

чотириголового м'яза, підвищує оцінку можливість чітко побачити кравцевий м'яз. Після оцінки першочергових м'язових груп, оцінюється вся поза «з ніг до голови», звертаючи увагу на пропорції та рельєф.

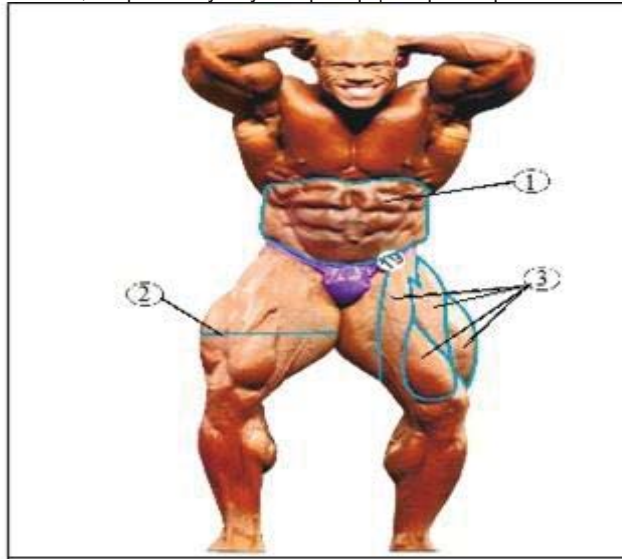


Рис. 7 М'язові групи, які забезпечують найвищу оцінку у позі «Прес-стегно»

Примітка: оцінка в першу чергу: прямі та косі м'язи живота (1); оцінка в другу чергу: об'єм стегна (2), розділення пучків чотириголового та кравцевого м'язів стегна (3); оцінка в третю чергу: загальний рельєф

Висновки: При оцінці змагальних поз у бодібілдингу враховуються м'язові групи, що забезпечують найвищу оцінку у кожній змагальній вправі. Так, оцінюються м'язові об'єми, пропорційний розвиток м'язових груп, сепарація та дефініція м'язів. При цьому звертається увага на основні м'язові групи, що демонструються у кожній змагальній позі, та розвиток інших м'язів, їх рельєф і пропорційне співвідношення їх один з одним. За результатами анкетування провідних фахівців із бодібілдингу визначено, що сильний вплив антропометричних даних надає гармонійності фізичному розвитку спортсмена. Встановлено, що для досягнення максимального результату на змаганнях з бодібілдингу спортсмену слід докладати зусиль для збільшення м'язових об'ємів, покращенню пропорцій та зниження жирового прошарку.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексів цілеспрямованого впливу на м'язові групи, що забезпечують максимальну оцінку на змаганнях з бодібілдингу

Література

1. Tihorsky A.A. Specific features of elite bodybuilders' training process in competition period. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports, 2016;6:26–33. doi:10.15561/18189172.2016.0604
2. Visek AJ, Watson JC, Hurst JR, Maxwell JP, Harris BS. Athletic identity and aggressiveness: A cross-cultural analysis of the athletic identity maintenance model. International Journal of Sport and Exercise Psychology. 2010; 2: 99–116.
3. Zatsiorskiy VM, Kraemer WJ. Science and Practice of strength training. Pennsylvania; 1995.
4. Dzhim V. Yu. Osoblivosti harchuvannya bodybllderiv u pidgotovchomu periodi trenuvan / V. Yu. Dzhim // Slobozhanskiy naukovo-sportivniy vlsnik. – 2013.
5. Олешко В. Г. Підготовка спортсменів у силових видах спорту : навч. посіб. для вузів / В. Г. Олешко. – К. : ДІА, 2011. – 444 с
6. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения / В. Н. Платонов. – Киев : Олимп. лит., 2004. – 808 с
7. Тихорский А. Эффективность методики тренировочного процесса высоко квалифицированных бодибилдеров мезоморфного типа телосложения в соревновательном периоде/ А Тихорский// Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків: ХДАФК, 2016 . – №5(55). – С. 83-88.
8. Тихорський О А. Особливості індивідуалізації тренувального процесу висококваліфікованих бодібілдерів у спеціально-підготовчому етапі /О. А. Тихорський , Т. І. Доросєва, В. Ю Джим// Науковий часопис. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015 . – №9(64). – С. 123-128.

Харченко Є. В.

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова

ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК 45-55 РОКІВ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ У ЛІКАРНЯНОМУ ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У статті зазначено, що фізична реабілітація жінок 45-55 років з хронічним гастритом у лікарняному періоді реабілітації спрямована на запобігання розвитку передракових змін слизової оболонки шлунку – кишкової метоплазії та дисплазії, ліквідація симптомів диспепсії та/або хронічного запалення слизової оболонки. З цією метою використовується комплекс лікувально-відновлювальних заходів, що включає застосування лікувальної фізкультуримасажу, фізіотерапії, дієтотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація жінок 45-55 років з хронічним гастритом у лікарняному періоді реабілітації

Харченко Е.В. Физической реабилитации женщин 45-55 лет с хроническим гастритом в больничной период реабилитации. В статье указано, что физическая реабилитация женщин 45-55 лет с хроническим гастритом в больничном периоде реабилитации направлена на предотвращение развития предраковых изменений слизистой оболочки желудка - кишечной метаплазии и дисплазии, ликвидация симптомов диспепсии и / или хронического воспаления слизистой оболочки. С этой целью используется комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, включающий применение лечебной физкультуры массажа, физиотерапии, диетотерапии.

Ключевые слова: физическая реабилитация женщин 45-55 лет с хроническим гастритом в больничном периоде реабилитации.

Kharchenko E.V. Physical rehabilitation of women 45-55 years old with chronic gastritis in the period of hospital rehabilitation. The article states that physical rehabilitation of women 45-55 years old with chronic gastritis in the period of hospital rehabilitation is aimed at preventing the development of precancerous changes in the mucous membrane of the stomach – intestinal metaplasia and dysplasia, the elimination of symptoms of dyspepsia and / or chronic inflammation of the mucous membrane. For this purpose used a complex of the therapeutically regenerative measures, which includes application of physical therapy, massage, physiotherapy, diet therapy.

Keywords: physical rehabilitation of women 45-55 years old with chronic gastritis in the period of hospital rehabilitation.

Постановка проблеми. Хронічний гастрит група хронічних захворювань, які морфологічно характеризуються наявністю запальних і дистрофічних процесів в слизовій оболонці шлунка, її прогресуючою атрофією, функціональною і структурною перебудовою. Гастрити можуть мати різноманітні клінічні прояви або протікати без симптомно, як зазначає Л.Б. Лазебник [, с. 113]. За даними R.M. Genta Проблема профілактики, сучасної діагностики і лікування раку шлунка пов'язана із вивченням ролі передпухлинної патології в його генезі. На підставі рекомендацій ВООЗ до передракових станів зараховують хвороби, що зумовлюють підвищення ризику виникнення раку, а до передпухлинних змін — морфологічні зміни тканин, в яких ймовірність виникнення раку більша, ніж у нормальних тканинах. Центральне місце у проблемі передракових станів шлунка займає хронічний гастрит найпоширеніша хвороба шлунка [, с. 42]. Вважається, що від 40 до 50 % дорослого населення потерпають від хронічного гастриту.

Формулювання мети дослідження. Визначені аспекти окреслюють мету статті, яка полягає у характеристиці програми фізичної реабілітації жінок 45-55 років з хронічним гастритом у лікарняному періоді реабілітації.

Результати дослідження. На думку R.M. Genta, хронічний гастрит (ХГ) – група хронічних захворювань, які характеризуються запальними та дистрофічними процесами в слизовій оболонці шлунка (СОШ), прогресуванням її атрофії, функціональною і структурною перебудовою [с. 1039]. С. І. Рапорт вважає при ХГ виникають порушення секреторної (кислотно-і пепсиноутвірної), моторної та інкреторної (синтез гастроінтестинальних гормонів) функцій шлунка [с. 20]. ХГ належить до найпоширеніших захворювань органів шлунково-кишкового тракту [с. 20]. Більше половини осіб працездатного віку страждають від цієї недуги [с. 20].

За Э.Р. Мутигулиною, в залежності від причини розвитку, виділяють наступні типи хвороби:

1. Тип А (аутоімунний). При цьому типі хронічного гастриту, у пацієнта в організмі починають вироблятися антитіла проти клітин слизової оболонки шлунка. Тобто організм починає знищувати свої власні тканини. При високому ступені аутоімунного процесу, відбувається дифузне ураження шлунка.

2. Тип В (бактеріальний). Це найпоширеніший тип хвороби [с. 42]. Його причиною є хелікобактерна інфекція, куріння, порушення харчування, стреси.

3. Тип С (ерозивний, медикаментозний). Викликається тривалим прийомом нестероїдних протизапальних препаратів [с.42].

За С. І. Пімановим кислотність шлункового соку впливає на стан слизової оболонки [с. 65]. Вона буває:

- зниженій;
- підвищеної;
- нормальною.

В залежності від рН шлункового вмісту, підбирається відповідне лікування і дієта [с. 65].

За С. В. Силуяновим етіологічні фактори можна поділити на екзо та ендогенні, а хронічні гастрити відповідно – на первинні та вторинні. До екзогенних причин належать: тривале порушення якості та режиму харчування; погане переживання їжі через брак часу й дефекти жуваального апарату; застосування деяких ліків; вживання алкоголю, паління [с. 41].

За Т. А. Соломенцевим, на частку ХГ припадає 50% випадків захворювань органів травлення та 85 % захворювань шлунка [с. 126].

За даними Д. С. Бордіна, більше ніж у 80 % осіб віком понад 60 років у біоптаті СОШ виявляють атрофічний гастрит різного ступеня вираженості [с. 72].

О. Г. Курик вважає, що провідною ланкою в патогенезі первинного гастриту є безпосереднє подразнення баро і хеморецепторів слизової оболонки шлунка грубою їжею, екстрактивними речовинами, алкоголем, лікарськими препаратами, нікотином та іншими, в результаті чого відбувається надлишкове виділення ацетилхоліну, гістаміну, гастрину і підвищення секреторної і моторної активності шлунка, а при ендогенному гастриті – її пошкодження токсичними речовинами [с. 78]. Має значення нервово-рефлекторний вплив при патології інших органів травлення, гіпоксія, нейрогуморальні порушення регуляції діяльності шлунка, аутоімунні процеси та ін [с. 78]. Надалі відбувається перенапруження основних функцій шлунка, розвивається запальна реакція [с. 78]. Для ендогенного гастриту характерно раннє пригнічення кислотоутворюючої, а потім і пепсиноутворюючої функції шлунка [с. 78]. Велике значення має стан тонуусу шлункових сфінктерів (спазм ворота)

викликає затримку евакуації та подовження пептичного дії шлункового соку на слизову оболонку шлунка, атонія його призводить до закиду дуоденального вмісту в шлунок) [с. 78].

Також за М.В. Князівим є хронічний гастрит з нормальною кислотністю [с. 74]. При цьому виді захворювання, рН шлунка в нормі, і шлунковий сік виробляється в нормальних кількостях [с. 74]. Це найбільш рідкісний різновид хвороби [с. 74]. В патогенезі її розвитку головну роль грає хелікобактерна інфекція [с. 74].

Ф. І. Комаров підкреслює, що наявність та вираженість запального інфільтрату не означає наявність у хворого клінічних симптомів диспепсії [с. 75]. Інакше кажучи, ХГ не має клінічного еквівалента [с. 75]. Симптоми диспепсії виникають насамперед унаслідок порушень шлункової секреції, гастродуоденальної моторики та вісцеральної гіперчутливості [с. 75]. Не випадково жодна з трьох сучасних класифікацій ХГ (Сіднейська (1990), Х'юстонська (1994), OLGA (2008)) не містить розділу щодо оцінки клінічних виявів [с. 75]. Сіднейська класифікація ХГ урахує морфологічні зміни СОШ (ступінь активності запалення, вираженість атрофії та металпазії епітеліальних клітин, наявність обсіменіння слизової оболонки *Helicobacter pylori*), топографію (розповсюдженість) ураження (антральний гастрит, гастрит тіла шлунка, пангастрит), етіологію захворювання (гастрит, пов'язаний з *H. pylori*, авто імунний гастрит, медикаментозний гастрит, ідіопатичний гастрит) [с. 75]. Крім того, виділяють особливі форми ХГ (гранульоматозний, еозинофільний, лімфоцитарний та реактивний) [с. 75].

В. Є. Нейко зазначив що при хронічних гастритах ЛФК є частиною комплексної терапії [с. 100]. Призначаючи ЛФК хворим на хронічний гастрит, необхідно враховувати секреторну і моторну яфункцію шлунка, функціональний стан інших органів травної системи, ступінь компенсації патологічного процесу [с. 100].

Завдання ЛФК:

- зменшення і ліквідація наявних запальних змін, створення сприятливих умов для репаративних процесів;
- стимуляція крово та лімфообігу в органах черевної порожнини, поліпшення трофіки шлунково-кишкового тракту;
- поліпшення і нормалізація секреторної та моторної функції шлунка;
- нормалізація нейрогуморальної регуляції травлення;
- поліпшення психоемоційного стану хворого;
- підвищення неспецифічної опірності, нормалізація реактивності організму;
- адаптація до фізичних навантажень, відновлення рухової сфери [с. 100].

Методика ЛФК при хронічних гастритах залежить від характеру секреторної діяльності [с. 100]. Заняття ЛФК можна починати при затуханні симптомів подразнення шлунка, після стихання болю, припинення блювання і нудоти. У перші дні використовують загально зміцнювальні вправи (переважно для кінцівок) у поєднанні з дихальними [с. 100]. Не слід виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, щоб не спровокувати загострення [с. 100]. При хронічних гастритах зі зниженою секреторною функцією навантаження має бути помірним [с. 100]. Застосовують загальноорозвиваючі вправи з невеликою кількістю повторень згідно з руховим режимом, а також ігри малої та середньої рухливості [с. 100]. Призначають і спеціальні вправи: для м'язів черевного преса (кількість цих вправ підвищують із настанням ремісії), вправи статичні та динамічні дихальні, ускладнені види ходьби [с. 100]. Вихідні положення важливі не тільки для регулювання навантаження, яке має залишатися помірним, але і для впливу на внутрішньочеревний тиск [с. 100]. При виражених клінічних явищах гастриту лікувальну гімнастику виконують у положенні лежачи на спині, напівлежачи, сидячи; при стиханні болів і зменшенні диспептичних розладів - лежачи на спині та на боці, сидячи, стоячи, у ходьбі [с. 100].

За О. О. Купріяною після лікарняний період реабілітації проводиться в поліклініці, санаторії-профілакторії, санаторії [с. 23]. Застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію [с. 23]. Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом [с. 23]. Завдання ЛФК: нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції процесів травлення; підтримання досягнутого рівня функціонування шлунково-кишкового тракту; попередження загострення захворювання та максимальне подовження фази ремісії; зміцнення м'язів живота та промежини; загальне зміцнення організму; адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру [с. 23]. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, прогулянки, теренкур, спортивні і рухливі ігри, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах [с. 23]. В комплекси лікувальної гімнастики включають вправи для всіх м'язових груп, на координацію, вправи з м'ячами, гімнастичними палицями, гантелями вагою до 2 кг, різні види ходьби [с. 23].

На думку Г. Й. Бойчука крім процедури лікувальної гімнастики, рекомендуються прогулянки, пішіходні екскурсії, плавання, лижі, ковзани та ін [с. 14].

І. І. Зелена стверджує, що разом з фізичними вправами або як самостійну процедуру проводять масаж передньої черевної стінки за ходом годинникової стрілки, використовуючи прийоми погладжування, розтирання і розминання [с. 42].

На думку О. О. Купріянової при хронічних гастритах з нормальною або підвищеною секреторною функцією вправи лікувальної гімнастики виконують у повільному темпі, ритмічно, обов'язково у поєднанні з дихальними вправами і вправами в розслабленні м'язів [с. 182]. Поступово включають вправи з більшим навантаженням: для середніх і великих м'язових груп із значною кількістю повторень, махові рухи, вправи з предметами [с. 182]. Протягом усього курсу лікування навантаження на м'язи черевного преса має бути обмеженим, щоб не стимулювати секрецію [с. 182].

О. І. Головченко вважає процедуру лікувальної гімнастики при хронічних гастритах зі зниженою секреторною функцією здійснюють за 1,5-2 год до прийому їди і за 20-40 хвдо пиття мінеральної води [с. 69]. Через 1,5-2 год після їди рекомендується ходьба [с. 69]. При хронічних гастритах із нормальною або підвищеною секреторною функцією процедуру лікувальної гімнастики слід проводити між денними прийомами мінеральної води (її п'ють за 45 хв до їди) і за 15-20 хв до прийому їжі, тому що при такій послідовності мінеральна вода впливає на секрецію шлунка, або через 2 год після прийому їжі [с. 69].

За О. Е. Саркісовою фармакотерапія при хронічному гастриті антральному в період загострення істотно не відрізняється від лікування хворих з виразковою хворобою пілородуоденальної локалізації [с. 53]. Хворим призначають антациди, найзручніше користуватися таблетованими мультikomпонентними препаратами (вікалін, вікаір) або гелями (Алмагель, фосфалугель, гастрогель) [с.53]. Препарати цієї групи зазвичай застосовують 3-4 рази на день через 1-2 години після їжі і на ніч [с.53]. При больовому синдромі призначають холінолітичні засоби периферичної дії (0,1% розчин сульфату атропіну по 5-8 крапель, екстракт красавки 0,015г, платифілін 0,003-0,005г, метацин 0,002-0,005г на прийом за 30 хвилин до їжі 3 рази на день). З цією ж метою нині користуються гастроцепіном, селективними блокаторами М1 –холінорецепторів [с.53]. Гастроцепін застосовують по 25-50 міліграм (1-2 пігулки) 2 рази на день [с.53]. Для усунення диспепсичних явищ, пов'язаних з моторними порушеннями, використовують препарати метоклопраміда (церукал, реглан) по 0,01 г 3-4 рази на день [с.53]. При виявленні в гастробіоптатах НР сануючих ефект дає де-нол (колоїдний вісмут), який призначають по 1–2 пігулки 3 рази на день за 30 хвилин до їжі [с.53]. Курс лікування 2–3 тижні [с.53]. Можна застосовувати антибактеріальні препарати: оксацилін по 0,5 г 4 рази на день, таривід по 0,2 г 2 рази на день, фуразолідон по 0,1 г 3-4 рази на день впродовж 1-2 тижнів [с.53].

За Н. Д. Опанасюком при хронічному гастриті з секреторною недостатністю доцільно призначати препарати рослинного походження, що чинять в'яжучу і протизапальну дію: настій з листя подорожника, ромашки, м'яти, звіробою, валеріани та ін [с. 32]. Настій трав призначають по півсклянки 2-4 рази на день до їжі впродовж 3-4 тижнів. Застосовують також плантаглюцид у вигляді гранул по 0,5-1 г всередину 2-3 разу на день перед їжею [с. 32]. З метою стимуляції секреторної функції шлунку призначають засоби, що впливають на тканинний обмін: рібоксин по 0,2 г 3 рази на день за 40 хвилин до їжі; препарати нікотинової кислоти (нікотинамід, никошпан, компламін) по 1 пігулці 3 рази на день; цитохром СО в дозі 10 міліграм (4 мл 0,25% розчину) внутрішньом'язово 1 раз на день впродовж 2-3 тижнів [с. 32].

Висновки У програмі фізичної реабілітації жінок 45-55 років з хронічним гастритом у лікарняному періоді реабілітації традиційно включають такі засоби лікування, як лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, дієтотерапія тощо. Які ефективно та позитивно впливають на покращення трофічних процесів органів травлення - активізується кровопостачання органів черевної порожнини і зменшується кількість крові, що депонує, що сприяє загасанню запальних процесів і прискоренню процесів регенерації.

Література

1. Бордин Д. С., Машарова А. А., Хомерики С. Г. Хронический гастрит: современный взгляд на старую проблему // Сучасна гастроентерол. — 2013. С. 72
2. Бойчук Г.И. Порушення внутрішньо-шлункової кислотності при хронічних гастритах різного типу // Республіканська наук.-практ. конф. "Досягнення і перспективи розвитку у клініці внутрішніх хвороб". – Харків. – 2001. С. 14 .
3. Головаченко О.І. Нові підходи до інвазивної діагностики *Helicobacter pylori* // Матеріали VIII науково – практичної та навчально - методичної конференції співробітників кафедр загальної хірургії медичних вузів України. Вінниця, 2001. С.69.
4. Купріянова О. О. Хронический гастрит и рак желудка // Сучасна гастроентерологія.- 2009. С. 23.
5. О. О. Купріянової Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. - Київ. - 1995. С 182
6. Курик О.Г. Морфологічна діагностика захворювань шлунково-кишкового тракту: сучасні підходи // Науковий журнал МОЗ України. - 2013. С. 78.
7. Комаров Ф.И. Практическая гастроэнтерология. – ГОРОД, 2010. – С. 75.
8. М.В. Князівим Хронический гастрит: достижения и проблемы последнего десятилетия // Клиническая медицина. – 2005. – №1. – С. 74.
9. Лазебник Л.Б., Щербаков П.Л. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) // Экспер. и клин.гастроэнтерол. – 2010. Р. 113
10. Мутигулина Э.Р. Рациональный выбор эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2013. – С.42, № 5.
11. Нейко В.С., До лікування у ролесаномгіпоацидності як супутньої патології хронічного невиразкового коліту // Матеріали конференції "Новое в клинической фармакологии и фармакотерапии заболеваний внутренних органов". – Харьков. – 2002. – С.100.
12. Опанасюк Н. Д. Лікування хронічного гастриту. – 2001. С. 32.
13. Пімановим С. И. Хронічний гастрит // Фармотека. – 2009. С. 65.
14. Рапорт С. И. Гастриты. – М.: Медпрактика – М, 2010. С. 42
15. Саркісова О.Е. Основи реабілітації осіб із захворюваннями органів травлення. - 2000. С. 53
16. Силуяновим С. В. Клиническая гастроэнтерология. – 2010. С. 41
17. Соломенцева Т. А. Хроническое воспаление в желудке – путь к канцерогенезу // Сучасна гастроентерол. – 2013. С. 126 .
18. Genta R.M. Screening for gastric cancer: does it make sense? // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004.– Suppl. С. 42
19. Genta R.M., Dixon M.F. The Sydney system revised // Am. J. Gastroenterol С. 1039.