

**ЗНАЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ «ВТРАТИ»
В ПРОВЕДЕННІ ПСИХОЛОГО-ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ХВОРИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

(на прикладі багаторічного спостереження
за одним із таких хворих)

У статті розглянуто питання стосовно впливу занять фізичними навантаженнями на організм хворого із порушеннями функції опорно-рухового апарату. Показано, що в процесі реабілітації у такого хворого поряд з придбанням одних функціональних здібностей спостерігається «втрата» інших.

Ключові слова: хворий, опорно-руховий апарат, реабілітація, спортивні тренування, феномен «втрати».

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Феномен «втрати» відносно не є новим. Вперше про нього можна дізнатися із праць доктора медичних наук, професора, віце-президента Міжнародної наукової групи із рухової активності Всесвітньої організації охорони здоров'я І. В. Муравова [6; 3]. У чому його суть? Як свідчать дані науковця, в процесі занять фізичними навантаженнями в людей переважно похилого віку поряд з придбанням одних функціональних здібностей організму спостерігається також «втрата» інших. Наведений факт в котрий раз доводить, що фізичні навантаження характеризуються специфічністю впливу на вегетативні функції організму, а не загальностимулюючою дією на функціональний стан внутрішніх органів, і зокрема, на серцево-судинну та дихальну системи, як про це можна дізнатись із робіт П. Ф. Лесгафта [5].

Трохи пізніше на феномен «втрати» у своїх роботах наголошував також професор О. Г. Дембо [4]. Так, на підставі багаторічних досліджень з приводу вивчення впливу занять різними видами спорту на організм дорослих високотренованих спортсменів, він дійшов висновку, що певна спрямованість тренувального процесу конкретно змінює і спеціалізує як морфологічні, так і функціональні особливості організму осіб, які займаються спортом, що само по собі

не може забезпечити гармонійний розвиток останніх, якщо гармонійність розуміти так, як її розуміли філософи античності (Сократ, Платон, Демосфен, Гіппократ та ін.). Зрозумілим є те, що лише в умовах використання різнобічних тренувань, кожному із яких властива специфічність дії на організм (як за рахунок придбання, так і «втрати») можливо досягти певного розширення функціональних можливостей організму, що в кінцевому підсумку забезпечить гармонійний його розвиток.

Факт нерівномірного розвитку фізичних якостей і вегетативних функцій і, як наслідок, пов'язаний з ними феномен «втрати» мають поширення не лише в професійному спорті, але й у дитячо-юнацькому (серед юних спортсменів підліткового віку) [7].

Із досліджень деяких авторів випливає, що феномен «втрати» має суто фізіологічний характер і може спостерігатись у практично здорових (повносправних) людей різних віку, статі та професійної зайнятості. Не менш актуальною є проблема дослідження психофункціонального стану неповносправних (з фізичними вадами) людей, для яких «втрата» тієї чи іншої функції є істинною (фізичною). Наразі ми не зустрічали робіт, які ґрунтувалися б на дослідженні феномену «втрати» у людей із порушеннями функції опорно-рухового апарату.

Мета дослідження — виявити специфічність дії тренувальних навантажень на організм хворих із порушеннями функції опорно-рухового апарату (на прикладі багаторічного спостереження за одним із таких хворих).

Методи й організація дослідження:

— аналіз науково-методичної літератури з проблем дослідження впливу занять фізичною культурою і спортом на організм людини;

— функціональні дослідження, що ґрунтуються на визначенні простих клініко-фізіологічних показників (силового індексу та індексу Робінсона);

— багаторічні лікарсько-педагогічні спостереження за ходом психолого-фізичної реабілітації хворого.

Результати досліджень та їх обговорення. Під нашим спостереженням протягом 13 років (з 1992 по 2005 р.) перебував пацієнт В. Ф. Флока, 1953 р. н. (м. Бровари, Київська обл.). Діагноз: травматична параплегія нижніх кінцівок внаслідок ушкодження грудного відділу хребта на рівні Th6 — Th₇.

Із літературних даних [2] знаходимо, що в пацієнтів з інтактним спинним мозком до Th6 включно майже повністю зберігається

іннервація верхніх м'язів спини, м'язів верхніх кінцівок та м'язів грудної клітки. Хворі можуть пересуватися та перевертатися у ліжку на всі боки, а також переходити з ліжка на інвалідний візок чи стілець-коляску. Такі хворі можуть виконувати різні роботи руками (піднімати деякі предмети тощо), в тому числі усі види побутової діяльності, і навіть ходити.

Головна роль у реабілітації таких хворих відводиться кінезітерапії [2].

З огляду на викладене нами були поставлені такі завдання у реабілітації хворого В. Ф. Флоки:

1. Раннє включення хворого до активної фізичної діяльності.
2. Зберегти обсяг рухів у суглобах паралізованих нижніх кінцівках.
3. Опанувати різними видами побутової діяльності та навчитися знову ходити.

Психолого-фізична реабілітація проходила комплексно. Вона включала: щорічні курси реабілітації, що проводилися у спеціалізованих реабілітаційних центрах України, санаторно-курортне лікування, професійну консультацію з боку лікарів — спеціалістів різного профілю, допомогу фармацевтів — гомеопатів, біоенерготерапевтів та екстрасенсів.

Автором статті проводилися як реабілітаційні заходи, що включали масаж, рефлексо- і кінезітерапію, загартовуючі процедури тощо, так і волонтерські. Останні зводилися до виконання робіт по догляду за хворим, а саме: купівля продуктів харчування, прогулянки з хворим на інвалідному візку, збирання овочів і фруктів із присадибної ділянки, купання хворого та виконання різних побутових доручень.

Лонгітюдинальні дослідження включали оцінювання простих фізіологічних показників, які тісно корелюють з рівнем енергопотенціалу індивіда та є складовими фізичного здоров'я: «подвійний добуток» чи індекс Робінсона (IP) та відносний (на 1 кг маси тіла) показник кистьової динамометрії — силовий індекс (СІ). Зазначимо, що перший показник характеризує принцип «економізації функцій», відповідно другий — розширення резервів функцій. З підвищенням рівня соматичного здоров'я, а значить і рівня аеробного енергопотенціалу організму знижується рівень функціонування в стані спокою (знижується IP) та спостерігається розширення резервів функцій (збільшується показник СІ) [1]. Окрім названих фізіологічних величин, визначали також рівень рухової активності хворого. Останній здійснювався за даними реєстрації кількості самостійно виконуваних (без сторонньої допомоги осіб та допоміжних засобів) індивідом кроків.

На рис. 1 зображені дані 13-річних досліджень хворого В. Ф. Флоки. Як можна побачити із рис. 1, на початковому етапі реабілітації (1992 рік) функціональний стан хворого за показниками, що характеризують рівень енергопотенціалу організму, за Г. Л. Апана-сенком [1], оцінювався як низький (показник індексу Робінсона в середньому становив 110 у.о., відповідно показник силового індексу — менше 60%).

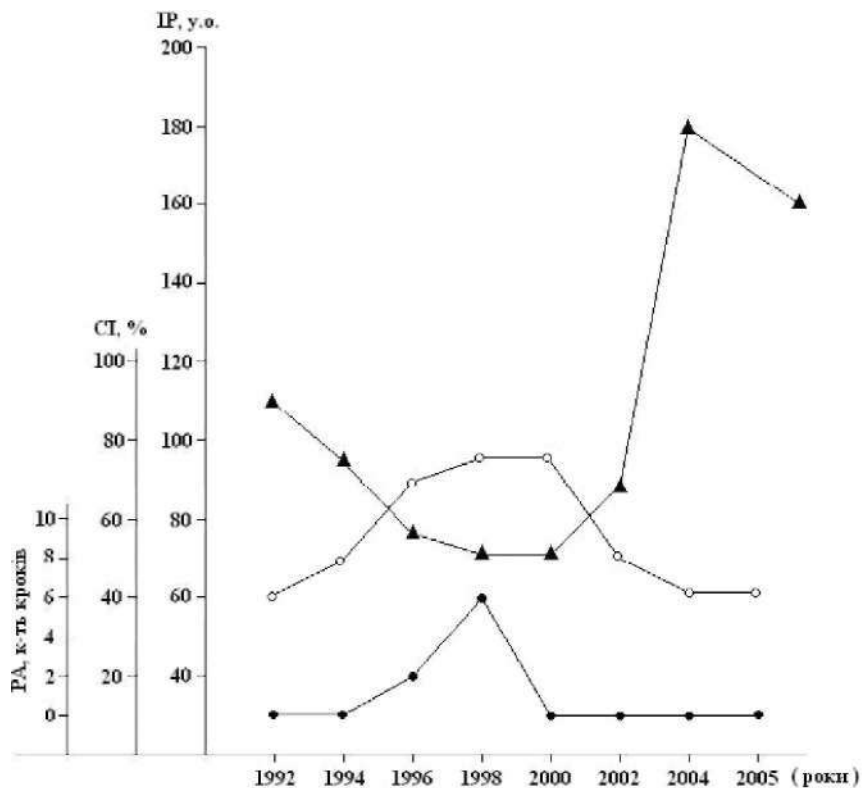


Рис. 1 — Зміни середніх величин силового індексу (СІ), індексу Робінсона (ІР) та показника рухової активності (РА) пацієнта Флоки В. Ф. з травматичною параплегією протягом 13 років (з 1992 по 2006 р.):

- — рухова активність (РА);
- ▲ — індекс Робінсона (ІР);
- — силовий індекс (СІ).

Об'єктивно: при обстеженні хворий знаходився у ліжку, при спробі виконати активні рухи відмічався спастичний параліч (так звана «спастика») нижніх кінцівок; сидіти не міг, міг лише перевертатися у ліжку. До того ж, у нього відмічалися порушення функції органів малого тазу та кишківника.

Психічний стан пригнічений. Зі слів пацієнта, був такий період, що хотів навіть «накласти на себе руки».

Але вже через рік проведеної психолого-фізичної реабілітації у нього значно поліпшився як психічний, так і фізичний стан. Зокрема, виникло бажання жити, працювати, займатися творчою діяльністю, не бути залежним від сторонньої допомоги. На той час він уже міг вільно переходити із ліжка на інвалідний візок і назад. Головною перемогою, на нашу думку, було те, що в нього з'явилося бажання встати на ноги та ходити (якщо не буквально, то хоча б за допомогою милиць). Більше того, він навіть вказував на термін, коли це може відбутися — перший рік нового тисячоліття.

Проведена комплексна (за участю різних фахівців) реабілітація дала відчутні результати. Так, за даними 1998 р., його функціональний стан оцінювався як задовільний. Підтвердженням цього було суттєве зниження ІР (в середньому до 70–80 у.о.) та збільшення сили м'язів (показник СІ в середньому становив 70–80 %). Відчутного прогресу досягнуто у руховій активності — пацієнт без сторонньої допомоги самостійно зробив 5–6 кроків (див. рис 1).

Проте, повіривши у власні сили, наш пацієнт спробував перевірити себе у спорті. А тому із 1998 року він розпочинає спортивні тренування з тенісу. Мета заняття обраним видом спорту — виступ у складі збірної України на Паралімпійських іграх, що відбудуться у Сідней в 2000 р. Вкажемо на той факт, що з цього часу фізична реабілітація як така, що була спрямована на відновлення втраченої рухової функції нижніх кінцівок, призупинилася; в процес включилися вузькоспеціалізовані спортивні тренування.

Як зазначалося раніше, окремому фізичному навантаженню, яке пов'язано з включенням в роботу певної топографії м'язів та характеризується розвитком відповідних (на силу чи витривалість) зусиль, властива чітка вираженість функціональних змін в організмі. Тому можна було б передбачити, що відповідні за характером зміни можуть також мати місце і в нашому випадку.

Так, під час занять спортом було виявлено наступне: поряд із поліпшенням функціонального стану серцево-судинної системи (за даними реєстрації показника ІР), нервово-м'язової (за показником СІ)

та відповідно зростанням спортивної тренуваності, що загалом можна розглядати як «придбання», спостерігається «втрата» раніше набутої в ході реабілітації рухової активності (див. рисі).

Так трапилося, що через певні обставини наш пацієнт (точніше сказати, спортсмен із фізичними вадами) не потрапив на паралімпійські ігри. Ми не будемо висвітлювати те, як він усе це пережив. Відмітимо лиш те, що його психосоматичний стан суттєво погіршився: підвищився артеріальний тиск (пацієнт перебував на межі гіпертонічного кризу), рееструвалася тахікардія у стані спокою, знизилися показники динамометрії, знову з'явилася «спастика», відмічалися прояви агресії у спілкуванні з рідними та близькими для нього людьми тощо.

Висновки

Аналіз літературних даних та наведений нами фактичний матеріал дослідження є свідченням факту специфічного впливу занять фізичними навантаженнями на організм як повносправних людей різного віку і професійної зайнятості [6; 3; 4; 7], так і на неповносправних — осіб із фізичними вадами. Результатом такого впливу є факт «придбання» одних та «втрати» інших функціональних можливостей організму — як в процесі занять фізичною культурою і спортом, так і при проведенні фізичної реабілітації. Останнє, на нашу думку, слід урахувати в практиці фізичної реабілітації хворих із порушеннями функції опорно-рухового апарату.

Подальші дослідження передбачається провести у напрямі вивчення інших проблем впливу фізичних навантажень на організм людей із різним фізичним станом.

В статье рассмотрен вопрос, касающийся влияния занятий физическими нагрузками на организм больного с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата. Показано, что в процессе реабилитации у такого больного наряду с приобретением одних функциональных способностей происходит «утрата» других.

Ключевые слова: больной, опорно-двигательный аппарат, реабилитация, спортивные тренировки, феномен «утраты».

The article considers the question concerning the influence of the loaded physical training on the organism of the patient suffering from the base-moving apparatus failure. It's shown, that during the rehabilitation process while acquiring some functional abilities such patients «lose» the others.

Key words: a patient, base-moving apparatus, rehabilitation, sport trainings, phenomenon «losses».

Література

1. *Апанасенко Г. Л.* Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. — СПб. : МГП «Петрополис», 1992. - 123 с.
2. *Бонев Л.* Руководство по кинезитерапии / Л. Бонев, П. Слынчев и Ст. Банков. — София : Медицина и физкультура, 1978. — 357 с.
3. *Булич Э. Г.* Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. — К. : Олимпийская литература, 2003. — 424 с.
4. *Дембо А. Г.*, Актуальные проблемы современной спортивной медицины: — М. : Физкультура и спорт, 1980. — 295 с.
5. *Лесгафт П. Ф.* Руководство по физическому образованию детей школьного возраста. — СПб., 1912.
6. *Муравов И. В.* Двигательная активность в регуляции функций организма при старении //Двигательная активность и старение. — К., 1969. — С. 9-49.
7. *Хорошуха М. Ф.* Особенности изменений физической работоспособности и ее кардиореспираторного обеспечения у юных спортсменов под влиянием тренировочных нагрузок различной направленности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.12 «Лечебная физкультура и спортивная медицина». — М., 1989. — 24 с.