

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ,  
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І ВАЛЕОЛОГІЇ

**СПОРТИВНА МЕДИЦИНА,  
ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ТА  
ВАЛЕОЛОГІЯ – 2010**

**XV ЮВІЛЕЙНА МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ**

11-12 жовтня 2010 року

**Одеса 2010**

реализацию, оценку адекватности и эффективности (обратная связь). Воздействия, используемые в валеологии, направлены на психику (осознаваемый и подсознательный уровни) и сомю (эрго- и трофотропные стратегии). Процесс возвращения в "безопасную зону" здоровья может быть обозначен как "превентивная реабилитация" (Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова, 1998).

Следует знать, что кроме хорошо известных факторов риска развития заболеваний существует и ещё один, который является, пожалуй, ведущим в общей структуре факторов риска. Речь идёт о категории, носящей нематериальный характер – духовных аспектах здоровья. Духовный уровень организации человека как целостной системы трудно поддается научному анализу, но именно он является ведущим в увеличении показателей смертности населения в странах бывшего СССР (И.А. Гундаров).

Украина занимает приоритетные позиции в развитии валеологии. Здесь впервые в 1991 году утверждена практическая специальность «врач – санолог» (валеолог), также впервые в мире сформирована кафедра валеологии (санологии), имеющая право сертифицировать специалистов-валеологов для практического здравоохранения, описана новая феноменология здоровья. Однако практическая реализация полученных научных данных не может быть названа успешной. Но это, как указывалось выше, зависит от тех руководителей, которые принимают решения. Их же уровень компетенции позволяет им видеть только одну стратегию развития здравоохранения – лечебно-диагностическую. С точки зрения «стратегов» украинской медицины здравоохранение начинается тогда, когда появляется больной (В.М. Лехан, Г.О. Славбий, 2010). Подобная стратегия позволила задавить в Украине нежные ростки валеологической науки. Речь идёт об упряднении Проблемной комиссии МЗ и АМН Украины «Санология и валеология». В РФ происходит совершенно обратные процессы – создаётся сеть Центров здоровья, общее количество которых к 2012 году достигнет 2 тысяч. Что же касается Украины, то, укладывая систему медицинского образования в прокрустово ложе Болонского процесса, Минздрав, утвердив первым в мире врачебную специальность «врач-санолог», не замечает её существования – сокращаются центры здоровья, в учреждениях нет должностей врачей-санологов, в систему подготовки семейного врача основы санологии не включены и пр. Ну, что же. Будем продолжать вымирать.

#### ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДИСПІРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Бабов К.Д., Іванюк О.С., Воляська В.С., Гоженко О.А

Український НДІ медичної реабілітації та курортології, м. Одеса, Україна

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) у поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) I – II ст. набуває особливої актуальності, оскільки АГ є одним з головних чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань, а саме ішемічного інсульту.

У лікуванні АГ у поєднанні з ДЕ I – II ст. важливе місце займає гідрокінезотерапія, яка є сучасним методом лікування хворих в басейні з теплою водою для досягнення найбільш повного розслаблення м'язів, що сприяє профілактиці гішодинамії. Згідно до запропонованої нами методики, кожне заняття гідрокінезотерапії складається з трьох частин. Перша частина заняття, тривалість якої складає 15 – 20 % часу всього комплексу, включає поступову підготовку організму до активної м'язової діяльності; вправи призначують за принципом поступового навантаження, тобто підвищується інтенсивність, тривалість вправ, з чергуванням останніх на всі групи м'язів і суглобів, дихальні вправи. У основній частині заняття витримуються оптимальне дозування навантаження, використовують всі типи навантаження, окрім силових, статичних і швидкісних. Від заняття до заняття збільшують якість і тривалість вправ, темп їх виконання, відсоток складних координаційних вправ, а

також прагнуть наблизити амплітуду рухів до повної. У завершальній частині заняття підбирають вправи, що поступово спрощуються, з уповільненням темпу і амплітудою рухів для виведення організму з активного стану.

Застосування курсу гідрокінезотерапії в комплексному санаторно-курортному лікуванні хворих на АГ у поєднанні з ДЕ I – II ст. призводить до вірогідного зменшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя пацієнтів у 77 %, покращенню мозкового кровообігу у 78 %, нормалізації добового профілю АТ у 92 % хворих.

#### ВПРАВИ З М'ЯЧЕМ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПАДІНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЧЕСКОГО ВІКУ

Бабова І.К., Катюкова Л.Д., Баяндіна О.Л., Дулевіч І.А.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії АМН України", м. Київ  
Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України,  
м. Одеса, Україна

Падіння є найбільш частими причинами травм у людей похилого віку. У багатьох хворих після падіння, навіть коли вони не отримали пошкоджень, залишається страх, що і веде до повторних падіння та створює «порочне коло». Фізична активність має велике значення для хворих похилого віку. Активне тренування м'язів покращує стабільність скелета, запобігає зменшенню втрати кісткової маси, сприяє координації рухів.

Нами запропоновано комплекс лікувальної гімнастики з гімнастичним м'ячем для хворих похилого та старечого віку для профілактики падіння, який позитивно впливає на психосоматичний стан, стабілізацію та поліпшення стійкості опорно-рухової системи, поліпшує координацію рухів та баланс. Комплекс складався з двох груп вправ: перша була спрямована на покращення координації рухів, а друга складалася з ізометричних вправ для збільшення м'язової сили.

Обстежено 68 пацієнтів, з остеоартрозом крупних суглобів нижніх кінцівок, віком від 65 до 80-ти років (похилого та старечого віку), з них 45 жінок та 23 чоловіка; 35 пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба в строках від 6 до 12 місяців після оперативного лікування.

З метою оцінки прогнозу ризику падіння застосовували тест «Встати та йти» (Timed Up and Go Test), який має високу вірогідність для прогнозування ризику падіння. Оцінюється час (сек), який потрібний людині, щоб встати зі стандартного стільця, пройти дистанцію 3 м, повернутися, пройти назад та сісти. Люди похилого віку, які виконують тест довше ніж за 14 секунд, мають високий ризик падіння.

Хворі були розподілені на дві групи в залежності від результатів проведеного ВПТ-тесту: група 1 (42 пацієнти, з них 23 після ендопротезування кульшового суглобу) – з низьким (час виконання тесту  $\leq 14$  сек) та група 2 (26 хворих, 12 після ендопротезування кульшового суглобу) – з високим (час виконання тесту  $\geq 14$  сек) ризиком падіння. Різниця між 1 та 2 групами була в тривалості та кратності процедур ЛП на добу і кількості повторів кожної вправи в комплексі. Під час занять застосовували гімнастичний м'яч діаметром від 22 до 40 см. Загальний курс лікування складав 1 місяць, 2 рази на день.

Після курсу ЛП за результатами ВПТ-тесту спостерігався перехід 8 (30,8 %) хворих 2-ої групи в 1-у, що свідчить про зменшення ризику падіння.

Комплекс рекомендований для застосування з метою профілактики падіння, що запобігає виникненню переломів, зокрема у хворих після ендопротезування кульшового суглобу.