym, bardziej prymitywnymi, takimi jak boks, futbol amerykański, aniżeli z dyscyplinami zarezerwowanymi dla „białych” (golf, jazda konna, szermierka). Podobnie sytuacja wygląda w zróżnicowaniu pod względem płci, są sporty, w których prym wiodą mężczyźni, a i

takie, które są domeną kobiet, chociaż już coraz bardziej zacierają się te granice. Coraz więcej kobiet startuje w takich dyscyplinach jak boks, podnoszenie ciężarów, kulturystyka, mimo wszystko, jak z badań wynika i tak bardziej aktywni fizycznie są mężczyźni, ponieważ chętniej w ogóle uprawiają sporty¹².

Jak wspomniałam już wcześniej istnieje podział na dyscypliny, które są zarezerwowane dla ludzi o wyższym statusie społecznym, jak i te, które „należą” do świata ludzi z niższych sfer. Jest to oczywiście podział społecznie przyjęty, umowny, który nie jest nigdzie uregulowany prawnie. Mówi się więc, że domeną ludzi bogatych, dobrze wykształconych są sporty, które nie wymagają bezpośredniego kontaktu fizycznego z przeciwnikiem, sporty, w których nie trzeba „brudzić sobie rąk”, a wymagają pewnego znacznego wkładu finansowego wymienia się tutaj między innymi: żeglarstwo, tenis ziemny, golf, krykiet. Uważa się je za sporty, w których trzeba wykazywać się większą inteligencją, obyciem, kulturą osobistą, uduchowieniem. Natomiast dla klas niższych zarezerwowane są formy aktywności o charakterze bardziej fizycznym, takie jak boks, piłka nożna, sporty motorowe, które uważane są za bardziej prymitywne¹³. Klasy wyższe rzadko wykazują zainteresowanie takimi formami aktywności fizycznej ze względu przede wszystkim na ich prestiż społeczny. Muszę jednak podkreślić tutaj, że istotne znaczenie przy takich podziałach ma to, o jakich miejscach na świecie mówimy, gdyż nie wszystkie sporty, które na przykład są uznawane za mniej prestiżowe w danym państwie, muszą być za takie same uznawane w innym państwie. Zależy to od kultury i tradycji miejsca, w którym się znajdujemy. Na przykład bowling i rodeo, które są w Ameryce Północnej uznawane za sporty klas niższych, w Polsce mają o wiele wyższy prestiż.

Choć różnice w aktywności w różnych grupach społecznych nadal są zauważalne, to mimo wszystko widać, że granice w uczestniczeniu w sporcie zacierają się coraz bardziej, mają na to wpływ większa świadomość społeczna, odejście

⁹ A. Kołodziej, *O potencjale kierunkach rozwoju socjologii sportu*, s.6, file:///C:/Users/daria/Downloads/Kolodziej.pdf

¹⁰ *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹¹ *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹² *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

¹³ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 2011, wyd. AWF Józefa Piłsudskiego, s. 279

od postrzegania sportu jako coś niezwykłego, zarezerwowanego tylko dla nielicznych, wzrost liczby państwowych i prywatnych obiektów sportowych i przede wszystkim zmiana mentalności ludzkiej. Ludzie nie utożsamiają już uprawiania sportu z czymś kosztownym, wstydlwym i niepotrzebnym, ale widzą w tym potencjał, dzięki któremu mogą osiągnąć uznanie, pięknny wygląd i dobre samopoczucie.

Edukacja zdrowotna. Aby zagłębić się bardziej w ten temat należałoby najpierw wyjaśnić samo pojęcie. Przez edukację zdrowotną rozumiem wdrażanie czynności, zasad mających na celu dbanie o zdrowie własne i innych, pogłębianie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania, przestrzegania higieny osobistej, uczymy się, co należy robić, aby czuć się dobrze. Obecnie dostęp do edukacji zdrowotnej jest powszechnie dostępny między innymi w szkołach, w mediach, niestety nie zawsze tak było. Na przykład w czasach starożytnych i średniowieczu uważano, że medycyna jest domeną tylko i wyłącznie osób duchownych, tylko oni mieli dostęp do tej wiedzy, a ludność ufała im bezgranicznie i bez skrupułów poddawała się różnym rytuałom. Wiedza na te tematy była po prostu tak niewielka, iż wiercono, że niedostosowanie się do tych obrzędów religijnych grozić będzie gniewem i zemstą bogów¹⁴. W samym średniowieczu było jeszcze gorzej, ponieważ światopogląd tej epoki kompletnie negował wszystko, co wiązało się z ciałem ludzkim, uważano je za nieważne, gdyż istotna była tylko dusza. Modne było umartwianie się i odczuwanie bólu fizycznego, więc choroby ciała często w ogóle nie były leczone. Ludzie mieszkali w skrajnie niehigienicznych warunkach i wpajano im, że wszelkiego rodzaju choroby są zsyłane przez Boga jako kara za grzechy, a jedynym lekarstwem jest modlitwa. Dopiero od XIX wieku stopniowo zaczęto badać zdrowie pod kątem naukowym.

Należałoby spojrzeć na zależność dostępu do edukacji zdrowotnej od poziomu życia, statusu społecznego. Tak jak we wszystkich dziedzinach

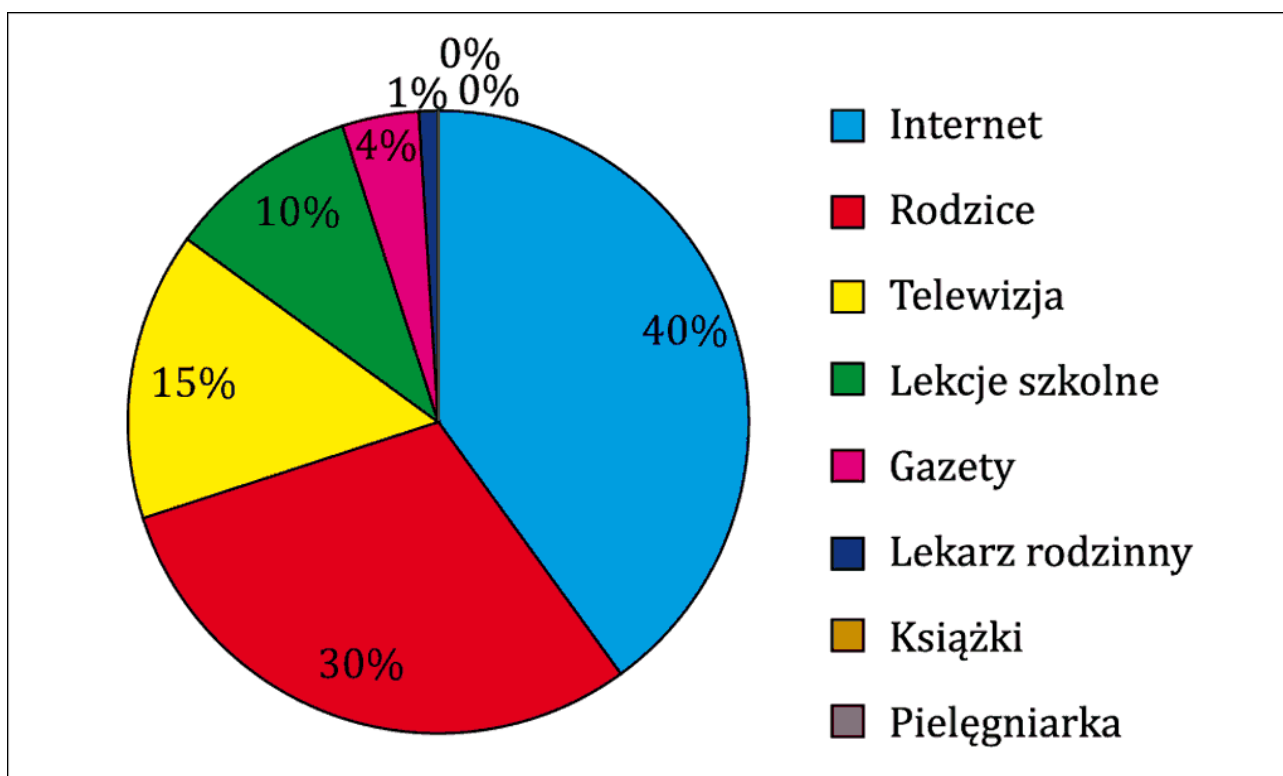
życia, także i tutaj nierówności społeczne odgrywają pewną rolę. To, w jakim stopniu będziemy wyedukowani pod kątem zdrowotnym zależy w dużej mierze od poziomu wykształcenia, posiadanej wiedzy naszych rodziców, opiekunów. To oni są naszymi pierwszymi nauczycielami i to ich uznajemy za wzorzec jako pierwszych. Jeżeli rodzice sami nie posiadają wiedzy na pewne tematy, to oczywiście jest, że swoim dzieciom także nie będą mogli jej przekazać, bądź też przekażą ją w sposób nieprawidłowy, zniekształcony. Tutaj mam na myśli głównie małe społeczności, przeważnie z terenów wiejskich, tak zwane klasy robotnicze, gdzie stawia się głównie na sprawność fizyczną, a niekoniecznie intelektualną. Na takich obszarach po dziś dzień, choć trudno w to uwierzyć, często wierzy się w różnego rodzaju herezje jeszcze z czasów średniowiecznych. Jest to charakterystyczne głównie dla ludzi starszych, niedostatecznie wyedukowanych. Na szczęście zjawisko to coraz bardziej zanika, głównie ze względu na masowy i powszechny dostęp w dzisiejszych czasach do mediów, przede wszystkim do internetu. Jednak tutaj też należy być ostrożnym, gdyż internet potrafi być siedliskiem wielu nieprawidłowych informacji poprzez możliwość każdego człowieka do zamieszczania tam własnych publikacji. Na pewno istotne znaczenie w edukowaniu prozdrowotnym ma również status majątkowy. Osoby posiadające wysokie zarobki mogą sobie na przykład pozwolić na uczestniczenie w różnego rodzaju płatnych szkoleniach o takiej tematyce, dzięki pieniądзом mogą zapewnić sobie wykształcenie na najwyższym poziomie. O zdrowiu uczymy się już od najmłodszych lat, jednak nie zdajemy sobie sprawy, jak ważne jest ono dla naszego życia, dla naszego samopoczucia, tego, co osiągamy. Jednak najczęściej ludzie zaczynają interesować się zdrowiem dopiero w momencie, kiedy je tracą¹⁵. Uważam, że w Polskich szkołach zbyt mały nacisk kładziony jest na edukację zdrowotną, czego wynikiem są liczne zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego wśród dzieci i młodzieży. Odpowiedzialni za to w dużej mierze są sami rodzice, którzy przyzwalają na to wypisując te zwolnienia. Wiąże się to znowu z niską świadomością rodziców dotyczącą zdrowia,

¹⁴ J. Malinowska, *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w szkole*, Materiały pomocnicze dla nauczycieli edukacji zdrowotnej Leszno- Kalisz październik 2014, Leszno 2014, wyd. Centrum doskonalenia nauczycieli w Lesznie, s. 3, http://cdn.leszno.pl/files/wiecej/materiały-do-pobrania/Wychowanie/Profilaktyka_i_edukacja_zdrowotna_w_szkole_-_2014.pdf

¹⁵ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia*, Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze, Katowice 2008, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 41

kto ma zaszczepiać w dzieciach wolę uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego, jak nie pierwsi nauczyciele rodzice. Sytuacja w Polsce i tak ma się dobrze, ponieważ w szkołach jest obowiązek realizowania podstawy programowej z zakresu edukacji zdrowotnej i każde dziecko ma w mniejszym lub większym stopniu dostęp do niej. Nie wszędzie jest jednak tak kolorowo. Mówię tu w szczególności o państwach tak zwanego „trzeciego świata”, gdzie młodzież nie ma w ogóle dostępu do jakiegokolwiek edukacji, ponieważ brakuje pieniędzy na szkoły. Tam nierówności, o których mowa widać najbardziej. Przejawia się to szczególnie w nieprzestrzeganiu zasad higieny osobistej i ciężkich warunkach bytowych, które nie zawsze wynikają ze złej sytuacji materialnej, ale też z niewiedzy. Przez wiele lat ludność ciemnoskóra nie miała możliwości dostępu do edukacji, była spychana na margines, ponieważ była uważana za gorszą rasę.

Bardzo istotnym czynnikiem mającym wpływ na dostęp do edukacji zdrowotnej może być też styl życia, czy też to, w jakim środowisku przebywamy. Jeżeli jesteśmy towarzyscy, korzystamy sporo z internetu, przebywamy w gronie ludzi czytanych, to z pewnością zwiększają się nasze szanse na zdobycie szerszej wiedzy w tej dziedzinie. Obecnie zauważa się wzrost w średniej długości życia w Polsce, co niewątpliwie wskazuje na zwiększanie się świadomości u ludzi¹⁶. Wiedzą, co mają robić, aby czuć się zdrowiej i cieszyć się życiem. Dawniej, aby móc zasięgnąć porady lekarskiej, dowiedzieć się czegośkolwiek należało udać się do specjalisty, dziś przy obecnie zalewającej nas fali Internetu, lekarz nie jest już jedynym wyjściem z sytuacji. W sieci można znaleźć w zasadzie informację na każdy temat, oczywiście należy później skonsultować ją ze specjalistą, ale mimo to zwiększa to świadomość i ogólny obraz sytuacji.



Wykres 1. Najczęstsze źródła wiedzy o zdrowiu w opinii uczniów.

<http://www.czytelniamedyczna.pl/5834,rola-pielęgniarki-szkolnej-w-promowaniu-zdrowego-stylu-zycia-u-uczniow.html>

¹⁶ E. Nojszewska, *Spoleczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski*, s. 67, 10.11.2017 r. http://ochronazdrowia.sgh.waw.pl/files/1/12/ekonomia_i_prawo_1-2016_04_ewelina_nojszewska.pdf

Wychowanie zdrowotne powinno być realizowane w każdym okresie rozwoju człowieka, jednak najkorzystniejszym okresem jest dzieciństwo i dojrzewanie, gdyż wtedy zachodzą najistotniejsze dla organizmu zmiany. Jak pokazują badania najczęstszymi źródłami wiedzy na temat edukacji zdrowotnej wśród młodzieży jest Internet, rodzice i telewizja, a dopiero na czwartym miejscu znajduje się szkoła.

Zakończenie. Podsumowując powyższe rozważania chcę zaznaczyć, jak ważne jest promowanie zdrowia, jak i aktywne uczestniczenie w kulturze fizycznej. Zdrowie jest dobrem najwyższym, bez którego nie dalibyśmy rady funkcjonować w życiu codziennym, nie moglibyśmy osiągać naszych celów i zamierzeń, dlatego powinniśmy zrobić wszystko, aby zadbać o nie jak najwcześniej, najlepiej już na etapie

przedszkola. Mówiąc o nierównościach w dostępie do edukacji zdrowotnej, czy też uczestnictwie w sporcie mam na myśli głównie nierówności społeczne, takie jak majątność, wykształcenie, pochodzenie, władza, które w dzisiejszych czasach nie mają aż tak istotnego wpływu na życie ludzi, jak kiedyś. Dzięki licznym dofinansowaniom ze strony różnych władz, a także zmieniającym się ciągle światopoglądzie, dostęp do różnych obiektów sportowych ma coraz liczniejsze grono ludzi. Największym jednak, dominującym dobrem naszych czasów jest internet, który otworzył przed nami całą masę możliwości i informacji. To dzięki niemu możemy się doksztalać z zakresu edukacji zdrowotnej, mieć szersze horyzonty, pomaga on niwelować istniejące nierówności społeczne.

Literatura Publikacje

1. Dziubiński Z., Krawczyk Z., *Socjologia kultury fizycznej*, Wyd. AWF im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa, 2011.
2. Malinowska J., *Profilaktyka i edukacja zdrowotna w szkole. Materiały pomocnicze dla nauczycieli edukacji zdrowotnej*, Leszno- Kalisz październik 2014, Wyd. Centrum doskonalenia nauczycieli w Lesznie, Leszno, 2014.
3. Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2008.

Źródła internetowe

1. Aktywność fizyczna Polaków, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, wrzesień 2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF
2. <https://teoriakulturyumk.wordpress.com/2015/02/12/teoria-klas-spoecznych-karola-marкса/>, 12.02.2015r
3. Kołodziej A., *O potencjale kierunkach rozwoju socjologii sportu*, file:///C:/Users/daria/Downloads/Kolodziej.pdf
4. Nojszewska E., *Społeczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski*, http://ochronazdrowia.sgh.waw.pl/files/1/12/ekonomia_i_prawo_1-2016_04_ewelina_nojszewska.pdf [10.11.2017r.]

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ АВТОРІВ

*Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини
(Rehabilitation and Recreation)*

Структура статті: посередині – назва статті (мовою оригіналу та англійською), нижче – прізвище та ініціали автора (ів), повна назва організації; анотації й ключові слова українською, польською (російською) та англійською мовами.

Анотації

Обсяг кожної анотації 800-900 знаків (100–125 слів).

Структура анотації: мета, матеріал, результати, висновки. Анотація повинна виконувати функцію незалежного від статті джерела інформації та уможлиблювати встановлення її основного змісту.

Англomовна анотація має бути написана якісною англійською мовою. Використання комп'ютерного перекладу не допускається.

Анотації мають бути оформлені згідно з міжнародними стандартами.

Ключові слова (4–5, через кому).

Основний текст статті

Редакційна колегія приймає до друку лише ті наукові статті, які містять такі елементи:

Вступ (суть проблеми, її важливість, аналіз останніх досліджень; виокремлення не розв'язаних раніше частин загальної проблеми, які розкриває означена стаття).

Матеріал і методи (учасники, організація дослідження).

Результати дослідження. Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів (результати дослідження з обов'язковою статистичною обробкою даних потрібно подавати у вигляді таблиць, графіків, діаграм. Дані, які відображаються в таблицях, мають бути суттєвими, повними, достовірними. Заголовки таблиці, назва графіка або діаграми відповідають їхньому змісту. Результати дослідження мають бути обов'язково проаналізовані).

Дискусія. Варто провести паралелі з даними, отриманими іншими вітчизняними й закордонними вченими.

Висновки (подається коротке формулювання результатів дослідження, осмислення та узагальнення теми. Висновки повинні бути лаконічними, конкретними, обґрунтованими, відповідати меті дослідження та впливати з основного змісту роботи).

Література (біля 20, на кожну позицію має бути посилання в тексті статті; повинні містити достатню кількість сучасних (за останні п'ять років) джерел за проблемою дослідження. Оформлення списку літератури слід подавати у квадратних дужках, відокремлюючи одне джерело від іншого комою, наприклад [3, 4, 15].

References – той самий список літератури, поданий латиницею.

За достовірність наданої інформації відповідальність несуть автори!

При підготовці статей просимо Вас дотримуватися таких вимог:

Тема листа та ім'я файла статті: Прізвище автора_Стаття.

Мови публікацій – українська, польська, російська та англійська.

Обсяг статті – 8–15 сторінок із таблицями, схемами та малюнками формату А4 в редакторі Word, у форматі *.doc. Шрифт – Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – 1,5 (у таблицях – 1), орієнтація сторінки – книжкова, без переносів.

Анотації та ключові слова подаються шрифтом Times New Roman, кегль 12.

Розміри полів: зліва – 3 см, справа – 1 см, зверху й знизу – 2 см, вирівнювання – по ширині.

Чітко диференціюються тире (–) та дефіс (-).

Якщо стаття не відповідає вищезазначеним вимогам або її науковий рівень недостатній, то редакційна рада не приймає працю для публікації.

Для своєчасної інформації просимо Вас надсилати авторську довідку (див. нижче).

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

Назва статті (українською та англійською мовами)

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь та вчене звання, посада автора (-ів)
(українською та англійською мовами)

Місце роботи, навчання (українською та англійською мовами)

Поштова адреса, індекс (установи чи організації)

Телефон _____

E-mail _____

Статтю та авторську довідку відправляти електронною поштою:
i.m.grygus@nuwm.edu.ua

Наукове видання

**Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні
аспекти розвитку людини
(Rehabilitation & recreation)**

Науковий журнал
Національного університету водного господарства та природокористування
№3

Технічний редактор І. В. Захарчук

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ 21285-11085Р від 16.03.2015 р.
Засновник і видавець – Національний університет водного господарства
та природокористування

Формат 60x84 ¹/₈. Обсяг 16,51 ум. друк. арк., 15,57 обл.-вид. арк.

Наклад 100 пр. Зам. 160. Виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).

Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.