

### З ДОСВІДУ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЩАДНО-ТРЕНУВАЛЬНОГО РУХОВОГО РЕЖИМУ У ОСІБ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Фізична реабілітація – важлива складова медичної реабілітації, яка включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних здібностей, якості життя, фізичної працездатності хворих з тимчасовою або стійкою втратою працездатності. Роль засобів фізичної реабілітації підвищується в процесі переходу хворого від першого до наступних періодів лікування [1,с.6].

Враховуючи вікові особливості, характер перебігу сколіозу та його ступінь, наявність супутніх захворювань опорно-рухового апарату та організму в цілому нами було визначено підходи до застосування фізичної реабілітації у осіб зі сколіозом.

В наших дослідженнях програма фізичної реабілітації осіб зі сколіозом містила щадний, щадно-тренувальний та тренувальний режими.

У щадно-тренувальному руховому режимі застосовували такі методи та засоби фізичної реабілітації, щоб адекватно та ефективно вирішити його завдання, які наведені у відповідній блок-схемі (рис. 1).



Рис.1. Блок-схема застосування фізичної реабілітації для осіб зі сколіозом у щадно-тренувальний руховий режим.

До програми фізичної реабілітації осіб зі сколіозом у щадно-тренувальному режимі включали практично такі самі методи і засоби, як і у жадному руховому режимі, але вони мали принципові відмінності їхнього комбінованого підбору, композиційного складу та режимів застосування, об'єму та інтенсивності, тощо.

Зокрема, до основних завдань щадно-тренувального режиму відносили:

- призупинення розвитку сколіотичної хвороби та зменшення симптомів її проявлення;
- забезпечення умов для зміцнення м'язового корсету;
- корекція розладів у біологічних системах організму людини;
- корекція постави хворого.

Ортопедичний режим, що застосовували пацієнти зі сколіозом був не такий суворий, як в щадному, та мав більш індивідуальний підхід щодо його використання. Зокрема, пацієнти, які мали II чи III ступінь сколіозу продовжували використовувати ортопедичні корсети під час вертикального навантаження на хребет. Зниження больового синдрому у більшості пацієнтів на протязі щадного рухового режиму збільшувало їх загальну рухову активність та відповідно надавало можливість виконувати більший об'єм навантажень. Але обмеження вертикального навантаження, різких рухів, особливо поворотів тулуба при нахилі, особливості підйому важких предметів продовжували мати принципове значення у підтриманні ортопедичного режиму.

До комплексу лікувальної фізичної культури (ЛФК) на період щадно-тренувального режиму ми включали такі форми та засоби - ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), групову лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття лікувальною гімнастикою.

Також підключали спеціальні вправи, що були спрямовані на корекцію та нормалізацію станів пацієнтів, та враховують особливості симптоматики супутніх порушень та захворювань (остеохондроз, артоз; хронічні бронхіти; бронхіальна астма; хронічні гастрити, холецистити, коліти; ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба; цукровий діабет).

Проведення занять ЛФК у щадно-тренувальному руховому режимі набувало змін, оскільки функціональний стан організму пацієнтів дозволяв збільшити загальне та спеціальне навантаження за рахунок збільшення кількості повторів у виконанні кожної вправи. У щадному руховому режимі дозування фізичних вправ складало 4-6 разів, у щадно-тренувальному режимі збільшували до 6-8 разів. Це ускладнення збільшувало об'єм загального навантаження та не змінювало інтенсивності навантаження. Даний методичний підхід надає можливість поступово та раціонально збільшувати навантаження на організм пацієнтів без надання шкоди на основні системи організму, що відповідають за процеси адаптації.

Змінювалося співвідношення спеціальних та загально-розвиваючих вправ у відповідності 50% на 50%. Рівномірне застосування спеціальних та загально розвиваючих вправ надає можливість вирішувати у процесі занять лікувальної гімнастики як спеціальні так й загальні завдання. Зокрема, за рахунок загально розвиваючих динамічних вправ спрямовували роботу м'язів кінцівок у ізотонічному режимі, що поліпшує скорочувальні здібності м'язів та відповідно м'язово-суглобні відчуття.

Вправи, що використовувались у ранковій гігієнічній гімнастиці, пацієнти використовували самостійно у домашніх умовах та мали

індивідуальну спрямованість. При цьому, комплекси вправ з РГГ мали загальні методичні підходи для всіх пацієнтів. Тривалість вправ РГГ складала 10-12 хв. та включала вправи динамічного та статичного характеру, вправи на самовитягання, дихальні вправи, вправи на розслаблення.

Групова чи малогрупова лікувальна гімнастика проводилась у реабілітаційному центрі з метою підготовки пацієнтів до процедури на механотерапевтичному апаратному комплексі. Тривалість заняття складала 25-30 хв. Заняття ЛГ було спрямовано на підготовку опорно-рухового апарату (ОРА) до формування раціонального м'язового корсету, що утримує хребетний стовп в положенні максимальної корекції.

До арсеналу спеціальних вправ, що застосовуються при сколіозах, крім симетричних вправ були введені асиметричні навантаження. Цей методичний підхід допомагає збільшити асиметричне навантаження на м'язи спини з одночасним виконанням симетричних вправ. Цей спосіб виконання вправ не змінює зміст та техніки виконання окремо взятої вправи, але надає більшого ступеня навантаження тільки тих груп м'язів, що є більш слабкими на ділянці спини відповідно типу сколіозу. Наданий методичний підхід уникає необхідності вивчати пацієнтам нові та складні асиметричні вправи, що є ефективними при сколіозах.

Застосування електромеханотерапевтичного апарату "Seragem Master" CGM-M3500 (далі механотерапевтичний апаратний комплекс МТАК), у комплексі фізичної реабілітації щадно-тренувального рухового режиму мало загальні зміни та індивідуальні підходи щодо процедури проведення. Загальним методичним положенням, що мав місце у застосуванні МТАК, було проведення процедури у повному обсязі у автоматичному режимі (час процедури 40 хв., застосування двох вихідних положень – лежачі на спині та лежачі на животі). Ці зміни надали змогу збільшити об'єм та інтенсивність впливу комплексних засобів МТАК. Наприклад, застосування вихідного положення - лежачі на животі надавало корекційно-оздоровчий вплив на ділянку передньої поверхні тіла та спрямовувало свій вплив на статеві органи та органи шлунково-кишкового тракту. До індивідуальних підходів щодо використання МТАК у даному руховому режимі входило: індивідуальна температура, застосування зовнішніх прожекторів.

Таким чином, вирішення завдань щадно-тренувального режиму та відсутність больових відчуттів, поява позитивних зсувів у роботі опорно-рухового апарату та інших органів і систем визначали критерії переходу до наступного рухового режиму – тренувального.

#### **Список використаних джерел**

1. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич [та ін.]; за ред. професора В. В. Абрамова та доцента О. Л. Смирнової. – Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. – С.6-7.