

В результате проведенного эксперимента наблюдались позитивные сдвиги в социальной интеграции детей. Беседы и опрос родителей свидетельствовал о положительном влиянии занятий в творческой студии и театре импровизации, проводимых опытным психологом. По результатам анкетирования через год эта работа была оценена положительно. У детей сформировался устойчивый интерес к занятиям, умения и навыки в области физкультурной деятельности. Прирост посещаемости занятий составил 20 % по сравнению с предыдущим годом.

За экспериментальный период был выявлен прирост индивидуальных показателей физической подготовленности детей. Для контроля изменений в физической подготовленности занимающихся регулярно через каждые два месяца проводились соревнования. Идея проведения педагогического мониторинга уровня физической подготовленности занимающихся была признана перспективной. Такой учет позволил контролировать качество предоставляемых услуг, стал неотъемлемым компонентом клубной работы. В результате исследования проведены подбор, комплектация и в соответствии с пожеланиями и запросами занимающихся разработаны новые занятия с оригинальным фитнес-оборудованием.

Использование регулярного анкетирования и опроса клиентов позволило сделать физкультурно-спортивную работу более гибкой и мобильной, расширить спектр новых услуг, предоставляемых детским клубом. Исследование показало эффективность используемых в работе детского клуба педагогических приемов для организации и оптимизации физкультурно-спортивной работы с детьми.

1. Починкин, А.В. Экономика физической культуры и спорта: учеб. пособие / А.В. Починкин, В.А. Какузин. – Малаховка: МГАФК, 2004. – 128 с.
2. Якимович, В.С. Проектирование системы физического воспитания детей и молодежи в различных образовательных учреждениях: монография / В.С. Якимович. – Волгоград: ВолгГАСА, 2002. – 136 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Приходько В.И., канд. мед. наук, доцент, Босовец Е.В.,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Инфаркт миокарда – психосоматическое заболевание, связанное с некротическим процессом в сердечной мышце, вызванным прекращением или ослаблением притока к ней крови. Оно продолжает оставаться наиболее грозным заболеванием наших дней, одной из ведущих причин потерь трудоспособности, инвалидности в промышленно развитых странах, а летальные исходы из-за этого заболевания составляют более 50 % от общей смертности от болезней системы кровообращения [2].

В связи с этим поиск новых перспективных методов улучшения результатов лечения больных инфарктом миокарда продолжает оставаться актуальным.

Настоящее исследование проводилось на базе Больницы скорой медицинской помощи г. Минска с 08.08.07 по 04.09.07 г. с 20 больными, перенесшими мелкоочаговый инфаркт миокарда с редкими приступами стенокардии, с I классом тяжести, в возрасте 50–60 лет.

В процессе исследования были сформированы исследуемая и контрольная группы (ИГ и КГ) по 10 человек в каждой. С больными этих групп проводилось приблизительно одинаковое фармакологическое лечение, и лечебная гимнастика пять раз в неделю по 10–20 мин.

Восстановительная программа для больных исследуемой группы дополнительно включала: тренировки малых мышечных групп, музыкотерапию, массаж и ароматерапию, рекомендации по питанию.

Тренировки малых мышечных групп. При достижении больным 2-й ступени физической активности, назначались тренировки малых мышечных групп, которые проводились через час после лечебной гимнастики. Сущность данных тренировок заключалась в выполнении физических упражнений с использованием резиновых эспандеров для кистей.

Мышечные тренировки проводились в положении сидя на краю кровати посредством выполнения попеременных сжатий резинового эспандера правой и левой рукой под звуковой сигнал механического метронома. Начальная интенсивность нагрузки – 40 попеременных сжатий эспандера правой и левой рукой в одну минуту, длительность выполнения – 10 мин. Физические тренировки малых мышечных групп осуществлялись пять раз в неделю. Через каждые два дня интенсивность увеличивалась за счет наращивания темпа выполнения упражнений с эспандерами (на 10 сжатий эспандера в минуту). Продолжительность занятия прежняя – 10 мин. Максимальная интенсивность физических тренировок малых мышечных групп доходила до 100 попеременных сжатий эспандера в минуту правой и левой рукой [3].

Музыкотерапия. Больные слушали музыку живой природы в течение 30 мин каждый раз после проведения мышечных тренировок.

Массаж и ароматерапия. Для улучшения регуляторной функции центральной нервной системы проводился массаж биологически активной точки проекции головного мозга на стопе. Массаж осуществлялся 5 раз в неделю по 3–5 мин на каждой стопе во время музыкотерапии в положении лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Методика массажа начиналась с левой стопы. Вначале проводился общий массаж стопы (по 2–3 мин) методом растирания, поглаживания от голеностопного сустава к пальцам. Подошвенная поверхность массировалась от пальцев к пятке. Стопа при массаже фиксировалась у лодыжки, обхватив ее пальцами одной руки, затем большим пальцем другой руки оказывалось воздействие на проекцию зоны головного мозга на стопах. В течение 1–2 с находили необходимую точку, затем 5–6 с, производя вращательное движение по часовой стрелке, надавливали на эту точку, и постепенно наращивая усилие, фиксировали достигнутый уровень на 1–2 с, затем производили противоположное движение, «вывинчивая» палец против часовой стрелки, уменьшая постепенно силу надавливания, – 5–6 с. Далее, не отрывая пальца от фиксируемой точки, данный цикл повторяли, воздействуя в течение 1 мин, постепенно доводя до 2 мин. Затем то же выполняли на правой стопе. Во время проведения точечного массажа применялась ароматерапия (раствор базового масла 5 мл + 2 капли лавандового масла), помогающая при бессоннице, нервозности, депрессии, что актуально для больных инфарктом миокарда [1].

Рекомендации по питанию. Рекомендуемыми были продукты с низким количеством жиров (мясо птицы, телятина, крольчатина, белая рыба, овощи, фруктовое мороженое, желе, пудинги). Из питания исключались продукты, содержащие большое количество насыщенных жиров (сметана, масло, жирные сыры, моллюски, икра). Ограничивалось употребление бекона, ветчины, печени.

До и после проведения восстановительных мероприятий у больных были оценены психологические аспекты качества жизни, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

После проведения восстановительных мероприятий в стационаре установлено, что в целом большинство исследуемых по данным анкеты «Психологический аспект качества жизни инфарктного больного» считают свое состояние здоровья удовлетворительным. Они немного встревожены случившимся, что время от времени выбивает их из колеи, но верят, что после выписки из больницы их ждет новая жизнь. У больных реже бывает нарушение сна, бессонница, а также подавленное настроение, апатия.

Динамика показателей, характеризующих психологические аспекты качества жизни пациентов в исследуемой и контрольной группах, представлена на рисунке 1.

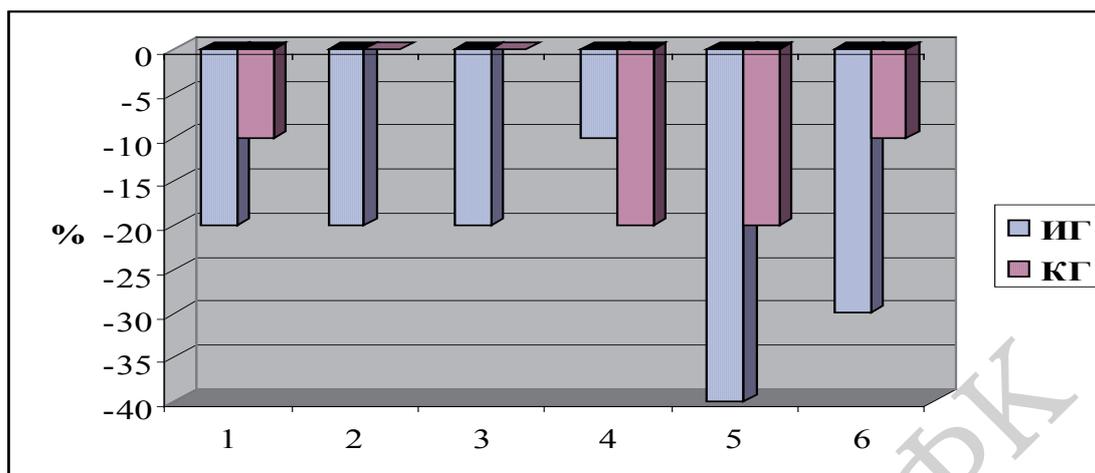


Рисунок 1 – Динамика показателей, характеризующих психологические аспекты качества жизни больных:
 1 – субъективная оценка состояния здоровья как плохое; 2 – встревоженность случившимся,
 3 – ожидание в будущем повторного инфаркта; 4 – апатия; 5 – измерение пульса, когда врач не требует;
 6 – страх за сердце при нагрузке

При сравнительном анализе психологических аспектов жизни больных ИГ и КГ оказалось, что различные характеристики тревожного состояния встречались реже у пациентов ИГ на 23 %, а у лиц КГ на 10 %.

По результатам анкеты «Шкала проявления тревожности» среднее значение уровня тревожности после проведения восстановительных мероприятий находится на отметке 25,4 балла, что соответствует высокому уровню (22 балла в ИГ и 28,7 баллов в КГ) (рисунок 2).

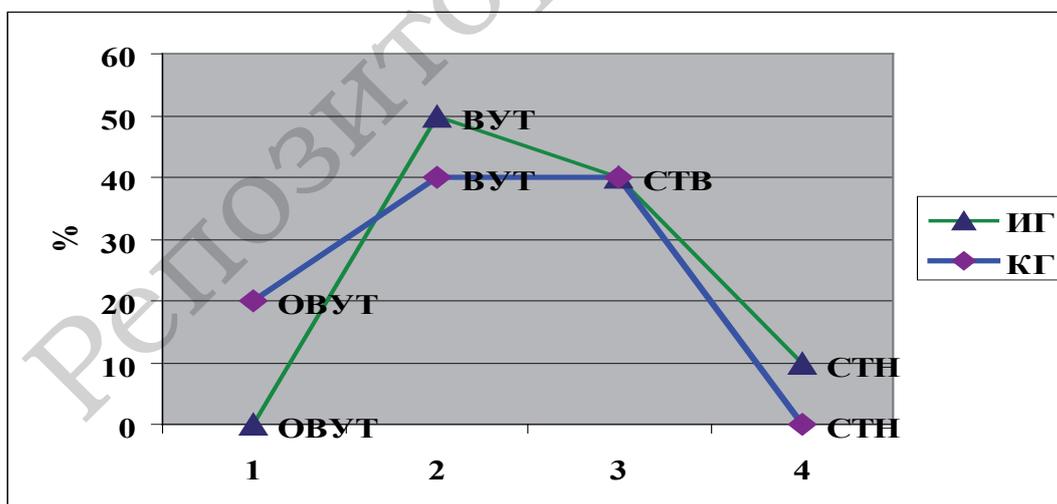


Рисунок 2 – Частота встречаемости различных уровней тревожности у пациентов после проведения восстановительных мероприятий: ОВУТ – очень высокий уровень тревожности; ВУТ – высокий уровень тревожности; СТВ – средний с тенденцией к высокому; СТН – средний с тенденцией к низкому) У больных ИГ очень высокий уровень тревожности не встречается вообще, высокий уровень выявлен у 50 %, у 40 % больных отмечен средний с тенденцией к высокому, а у 10 % – средний с тенденцией к низкому

У 20 % пациентов КГ оказался очень высокий уровень тревожности, высокий уровень определен у 40 %, средний с тенденцией к высокому встречался также у 40 % больных, а средний с тенденцией к низкому не отмечен ни у кого.

Таким образом, видно, что присутствует положительная динамика эмоционального статуса пациентов обеих групп, однако в ИГ это выражено в большей степени.

После проведения восстановительных мероприятий средние показатели частоты пульса и артериального давления соответствуют норме у всех больных. При индивидуальном анализе установлено, что показатели пульса и артериального давления (САД и ДАД) после проведения восстановительных мероприятий снизились до нормы практически у всех пациентов ИГ, а у больных КГ такая динамика отмечена лишь у 20–70 % (рисунок 3).

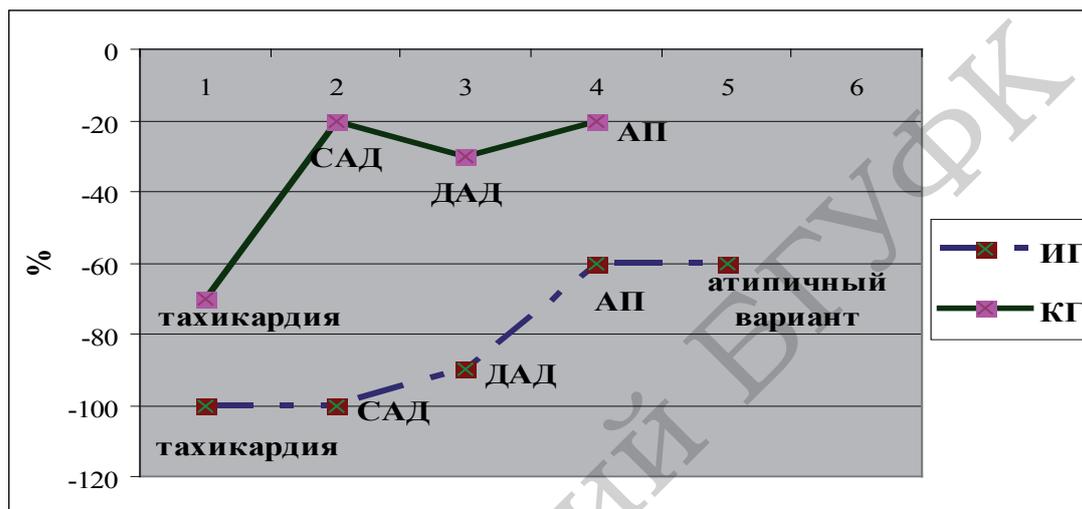


Рисунок 3 – Динамика частоты встречаемости нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы у больных инфарктом миокарда после проведения восстановительных мероприятий

Адаптационный потенциал (АП) системы кровообращения после проведения восстановительных мероприятий снизился у всех обследуемых и составил в среднем 3,28 балла. Как видно из рисунка 3 у 60 % пациентов ИГ уменьшился уровень напряжения компенсаторных механизмов, а у лиц КГ такое снижение отмечено у 20 %.

При оценке типа реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку в виде тренировок малых мышечных групп после проведения восстановительных мероприятий выявлено, что у 60 % больных наблюдается нормотонический тип, а у 40 % – гипертонический. Причем число атипичных вариантов реакции снизилось на 60 % (рисунок 3).

Индекс Робинсона у больных к концу лечения снизился и составлял в среднем 116,73 балла, это свидетельствует о том, что сердечно-сосудистая система функционирует на уровне, соответствующем значению ниже среднего. Несмотря на тот факт, что данный показатель остался на прежнем уровне, следует отметить тенденцию к его улучшению, особенно у больных ИГ по сравнению с лицами КГ.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что разработанная восстановительная программа оказалась достаточно эффективной для больных, перенесших мелкоочаговый инфаркт миокарда, на стационарном этапе лечения. Об этом свидетельствует более значимое улучшение психологического и функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов исследуемой группы по сравнению с контрольной.

1. Васичкин, В.И. Сегментарный массаж / В.И. Васичкин. – СПб.: Полигон, 2002. – 176 с.
2. Лечебная физическая культура: учебник для вузов / под ред. В.Е. Васильевой. – М.: Физкультура и спорт, 1970. – 368 с.

3. Основные подходы к восстановительному лечению больных кардиологического профиля в стационарных отделениях реабилитации лечебно-профилактического учреждения: пособие для врачей / редкол.: С.Г. Суджаева (гл. ред.) [и др.]. – Минск: М-во здравоохранения Респ. Беларусь; Респ. науч.-практ. центр «Кардиология», 1996. – 48 с.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Прокопова Л.И., доцент,

Сумской государственной педагогической институт им. А.С. Макаренки,
Украина

Актуальность исследования связана с одним из наиболее важных задач современного общества – развитие и укрепление здоровья детей. Оптимальная двигательная активность в детском возрасте обуславливает нормальный рост и развитие организма, способствует реализации генетического потенциала и повышает стойкость к разным заболеваниям. Школа не может полностью решить проблему удовлетворения биологической потребности в движении. Уроки физической культуры лишь на 11 % компенсируют необходимый для детского организма объем двигательной активности [8]. В то же время исследователи утверждают, что в зависимости от содержания и качества проведения уроков физической культуры может обеспечить 43–57 % суточной потребности в движении [4].

Современное состояние физического, психического и морального здоровья детей общеобразовательных школ вызывает серьезную обеспокоенность. Наблюдается рост хронических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. Почти 90 % детей имеют отклонения в состоянии здоровья, более 50 % – неудовлетворительную физическую подготовленность [1].

На протяжении последних лет на 41 % увеличилось количество школьников, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе [3]. Несмотря на то, что все учителя и специалисты в сфере физической культуры определяют двигательную активность как основу накопления резервов здоровья младших школьников, на практике эти возможности в полной мере не реализуются. Вышеуказанные факторы свидетельствуют о необходимости поиска рациональных путей ликвидации дефицита двигательной активности.

В последнее время проблемой двигательной активности ученической молодежи занимается много ученых. Особенное внимание духовному развитию, укреплению и сохранению здоровья детей младшего школьного возраста уделяли О. Козленко (2002), Т. Круцевич (2007). Проблему формирования потребности к двигательной активности в семье рассматривали С. Жевага, З. Джумаев, О. Качеров, И. Козетов, Ю. Тупица. По данным О. Куца, физическая подготовленность детей школьного возраста находится в прямой зависимости от объема двигательной активности и уровня трудоспособности. Проблему связи состояния здоровья и физической трудоспособности с образом жизни, объемом и характером ежедневной двигательной активности рассматривали М. Амосов, В. Бальсевич, И. Брахман. Ряд ученых (Р. Мотылянская, I. Astrand, J.N. Wilmore) утверждают, что оптимальные физические нагрузки в сочетании с рациональным питанием и образом жизни являются наиболее эффективными в преодолении многих заболеваний.

Результаты вышеуказанных научных трудов дают возможность утверждать, что ученые направили усилия в основном на литературу и физическую деятельность. Однако системные исследования, посвященные проблеме иерархии компонентов двигательной активности, их