

реакцій. Чуючі виявилися більш стабільними по індивідуальним можливостям виконання простих і складних вправ.

3. Порушення вестибулярної функції спостерігалася як при глибоких, так і при менш виражених змінах слухового сприйняття. В процесі дослідження зустрічалися окремі випадки високої чутливості вестибулярного каналу при різко зниженій слуховій функції і, навпаки, при порівняно гарному збереженні звукового аналізатора різко знижена функція вестибулярного апарату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байкіна Н. Г. Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / Н. Г. Байкина, Я. В. Крет – М. : Сов. Спорт, 2004. – 645 с. ; ил. – С. 95-145.
2. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Рахиль Марковна Боскис. – М. : Педагогика, 1963. – 215 с.
3. Букун Н. И. Основы трудовой деятельности при нарушениях слуха / Николай Ильич Букун ; отв. ред. А. П. Гозова ; НИИ педагогика. - Кишинев : Штиинца, 1988. – 202 с.
4. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1977. – 21 с.
5. Бериташвили И. С. К вопросу о значении вестибулярного аппарата в пространственной ориентации / И. С. Бериташвили, С. Н. Хечинашвили // Сообщения АП ГССР. – Тбилиси, 1952. – Т. 13. – С. 423-431.
6. Беритов И. С. О пространственной ориентации человека и животных в окружающей среде / И. С. Беритов // Вопросы психологии. – 1956. – № 4. – С. 54-65.
7. Гозова А.П. Профессионально-трудовое обучение глухих школьников /А. П. Гозова. –М., 1981.–19 с.
8. Гоголева А. В. Особенности развития произвольного внимания у глухих учащихся : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук. / А. В. Гоголева. – М., 1981. – 19 с.
9. Зайцев Б. М. Изучение динамики работоспособности у глухих учащихся в течении учебного дня : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. псих. наук / Б. М. Зайцев. – М., 1974. – 18 с.
10. Переслени Л. И. Особенности восприятия сложных тактильных сигналов у глухих / Л. И. Переслени // Дефектология. – 1970. – № 5. – С. 6-13.
11. Розанова Т. В. Развитие двигательной памяти у глухих и слышащих школьников / Т. В. Розанова // О психическом развитии глухих и нормально слышащих детей. – М. : Просвещение, 1962. – С. 200-225.
12. Соловьев И. М. Особенности восприятия у глухих школьников / И. М. Соловьев // Дефектология. – 1971. - № 1. – С. 9-15.

УДК 616.85+796.012.62

Барладин О.Р., Ковальська В.В.

Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

У роботі наведено результати лікування 35 хворих на цукровий діабет 2-го типу із явищами діабетичної полінейропатії з використанням в комплексній терапії лікувальної фізичної культури. Доведено, що курс лікування хворих на цукровий діабет за визначеною схемою призводить до зменшення клінічних проявів та покращення об'єктивних показників перебігу нейропатії.

Ключові слова: цукровий діабет, діабетична полінейропатія, лікувальна фізична культура.

Барладин О.Р. Ковальська В.В. Применение лечебной физической культуры в комплексном лечении больных с диабетической полинейропатией. В работе приведены результаты лечения 35 больных сахарным диабетом 2-го типа с явлениями диабетической полинейропатии с использованием в комплексной терапии лечебной физической культуры. Доказано, что курс лечения больных сахарным диабетом по определенной схеме приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшение объективных показателей течения нейропатии.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, лечебная физическая культура.

Barlady O.R., Kovalska V.V. Use of therapeutic physical culture in the treatment of patients with diabetic polyneuropathy. The article presents the results of treatment of 35 patients with diabetes type 2 symptoms of diabetic polyneuropathy with the use in the treatment of medical physical culture. We prove that the treatment of diabetic patients on a given scheme leads to a reduction in clinical symptoms and improve objective indicators of progress neuropathy.

Key words: diabetes mellitus, diabetic neuropathy, exercise, therapeutic physical culture.

Постановка проблеми. Цукровий діабет (ЦД) без перебільшення є надзвичайно небезпечною хворобою в історії світової медицини. Ураження різних органів і систем при цукровому діабеті є основною причиною інвалідності та смертності хворих. ВООЗ констатує, що ЦД зумовлює підвищення смертності в 2-3 рази і скорочує тривалість життя на 10-30%. Економічна й соціальна шкода, якої завдає це захворювання своєю поширеністю та інвалідизуючими наслідками, величезна. Медико – соціальна значущість, складність патогенезу, прогресуючий перебіг визначають необхідність пошуку більш ефективних способів лікування цього захворювання. Найбільшою проблемою цукрового діабету є ускладнення. Приблизно 50% пацієнтів із цукровим діабетом I типу помирає від хронічної ниркової недостатності. Гангрена нижніх кінцівок трапляється досить часто, а саме 50–70% усіх ампутацій нижніх кінцівок, не пов'язаних із травматизмом, припадає на осіб із цукровим діабетом. Одним з найчастіших неврологічних ускладнень ЦД, серед усіх уражень периферичної нервової системи, які зустрічаються в клінічній практиці, є діабетична полінейропатія (ДПН). Частота її розвитку за різними літературними джерелами коливається від 20% до 93% залежно від типу діабету.

ДПН погіршує якість життя хворих, призводить до інвалідності пацієнтів працездатного віку внаслідок формування синдрому діабетичної стопи [1, 3]. Її діагностика проводиться на основі суб'єктивних скарг, наявності субклінічних і клінічних ознак порушення функції периферичних нервів у хворих на ЦД. За даними різних досліджень, ДПН зустрічається з однаковою частотою у хворих на ЦД 1-го й 2-го типу. Реальна поширеність ДПН загалом у популяції хворих на ЦД становить, за даними літератури, близько 30–34 % [1]. Її частота істотно збільшується залежно від тривалості захворювання. У 7,5–10 % хворих на ЦД 2-го типу ДПН діагностується в момент виявлення в них діабету [1, 4].

Серед найбільш поширених і підтверджених сучасних теорій, що пояснюють патогенез діабетичної нейропатії, домінують дві — метаболічна й судинна. На сьогодні доведено, що частота розвитку ДПН пов'язана із тривалістю ЦД, рівнем HbA_{1c}, дисліпідемією, високим індексом маси тіла, альбумінурією, артеріальною гіпертензією та палінням. Основним пусковим механізмом розвитку ДПН вважається гіперглікемія, що в черговий раз підкреслює необхідність своєчасного адекватного глікемічного контролю і його підтримання впродовж всього захворювання. Загалом, лікування ДПН (особливо больової форми) на сьогодні залишається досить складним завданням. Вітчизняна і зарубіжна практика лікувальної фізкультури (ЛФК) збирала достатньо даних про благотворний вплив фізичних вправ на організм хворого ЦД. Але медикаментозне лікування і фізична реабілітація є достатньо ефективними тільки тоді, коли фізичні вправи призначаються з урахуванням особливостей перебігу захворювання й функціональних можливостей хворих на ЦД [5]. Тому доцільним є вивчення впливу ЛФК на перебіг ДПН.

Метою роботи є визначити особливості та необхідність застосування засобів лікувальної фізичної культури в комплексному лікуванні хворих з діабетичною полінейропатією.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладено матеріал комплексного дослідження 35 хворих на діабетичну полінейропатію (ДПН), обумовлену ЦД II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Обстежено 12 жінок та 23 чоловіків віком від 35 до 65 років з ЦД середнього ступеня тяжкості. 14 хворих знаходились в стані компенсації захворювання, 21 - в стані субкомпенсації. Діагноз ЦД II типу встановлювали згідно з критеріями ВООЗ (1999). ДПН у хворих діабетом діагностована за допомогою клініко - неврологічного обстеження.

Тривалість захворювання склала від 2 до 20 років, в середньому (240±0,87 місяці). Всі пацієнти отримували цукрознижуючу терапію згідно з протоколами МОЗ України. Двадцять шість людей перебували на інсулінотерапії, 9 пацієнтів отримували монотерапію метформіном. Оцінку неврологічного статусу проводили шляхом визначення поверхневих (шкірних) та глибокої видів чутливості. До поверхневих відносили тактильну, больову і температурну чутливості, до глибокої – вібраційну [2].

Для кількісної характеристики дистальної полінейропатії, оцінки симптомів у динаміці застосовували оціночні шкали вираженості суб'єктивних і об'єктивних порушень: больову шкалу LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, M.Bennett, 2001) і опитувальник DN4 (Didier Bouhassiraa, Nadine Attala, et al, Pain 114 (2005) 29–36.) Розрахунок шкал проводили за бальною системою. Всі обстеження проводили до і після лікування. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Statsoft Inc. Statistica 6.1.

Результати та їх обговорення. Обстежені хворі були розділені на 2 групи методом випадкової вибірки: 1-у групу склали 18 пацієнтів, які отримували базову терапію ЦД, 2-у групу - 17 пацієнтів, які отримували на фоні базової терапії розроблений комплекс лікувально-відновних заходів.

До початку лікування в 1-й і 2-й групах переважали наступні порушення: у 18 хворих (51,43%) відмічались скарги на біль, що носив тупий, дифузний характер в симетричних ділянках нижніх кінцівок, у 8 хворих (22,86%) настільки інтенсивний, що порушував нічний сон; парестезії, які проявлялись відчуттям повзання мурашок у 18 (51,43%) хворих, поколюванням у 14 (40%) хворих, онімінням - у 13 (37,14%) хворих. На важкість в нижніх кінцівках скаржилось 8 (22,86%) хворих. У 4 (11,43%) хворих скарг з боку нервової системи не було. Для хворих 2-ї групи в залежності від тяжкості патологічного процесу, віку, фізичної підготовки була розроблена програма фізичної реабілітації.

Програма включала заняття ЛФК з переважним застосуванням фізичних вправ для нижніх кінцівок, масаж, фізіотерапію. Основні заходи ЛФК були спрямовані на поліпшення стану кардіореспіраторної системи, кровопостачання нижніх кінцівок, підвищення чутливості до інсуліну, збільшення працездатності, зменшення емоційної напруги, навчання правильному виконанню вправ і корекції глікемії до, під час і після фізичного навантаження. Заняття проводилися індивідуально і мало груповим методом, тривалість їх складала 20 - 25 хвилин. Окрім занять, що проводилися під контролем реабілітолога, хворі займалися лікувальною гімнастикою самостійно: додатково протягом дня вони виконували вправи на розслаблення. Тривалість лікувально-відновлювальних заходів в середньому складала 20-21 день. Хворі були навчені елементам самомасажу, індивідуально кожному пацієнту були дані рекомендації з занять ЛФК в домашніх умовах.

Протипоказаннями до проведення фізичного навантаження були загальні протипоказання до проведення ЛФК, рівень глікемії менше 5 ммоль/л і більше 15 ммоль/л. У процесі лікування хворі 2-ї групи відзначали покращення загального самопочуття, зниження больового синдрому, частоти проявів парестезій та судом. Середньодобовий рівень глікемії у хворих 1-ої групи склав $8,7 \pm 0,32$ ммоль/л до лікування і $8,4 \pm 0,25$ ммоль/л після лікування, у хворих 2-ої групи - $10,8 \pm 0,41$ ммоль/л і $8,2 \pm 0,15$ ммоль/л відповідно. При дослідженні неврологічного статусу одержали наступні дані (табл. 1)

Таблиця 1

Динаміка показників оцінки неврологічного статусу

Показники	1-а група (n = 18)				2-а група (n = 17)			
	до лікування		Після лікування		до лікування		Після лікування	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Тактильна чутливість	12	66,7	11	61,1	16	94,1	14	82,4
Больова чутливість	16	88,9	15	83,3	16	94,1	10	58,8
Температурна чутливість	12	66,7	12	66,7	15	88,2	12	70,6
Вібраційна чутливість	14	77,8	13	72,2	14	82,4	12	70,6

Отже, як видно із таблиці 1 у більшості обстежених хворих 2 - ої групи (56% пацієнтів) було відмічено зниження вібраційної, тактильної та температурної чутливості на стопах. Результати дослідження вказують на те, що поєднання базисної терапії з розробленим комплексом лікувально-відновних заходів сприяло ефективному відновленню тактильної, температурної і больової чутливості, підвищуючи поріг вібраційної чутливості контрольних зон. Базова терапія несуттєво впливала на симптоми ДПН, поверхневу і глибоку чутливість у хворих 1- ої групи.

У пацієнтів 1 – ої групи відзначалося зменшення показників больової шкали з $16,42 \pm 0,24$ до $15,1 \pm 0,63$ балів після лікування. У пацієнтів 2 - ої групи на фоні базової терапії з використанням ЛФК спостерігали значущу зміну цих показників: з $17,38 \pm 0,84$ бала до $14,12 \pm 0,52$ бала ($p < 0,05$).

У хворих обох групи спостерігали зміну больової шкали LANSS на рис. 1.

Отже, терапія з додатковим призначенням ЛФК за своєю ефективністю має деякі переваги над доволі насиченою комплексною терапією, яка застосовується при лікуванні ДПН. Проведене

дослідження дозволило нам обґрунтувати і запропонувати використання ЛФК в комплексному лікуванні хворих на ДПН.

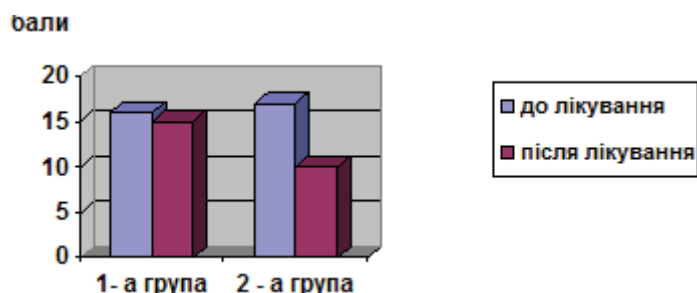


Рис.1.Динамика показників больової шкали LANSS

Подальші дослідження у даному напрямку дозволять оцінити віддалені результати застосування ЛФК в комплексному лікуванні хворих з діабетичною полінейропатією.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літератури, присвячений проблемі лікування хворих на цукровий діабет II типу, ускладнений діабетичною полінейропатією, дозволив зробити висновок про те, що в наукових дослідженнях продовжує залишатися актуальним завдання застосування лікувальної фізичної культури з метою профілактики і лікування його ускладнень.

2. Основна мета у використанні лікувальної фізичної культури полягає у сприянні зниженню гіперглікемії й запобіганню розвитку ускладнень.

3. Використання комплексного підходу в лікуванні діабетичних полінейропатій при цукровому діабеті 2го типу дозволяє не тільки покращити якість життя пацієнта, але й зменшити темпи прогресування й стабілізувати захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Строков И.А. Клиника, патогенез и лечение болевого синдрома при диабетической полиневропатии / И.А. Строков, А.Н. Баринов // Неврологический журнал, 2001. № 6. — С. 47-55.

2. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За ред. М.Д. Тронька // Довідник «Vademecum доктор Ендокринолог». — 2-ге вид., переробл. і доповн. — К.: ТОВ «Доктор Медіа», 2007. — 352 с.

3. Котов С.В. Диабетическая нейропатия / С.В. Котов, А.П. Калинин, И.Г. Рудакова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011.— 440 с.

4. Власенко М.В. Ускладнення цукрового діабету — діабетична дистальна полінейропатія: патофізіологія і варіант патогенетичного лікування / М.В. Власенко // Міжнародний ендокринологічний журнал, 2011, № 7(39). — С. 44-49.

5. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. — К.: Олімпійська література, 2005. — 423с.

УДК 378.091.12.011.3-057.68

Безкоровайна Л.В.
Запорізький національний університет

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗМІСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ТУРИЗМОЗНАВСТВА

У статті розглядаються деякі особливості професійної підготовки майбутніх фахівців з туризмознавства у педагогічній теорії. Проведений аналіз цієї проблеми уможливив зробити висновки та внести авторські пропозиції щодо вирішення питань, пов'язаних зі змістом професійної підготовки фахівців обраного напрямку.

Ключові слова: професійна підготовка, туризм, майбутній фахівець з туризмознавства.

Безкоровайна Л.В. Некоторые аспекты содержания профессиональной подготовки будущих специалистов по туризмозведению. В статье рассматриваются некоторые особенности профессиональной подготовки будущих специалистов по туризмозведению в педагогической теории. Проведенный анализ этой проблемы дал возможность сделать выводы и внести авторские предложения, касающиеся решения вопросов, связанных с содержанием