

Комплексное испытание. Выполняется в течение 22-24 мин.

1. Разминка (10 мин), проводимая тренером. Она содержит ходьбу, бег, подскок, маховые движения, наклоны.

2. Бег 400 м в невысоком темпе со скоростью пробегания дистанции 1 мин 30 сек.- 1 мин. 35 сек.

3. Отдых (30 сек), включающий ходьбу. Упражнения на расслабление.

4. Три ускорения по 30 м с высокого старта. Пауза для возраста на старте – 20 сек.

5. Бег 400 м. Темп, скорость бега те же, что в упражнении 2.

6. Отдых (30 сек), включающий ходьбу, упражнения в расслаблении мышц.

7. Два ускорения по 30 м с мячом. Выполняются с высокого старта (не менее трех касаний мяча на каждом отрезке).

Пауза между стартами 20 сек.

8. Жонглирование мячом ногами, головой в любой последовательности (45 сек).

9. Бег в течение 3 мин с заданием – пробежать как можно больше.

10. Отдых (30 сек), включающий ходьбу, упражнения на расслабление.

11. Два ускорения по 30 м с мячом. Условия выполнения те же, что в упражнении 7.

При оценки результатов этого испытания принимаются во внимание показатели: скорости пробегания трех 30-метровых отрезков без мяча (4), двух ускорений по 30 м с мячом (11) и трехминутного бега (9). Для удобства сопоставления результатов футболистов в этом испытании целесообразно условно оценить показатели скорости (4), (11) и дальности пробегания (9) в очках. Применение в практике отбора комплекса испытаний, отражающих физическую работоспособность подростков, позволяет не только оценить, но и проследить за темпами ее развития.

ВЫВОДЫ

Эффективность отбора во многом зависит от выбора методов прогнозирования задатков, способностей к занятиям футболом и, конечно, от надежности и прогностической ценности методик. Отсюда следует, что каждая методика должна характеризовать конкретное качество личности, функцию, без которой невозможно или трудно овладеть специфической деятельностью и показывать в ней высокие спортивно-технические результаты. Для получения полезной и, по возможности, объективной информации о способностях каждого подростка целесообразно применять комплекс методов исследования:

1) педагогические наблюдения, дающие возможность оценить качества и свойства личности подростков, судить о способностях к футболу;

2) врачебные обследования, позволяющие судить о состоянии здоровья подростков, сдвигах в функциональном состоянии систем организма, динамике физического развития;

3) контрольные испытания, характеризующие физические способности подростков и темпы их развития;

4) методы оценки физической работоспособности и способности восстанавливаться после нагрузок, психологически напряженной деятельности;

5) методы оценки психофизиологических качеств и свойств личности;

6) методы оценки специальных способностей (овладение техникой, тактикой игры), темпа их развития;

7) методы оценки игровой активности и агрессивности;

8) методы, дающие возможность судить об устойчивости к факторам, сбивающим двигательный навык.

ЛИТЕРАТУРА

1. Віхров К.Л. Тактика гри у футбол . Тактика гри воротаря / К.Л. Віхров // Фізичне виховання в школі.2003.-№4.-с.19-22

2. Губа В.П, Тюленков С.Ю., Прохоров А.А. Теоретико-методические аспекты управления подготовкой футболистов. – Смоленск: Инфарм.-ком. Агентство, 1997-118с.

3. Губа В.П., Вольф М.Н., Никитушин В.Г. Современные проблемы ранней спортивной специализации. – М.: ИКА, 1997.-84с.

4. Костюкевич В.М. Футбол: навчальний посібник для студентів фізичного виховання педагогічних університетів / В.С. Костюкевич // -В.: ДОВ «Вінниця», ВДМУ, 2006-283с.

5. Максименко И.Г. Соревновательная и тренировочная деятельность футболистов: монография / И.Г. Максименко, - Луганск: Знание, 2009.-258с.

6. Столітенко Є.Н. Навчання техніки гри у футбол / Є.Н. Столітенко // Освіта.-2003.-№40-41, (3-10 вересня).-с.14.

7. Стула В.А. Особенности отбора и комплектования игровых линий в детско – юношеских футбольных командах /В.А. Стула, М.И. Фоменко.-Х.: ХГИФК, 1999,-184с.

8. Starosta W., Hirtz P. Sensitive and critical periods in development of coordination abilities in children and youths // Biol. Sport – Volume 6 – Suppl. 1 – 1989 – p. 276 – 282.

Лянной Ю.О., Марченко О.К.
Сумский педагогический университет

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Основной причиной смертности людей в экономически развитых странах мира являются сердечно-сосудистые заболевания. Увеличение показателей смертности от указанных заболеваний было отмечено в 50-тых годах прошлого столетия. Поиск причин такой высокой заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний начался с 50-х годов и продолжается до настоящего времени. Научными исследованиями установлено, что пусковым механизмом заболеваемости и смертности людей является гипокинезия человека, которая обусловлена индустриализацией общества – появлением новых средств связи, развитием транспорта, компьютеризацией. Гипокинезия является причиной высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний; в структуре смертности от указанных заболеваний ведущее место занимает нарушение коронарного кровообращения – ишемическая болезнь сердца. Изучена

связь между двигательной активностью и возникновением ишемической болезни сердца. Рекомендовано использовать лечебную физкультуру, которая оказывает положительное действие на состояние миокарда и снижает показатели смертности людей от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: нарушение коронарного кровообращения, двигательная активность, гипокинезия.

Лянной Ю.О. Фізична реабілітація хворих з порушенням коронарного кровообігу залежно від рівнів фізичної активності. Основною причиною смертності людей в економічно розвинених країнах світу є серцево-судинні захворювання. Збільшення показників смертності від зазначених захворювань було відзначено в 50-тих роках минулого століття. Пошук причин такої високої захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань почався з 50-х років і триває до теперішнього часу. Науковими дослідженнями встановлено, що пусковим механізмом захворюваності та смертності людей є гіпокінезія людини, яка обумовлена індустріалізацією суспільства - появою нових засобів зв'язку, розвитком транспорту, комп'ютеризацією. Гіпокінезія є причиною високої смертності від серцево-судинних захворювань; в структурі смертності від зазначених захворювань провідне місце займає порушення коронарного кровообігу - ішемічна хвороба серця. Вивчено зв'язок між руховою активністю і виникненням ішемічної хвороби серця. Рекомендовано використовувати лікувальну фізкультуру, яка надає позитивну дію на стан міокарда і знижує показники смертності людей від серцево-судинних захворювань.

Ключові слова: порушення коронарного кровообігу, рухова активність, гіпокінезія.

Lyannoi J.O. Physical rehabilitation of patients with violation of coronal circulation of blood depending on the levels of physical activity. The main cause of death of people in the economically developed world is cardiovascular disease. The increase in death rates from these diseases was noted in the 50-ies of the last century. Search for causes such high morbidity and mortality from cardiovascular diseases started with the 50s and continues to this day. Scientific studies have established that trigger human morbidity and mortality is a human hyperkinesia, which is due to the industrialization of society - the emergence of new means of communication, the development of transport, computerization. Hyperkinesia is the cause of the high mortality from cardiovascular diseases in the structure of mortality from these diseases leading place takes the violation of the coronary circulation - ischemic heart disease. The relationship between physical activity and the occurrence of coronary heart disease. It is recommended to use exercise therapy, which has a positive effect on the state of the myocardium and reduces the mortality of people from cardiovascular diseases.

Key words: violation of the coronary circulation, physical activity, hyperkinesia.

Постановка проблеми. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности населения экономически развитых стран мира. Это подтверждено анализом, проведенным экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). [13] Демографические исследования проведенные в последние годы отмечают опасную тенденцию увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и эксперты ВОЗ полагают, что в 2020 г. от указанных заболеваний могут умереть 22 млн человек/599). [14]. В структуре причин смертности от этих заболеваний основное место занимает коронарная болезнь (КБ), в современной литературе – ишемическая болезнь сердца [1,2,4,7].

Анализ последних исследований и публикаций.

В 50-60-е годы прошлого столетия было отмечено увеличение заболеваемости и смертности населения от нарушения коронарного кровообращения – коронарной болезни сердца. Полагали, что причины высокой смертности обусловлены индустриализацией производства и напряженным ритмом жизни в развитых странах мира [3,4,5]. В то же время в этих странах была замечена отчетливая зависимость показателей заболеваемости и смертности с образом жизни людей, возрастом, профессией, особенностями питания [4]. Эпидемиологические исследования показали, что частота заболеваний ишемической болезнью сердца (ИБС) в этих странах существенно отчается. Так в Японии на 1000 человек частота ИБС составила 20 человек, в США – 80, а в Финляндии – 120 человек. Более того в Финляндии в северных районах среди лесорубов заболеваемость ИБС была значительно выше, чем в южных районах, страны, в которых население занималось фермерским хозяйством. Финские ученые связывали эти различия в частоте заболеваемости ИБС, с характером питания лесорубов, употребляющих жирную пищу и курением. Однако, вышеуказанные данные не давали ответа на главный вопрос – что же является основной причиной развития ишемической болезни сердца. Г.И. Косицкий, Г.В. Кушнарера (1986) писали, что за последние 100 лет физическая активность людей существенно снизилась. Р.Г.Оганов (2009) отмечает, что к XXI-му веку физическая нагрузка человека уменьшилась почти в 50 раз по сравнению с предыдущими столетиями и потребность в физическом труде была сведена к минимуму. Развитие средств связи и транспорта, автоматизация многих производственных процессов, компьютеризация в государственных учреждениях и в офисах, по мнению Р.Г.Оганова (2009) стали причиной снижения физической активности человека, т.е. явились причиной развития гипокинезии человека. Однако, к пониманию причин высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и установлению патогенеза нарушения коронарного кровообращения, обусловленного гипокинезией и атеросклерозом, прошло достаточно много времени.

Гипокинезия, или малоподвижный образ жизни, развивается тогда, когда человек вынужден сидеть на работе за компьютером или на конвейере было 5-ть часов в день, и активно двигаться менее 10 часов в неделю. [4,8] По мнению автора, гипокинезия человека является основной причиной развития сердечно-сосудистых заболеваний – ишемической болезни сердца (ИБС), стенокардии, инфаркта миокарда, инсульта, ожирения, сахарного диабета, остеопороза. Ранние исследования показали зависимость между высокими показателями смертности и низкой двигательной активностью у почтовых клерков, работа, которых связана с гипокинезией, по сравнению с более низкими показателями смертности у почтальонов, разносящих письма [10,11]. В других исследованиях, приводившихся в течение длительного времени, также было обнаружено, что смертность от нарушения коронарного кровообращения – ишемической болезни сердца, среди

физически активных людей оказалась в два раза ниже, чем среди мало активных людей [10]. Однако, как нередко происходит в науке, в 40% исследований эта зависимость между низким уровнем физической активности и высокими показателями смертности, не была обнаружена [9].

Некоторые авторы отмечают, что на тот период времени, к сожалению, не было еще достаточно убедительных доказательств патогенетической связи между низкой двигательной активностью и частотой развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Авторы приводят наблюдения А. Keys (1970) в 7-ми странах, в которых не удалось выявить четкой связи между физически активными или неактивными людьми и заболеваемостью. [5]. По мнению авторов, очень сомнительно, с помощью одной только мышечной деятельности, преодолеть все отрицательные последствия, связанные с недостатком двигательной активности. Подобные противоречивые данные, как полагали авторы, обусловлены несколькими факторами. Прежде всего, очень трудно классифицировать уровень физической активности у различных по возрасту и характеру профессии групп людей [6,7].

Вторая причина связана с концепцией о наличии множества факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, в соответствии с которой развитие заболеваний связано с действием этих факторов [4,8]. Поэтому, несмотря на пользу от повышения двигательной активности человека, эта активность не может стать единственным средством профилактики ИБС считают. [4,8]. Авторы полагали, что двигательная активность не может препятствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний, когда имеются несколько факторов риска, так как физическая нагрузка может оказывать влияние только на уровень триглицеридов, способна снижать избыточную массу тела, оказывать положительное влияние на уровень артериального давления. А модифицировать другие факторы риска – изменять толерантность к глюкозе, свертываемость крови и другие с помощью только физических нагрузок очень затруднительной. [5] В то же время, несмотря на различные точки зрения о взаимоотношениях между физической активностью и заболеваемостью людей сердечно-сосудистыми заболеваниями полагают, что двигательная активность является фактором первого звена в профилактике ишемической болезни сердца. [4,8,12]. Указанные расхождения во взглядах ученых отразились на выводах доклада экспертов ВОЗ, в соответствии с которыми отмечено, что «прямой связи между уровнем повседневной физической активности и риском ИБС среди отдельных лиц и групп населения не установлено» (Доклад Комитета экспертов ВОЗ, 1982). Неоднозначность полученных выводов разных ученых и доклад Комитета экспертов ВОЗ, в определенной степени затормозили использование на практике у больных ИБС лечебной физкультуры, которая предполагает повышение двигательной активности человека. Такая ситуация имела место в кардиологии не только при реабилитации больных с нарушением коронарного кровообращения, но и при восстановлении больных с инфарктом миокарда (И.М.). Так, в 30-40-х годах прошлого столетия больные после перенесенного инфаркта миокарда, должны были соблюдать строгий постельный режим в течение 1,5 месяца, так как, по мнению врачей, постельный режим снижал, нагрузку на сердце способствовал его более быстрому восстановлению.

Перенесенный инфаркт миокарда, по рекомендациям врачей, не позволял таким больным возвращаться не только к трудовой деятельности, но даже и к обычной физической активности в быту (Г.П. Арутюнов, 2013). Однако, большое количество осложнений и смертельных исходов заставляли врачей искать другие подходы к реабилитации больных после инфаркта миокарда. Так В. Jown впервые в 1952 г. при лечении больных с острым коронарным тромбозом, вместо строгого постельного режима в течение 6-ти недель, предложил больным сидеть. Такая методика позволила уменьшить количество осложнений у больных, связанных с их длительной неподвижностью, улучшить благоприятный прогноз и психологическое состояние больных (Г.П. Арутюнов, 2013). Однако, настоящим прорывом в использовании физической активности у больных после инфаркта миокарда явилась работа Н.Ф. Hellersfein и А.В. Ford (1957), в которой авторы предложили включать на стационарном этапе реабилитации физические нагрузки с целью ускорения выздоровления больных. Поэтому именно Н.Ф. Hellersfein и А.В. Ford считаются учеными, которые явились основоположниками развития кардиореабилитации больных после перенесенного острого инфаркта миокарда (Г.П. Арутюнов, 2013). В программе реабилитации этих больных ученые использовали средства физической и психологической реабилитации. Дальнейшие исследования о влиянии физических нагрузок на состояние больных с нарушением коронарного кровообращения показали, что повышение физической активности больных сокращает сроки реабилитации, снижает количество осложнений и улучшает состояние их здоровья [1,2,7,8].

Цель повышения физической активности пациентов состоит в расширении адаптационных возможностей их организма, что позволяет улучшить состояние здоровья благодаря достигнутому уровню физической тренированности, увеличению выносливости организма. При этом занятия физическими упражнениями у больных в разных возрастных группах преследуют разные цели. [5,8]. Учитывая увеличение количества молодых людей (30-35 лет) болезнью сердца, повышение физической активности направлено на совершенствование физической работоспособности пациентов и профилактику заболевания миокарда в более старшем возрасте. [1,2,4,6]. В среднем возрасте (40-49 л.) использование средств физической реабилитации (лечебная физкультура в различных её формах) направлено, в первую очередь, на улучшение здоровья, профилактику прогрессирования нарушения коронарного кровообращения за счет блокирования развития атеросклероза коронарных сосудов, повышения общей работоспособности и удлинение трудового периода жизни пациентов [1,2,8]. В пожилом возрасте, когда количество заболеваний сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт) у больных увеличиваются, а физическая активность человека уменьшается, как средство расширения двигательной активности больных и источник стимулирующих и регулирующих влияний, физические нагрузки применяются для сохранения здоровья, замедления процессов старения, предупреждение прогрессирования хронических заболеваний и поддержания активного долголетия [5,6,7,8]. Лечебный эффект физических упражнений обусловлен механизмами их лечебного действия. Адаптация сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам реализуется в виде улучшения сократительной способности миокарда за счёт увеличения коллатерального кровообращения в сердечной мышце, повышения содержания гликогена, белковых структур и активности ферментов, необходимых для интенсивной и продолжительной работы миокарда, уменьшения его потребности в кислороде.

Последние исследования Д.М. Аронова и соавт. и других авторов показали, что увеличение физической

(двигательной) активности сопровождается уменьшением в крови больных таких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний как содержание холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и увеличение липопротеидов высокой плотности (Д.М.Аронов, 2000, 2007). По данным других авторов повышение двигательной активности в виде физических тренировок у больных коронарной болезнью сердца, способствует нормализации артериального давления, уменьшению или исчезновению приступов стенокардии и ишемических проявлений на ЭКГ. У больных с коронарной болезнью сердца необходимо использовать циклические – аэробные физические нагрузки, которые способствуют развитию у этих больных выносливости, что блокирует развитие коронарного атеросклероза, тем самым уменьшая частоту возникновения коронарной – ишемической болезни сердца. Исследования последних десятилетий подтверждают вышеуказанные данные о связи повышенного выше нормы содержания холестерина в крови больных и частотой возникновения нарушения коронарного кровообращения – ишемической болезни сердца [1,4,7,8]. Из вышеизложенного становится очевидным, что гипокинезия человека является пусковым фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний - ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии. Именно гипокинезия запускает целый каскад – взаимообусловленных изменений в сосудистой системе, в обмене веществ, с последующим развитием сахарного диабета, ожирения, остеопороза и даже отдельных видов рака. [4]. В то же физические нагрузки оказывают положительное влияние на функциональное состояние центральной нервной системы в результате чего усиливается её регулирующее влияние на обмен веществ и на эндокринную систему, что, в свою очередь, приводит к восстановлению, липидного обмена, снижению массы тела и показателей гликемии, нормализации артериального давления [1,2,6,8]. В настоящее время все программы оздоровительных занятий с больными ишемической болезнью сердца, помимо медикаментозных препаратов содержат базовое средство физической реабилитации – лечебную физкультуру, которая используется в различных её формах – утренней гигиенической и лечебной гимнастики, дозированной ходьбы, терренкура. У больных с нарушением коронарного кровообращения, как правило, имеет место гиперхолестеринемия, избыточный вес, повышенное артериальное давление, снижение сократительной функции миокарда, нарушения его ритма, гипертрофия, левого желудочка и снижение общей физической работоспособности организма. Если уровень холестерина, показатели артериального давления и нарушения ритма сердца можно нормализовать с помощью медикаментов, то повысить сократительную функцию миокарда, ремоделировать объём полостей желудочков и увеличить физическую работоспособность организма больных можно только с помощью средств физической реабилитации благодаря механизмам лечебного действия этих средств (С.Н.Попов, В.М.Мухин).

Медикаментозные средства такими механизмами не обладают. Совместное использование средств медицинской и физической реабилитации у больных с нарушением коронарного кровообращения позволяет уменьшить содержание холестерина. Показано, что физические упражнения усиливают действие статинов, снижают показатели артериального давления, что доказано многими авторами, уменьшают массу тела больных, что также способствует снижению артериального давления. Ранняя активация больных после перенесенного острого коронарного события сокращает период восстановления больных, снижает количество послеоперационных осложнений, таких как тромбоэмболия легочной артерии, хронической сердечной недостаточности, улучшает прогноз для жизни больных, а также уменьшает затраты на их лечение. По мере улучшения состояния больного в процессе реабилитации можно снизить количество используемых медикаментов, а в ряде случаев. может быть, и отказаться от их использования, на фоне продолжения использования средств физической реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Современный этап развития общества характеризуется снижением двигательной активности человека, обусловленной развитием современных технологий, связи, средств передвижения, компьютеризации, что привело к возникновению у человека состояния гипокинезии.
2. Гипокинезия является одним из пусковых механизмов развития у человека заболеваний сердечно-сосудистой системы, в первую очередь – нарушения коронарного кровообращения – ишемической болезни сердца (в современной трактовке).
3. В структуре причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ишемическая болезнь сердца является ведущей причиной.
4. Для реабилитации больных с нарушением коронарного кровообращения необходимо повышать двигательную активность человека с использованием лечебной физкультуры.
5. Лечебная физкультура как средство физической реабилитации, снижает негативное действие на больного факторов риска, что приводит к повышению толерантности больных к физической нагрузке, усилению сократительной функции миокарда к улучшению общего физического состояния больных.
6. Лечебная физкультура является эффективным средством первичной и вторичной профилактики ишемической болезни сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России / Д. М. Аронов // Лечащий врач, 2007.– № 3. – С. 23-26.
2. Аронов Д. М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д. М. Аронов. – М. : Триада-Х. 2000. – 411 с.
3. Косицкий Г. И. Уйдем от инфаркта / Г. И. Косицкий, Г. В. Кушнарева. – М. : Знание, 1986. – 92 с.
4. Оганов Р. Г. Концепция факторов риска как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов // Врач. – 2001. – № 7. – С. 3-6.
5. Санаторная кардиологическая реабилитация / О. Мисюра, В. Шестаков, И. Зобенко // СПб. СпецЛит, 2013.– 192 с.
6. Чазов Е. И. Кардиологическая реабилитация // Кардиосоматика. – 2010. – № 1. – С. 9-10.
7. Leon A. S. Physical activity levels and coronary heart disease / A. Leon // Med. Clin.– 1985. – Vol. 69, № 1. – P. 3.
8. Taylor H. L. Result of physical conditioning in healthy middle-aged subject / H. L. Taylor // Card.Rehabilitation. – N. Y., 1981. – P. 111-120.

9. Taylor R. S. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: review and metaanalysis of randomized controlled trials / R. S. Taylor [et al.] // Am. J. Med. – 2004. – Vol. 116. – P. 10.

Магнушевський Юрій

Національний університет фізичного виховання і спорту України

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ НА РАНЬОМУ ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ

За останні роки розроблено багато теоретичного та практичного матеріалу з проблем рухової реабілітації цереброваскулярних захворювань. Вдосконалення програм та відбір пріоритетних чинників патогенетичного впливу являється важливим завданням сучасної реабілітології. Розглянута проблема поширення мозкових інсультів в Україні та в світі. Дано теоретичне обґрунтування застосування методики пропріоцептивного проторення для даного контингенту хворих.

Ключові слова: цереброваскулярні захворювання, фізична реабілітація, методика пропріоцептивної фасилітації, інсульт, руховий дефіцит, індекс Рівермід, шкала Берга, коротка шкала оцінки ментального статусу.

Магнушевський Юрій. Комплексная физическая реабилитация больных после инсульта на раннем этапе восстановления. За последние годы разработано много теоретического и практического материала по проблемам двигательной реабилитации цереброваскулярных заболеваний. Совершенствования программ и отбор приоритетных факторов патогенетического воздействия является важной задачей современной реабилитологии. Рассмотрена проблема распространения мозговых инсультов в Украине и в мире. Дано теоретическое обоснование применения методики пропріоцептивной проторення для данного контингента больных.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, физическая реабилитация, методика пропріоцептивной фасилітації, инсульт, двигательный дефицит, индекс Ривермид, шкала Берга, короткая шкала оценки ментального статуса.

Magnyshevskii Jiri. Complex physical rehabilitation of patients after a stroke on the early stage of renewal. In recent years, developed a lot of theoretical and practical material problems with motor rehabilitation of cerebrovascular diseases but to date they remain to be the leading cause of death and disability worldwide. The basic principles of physical rehabilitation is an early start recovery procedures and differentiated approach. Improvement of existing programs and selection of priority pathogenetic factors of influence is an important task of modern rehabilitation. The most widely currently used hand rehabilitation techniques that via touch, pressure or decompression help restore lost sensitivity and promote, through muscle synergists restore lost movement. Restoration of isolated movements is an important part of the rehabilitation process, but we must strive to achieve as high level of quality of life. This can be achieved by early verticalization and improvement isolated movements combined with the inclusion of elements of rotation and the exercises in different initial positions. Considered the problem of the spread of brain stroke in Ukraine and in the world. Given a theoretical justification for the use of proprioceptive facilitation techniques for the patients. The results of the study of social opportunities and cognitive function in patients with cerebrovascular disease at an early stage of the recovery.

Key words: cerebrovascular disease, physical rehabilitation, proprioceptive neuromuscular facilitation, stroke, motor deficit, Rivermid index, the scale of Berg, Mini Mental State Examination scale

Вступ. Мозковий інсульт – найнебезпечніше судинне захворювання головного мозку. Ця недуга щорічно вражає близько 6 млн. осіб в усьому світі, з них: 700-750 тис. – у США, понад 450 тис. – в Росії та більше 175 тис. – в Україні [1, 3]. Особливо актуальною ця проблема є для України, де розповсюдженість цереброваскулярних захворювань і смертність від них є одними з найвищих у Європі [2, 4]. З кожним роком зростає кількість інсультів серед осіб працездатного віку. У структурі мозкового інсульту ішемічні порушення мозкового кровообігу становлять 80% [2,3]. Переважна більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20-25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті. До праці повертається не більше ніж 10-12% [4, 6, 10]. Проблема реабілітації хворих з руховими порушеннями залишається недостатньо вивченою [2]. Низка вітчизняних методик відновного лікування не враховує сучасні дані про механізми побудови руху та вироблення стійкої рухової навички, також не конкретизовано методи фізичної реабілітації хворих в окремому періоді захворювання [1, 3]. Окрім того, не визначено терміни призначення засобів відновного лікування при різних за характером і ступенем важкості різновидів хвороби, не визначено механізми відновлення втрачених функцій, відсутні чіткі критерії оцінки ступеню рухових порушень та ефективності фізичної реабілітації, до кінця не встановлена роль чинників, які впливають на процес відновлення втрачених функцій [4, 5]. У зв'язку із цим, удосконалення системи реабілітаційних заходів для осіб, які перенесли мозковий інсульт, оцінка ефективності фізичної реабілітації та можливість прогнозування результатів відновлення порушених чи компенсації втрачених рухових функцій є важливою науковою проблемою [1, 4]. Інсульти лікують комплексно [6]. В гострий період проводять невідкладні заходи для підтримки життєдіяльності хворого. Після цього застосовують засоби, спрямовані на усунення причин, що викликали інсульт, протидіють ускладненням захворювання та сприяють одужанню пацієнта. Використовують медикаментозну терапію, ортопедичні і нейрохірургічні методи, дієто- і психотерапію, призначають засоби фізичної реабілітації [2, 8, 10]. Методика пропріоцептивного проторення показана в комплексній програмі фізичної реабілітації, тому що вона впливає безпосередньо на причину втраченої функції м'язу [5, 7].

Мета дослідження: визначення ефективності методики пропріоцептивної фасилітації у комплексній програмі фізичної реабілітації в осіб з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу на ранньому відновлювальному етапі.

Організація та методи дослідження. Робота виконана на базі неврологічного відділення Національного військово-медичного клінічного центру у м. Київ, було обстежено 46 пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями (гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом). Пацієнти були розділені на групи. Контрольна група займалася за