



Рисунок 4 – Динамика показателей контрольно-педагогических тестов после применения программы оздоровления у детей 5–6 лет

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. У трети часто и длительно болеющих детей уровень физического развития ниже среднего и у всех – функциональное состояние дыхательной системы и физической подготовленности соответствует уровню ниже среднего.

2. Разработанная программа, включающая элементы рефлексорной терапии для часто и длительно болеющих детей 5–6 лет, оказалась эффективной. Об этом свидетельствует более значительное увеличение показателей устойчивости организма к гипоксии, уровня развития координационных и скоростно-силовых способностей, быстроты у детей экспериментальной группы по сравнению с контрольной.

1. Вальчук, И.Н. Структура частоты распространения острых респираторных заболеваний у детей, больных бронхиальной астмой / И.Н. Вальчук, Г.Н. Чистенко. – Минск, 2007. – 148 с.

2. Василевский, И.В. Реабилитация часто болеющих детей: учеб.-метод. пособие / И.В. Василевский. – Минск: БелМАПО, 2006. – 44 с.

3. Рубан, А.П. Иммунореабилитация часто и длительно болеющих детей: учеб.-метод. пособие / А.П. Рубан. – Минск: БелМАПО, 2013. – 28 с.

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Рацкевич В.Э.

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Повреждения позвоночника и спинного мозга занимают одно из ведущих мест в структуре травматизма мирного и военного времени и составляют 17 % всех повреждений опорно-двигательной системы. Увеличение числа пострадавших в результате террористических актов, локальных военных конфликтов, автокатастроф, авиакатастроф, техногенных аварий, землетрясений неизбежно приводит к увеличению числа пациентов с позвоночно-спинальной травмой [1].

Позвоночно-спинномозговая травма – травма, в результате которой были нарушены функции и анатомическая целостность позвоночного столба и/или спинного мозга и/или его магистральных сосудов и/или корешков спинномозговых нервов [2].

В активной реабилитации пациентов должны широко использоваться все средства этой системы, хотя, в то же время, они должны быть разработаны в строгом соответствии с коррекционно-компенсаторными задачами и применяться для той или иной группы инвалидов [3].

Основными средствами активной реабилитации инвалидов являются:

- самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, коррекционные занятия);
- организационные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (ЛГ и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в группах и секциях общественных физкультурных организаций);
- производственная гимнастика для лиц, занятых в сфере материального производства и службы быта и др.;
- спорт инвалидов (тренировка, организация и проведение соревнований по различным видам спорта);
- механотерапия;
- тренажерная гимнастика (использование в коррекционных целях тренажеров комплексного и локального воздействия, позволяющих, применяя индивидуально дозированные нагрузки различной направленности и мощности, получать нужный реабилитационный и тренировочный эффект);
- массаж;
- физиопроцедуры [4].

Разработанная программа активной реабилитации пациентов с ПСМТ (позвоночно-спинно-мозговая травма) должна быть направлена на решение следующих задач [5]:

- восстановление двигательных функций (улучшение опорной функции позвоночника и стимулирование восстановительных процессов в спинном мозге, снижение повышенного мышечного тонуса при спастических параличах либо стимуляция мышц при вялых параличах);
- ликвидация часто развивающегося болевого синдрома;
- предупреждение вегетативной дисрегуляции и гетеротопической оссификации;
- дальнейшее восстановление функции тазовых органов;
- социальная реадaptация пациента с ПСМТ.

В Республике Беларусь остро стоит проблема реабилитации пациентов с травмами позвоночника. Отдельную нишу занимают травмы поясничного отдела позвоночника. Ежегодно в Беларуси около 400 человек получают травмы позвоночника, и большую долю в них занимают травмы поясничного отдела. Одной из основных причин травм позвоночника среди молодых являются дорожно-транспортные происшествия, хотя еще 20 лет назад основной причиной являлось падение с высоты.

На базе Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации Аксаковщина проводится реабилитация пациентов со спинальной травмой. Отделение реабилитации с травмой позвоночника, спинного мозга, нарушением функции тазовых органов рассчитано на 30 коек. Осуществляет выполнение реабилитационной программы у пациентов после выполненных оперативных вмешательств по стабилизации позвоночника в результате травм или дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике в ранний послеоперационный период и восстановительный период травматической болезни спинного мозга.

Реабилитация проводится с учетом наличия реабилитационного потенциала, адаптации к физическим нагрузкам, мотивации пациента к длительной работе (в том числе самостоятельной) по восстановлению функций либо, если это невозможно, направлена на выработку заместительных компенсаций с учетом утраченных функций.

Работа у пациентов с травмой позвоночника проводится комплексно с учетом стабилизации состояния при составлении индивидуальной программы реабилитации и включает в себя:

- психотерапию;
- индивидуальные занятия с инструктором ЛФК (40 мин);
- роботизированную локомоторную тренировку (по показаниям);
- эрготерапию;
- физиотерапевтическое лечение;
- гидрокинезотерапию.

Срок медицинской реабилитации: от 14 до 28 дней. Через 6 месяцев пациент может повторно пройти курс реабилитации.

Несмотря на большое количество работ, посвященных позвоночно-спинномозговой травме, вопрос о поиске оптимального комплекса медицинской реабилитации до сих пор не нашел своего решения, что и послужило поводом для подготовки магистерской диссертации.

Анализ научно-методической литературы позволил увидеть, что для реабилитации пациентов с травмами поясничного отдела позвоночника используются разнообразные средства реабилитации. В связи с этим было сочтено необходимым разработать комплексную программу, направленную на более эффективное восстановление данного контингента.

Программа активной реабилитации для экспериментальной группы рассчитана на 28 дней и включает следующие мероприятия:

- лечебная гимнастика, 4 раза в неделю по 40 минут, в которую включались дыхательные упражнения, специальные упражнения, упражнения для мышц живота, для мышц верхних и нижних конечностей, для мышц грудной клетки и мышц спины;
- лечебный массаж, 5 раз в неделю по 30 минут;
- физиотерапия, 3 раза в неделю по 20 минут (парафинолечение);
- трудотерапия, 3 раза в неделю по 30 минут;
- тренажерная гимнастика, 4 раза в неделю по 40 минут;
- занятия по восстановлению навыков самообслуживания (ADL-тренинг), 3 раза в неделю по 30 минут.

Оценка эффективности разработанной комплексной программы реабилитации пациентов с травмами поясничного отдела позвоночника предполагает использование тестов, в которых будут получены показатели функционального состояния пациентов:

- шкала Бартела;
- локус контроля;
- болевой опросник;
- проба Штанге;
- проба Генчи;
- тест САН.

Шкала Бартела основана на оценке 10 функций, колеблющихся по степени их выполняемости больным от полностью независимо выполняемых до полностью зависимых от посторонней помощи. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

- Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного,
- от 21 до 60 – выраженной зависимости,
- от 61 до 90 – умеренной зависимости,
- от 91 до 99 – легкой зависимости,
- 100 баллов – полной независимости в повседневной деятельности.

Локус контроля – психологический фактор, характеризующий тот или иной тип личности. Представляет собой склонность человека приписывать ответственность за происходящие в жизни события и результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный, внешний локус контроля) либо собственным способностям и усилиям (интернальный, внутренний локус контроля).

Болевой опросник позволяет качественно определить характер и силу боли.

Проба Штанге и проба Генчи. Проба с задержкой дыхания используется для оценки обеспечения кислородном организма. Она характеризует также общий уровень тренированности человека. Проводится в двух вариантах: задержка дыхания на вдохе (проба Штанге) и задержка дыхания на выдохе (проба Генчи). Оценивается по продолжительности времени задержки и по показателю реакции частоты сердечных сокращений. Последний определяется величиной отношения частоты сердечных сокращений после окончания пробы к исходной частоте пульса.

Тест САН – психологический бланковый тест, предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний и назван опросник). Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале [6, 7, 8].

Таким образом, предполагается, что разработанная программа реабилитации для пациентов с травмами поясничного отдела позвоночника будет способствовать более эффективному процессу реабилитации и адаптации к новым условиям жизни пациентов, т. е. возможности восстановления двигательных функций у пациентов с различным уровнем и тяжестью повреждения спинного мозга в более короткие сроки.

1. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация: в 3 т. / В.М. Боголюбов. – М., 2007. – Т. 2. – С. 66–112.
2. Белова, А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. – М., 2003. – 734 с.
3. Карепов, Г.В. ЛФК и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга / Г.В. Карепов. – Киев: Здоровья, 1991.
4. Бойко, С.Ю. Особенности двигательной реабилитации нейрохирургических больных / С.Ю. Бойко // Материалы V съезда нейрохирургов России. – Уфа: Здравсохранение Башкортостана, 2009. – С. 423.
5. Климов, В.С. Сравнительная оценка результатов лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой / В.С. Климов, Ю.А. Шулев, В.В. Степаненко // Материалы V съезда нейрохирургов России. – Уфа: Здравсохранение Башкортостана, 2009. – С. 125.
6. Худяев, А.Т. Выбор тактики лечения больных с травматическими деформациями позвоночника / А.Т. Худяев, П.И. Коваленко, О.Г. Прудникова // Материалы V съезда нейрохирургов России. – Уфа: Здравсохранение Башкортостана, 2009. – С. 176.
7. Чемирисов, В.В. Реабилитация и экспертиза трудоспособности при последствиях травм грудного и поясничного отделов позвоночника / В.В. Чемирисов, В.И. Соленьий // Травма позвоночника и спинного мозга (опасности, ошибки и осложнения): материалы симпозиума. – Новокузнецк, 1994. – С. 92–95.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ (ПА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ)

Романовская В.О.,

Заколотная Е.Е., канд. пед. наук, доцент,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В последние годы наблюдается отход от прежних нравственных ориентиров в педагогике, усиление агрессивности среды, социальная нестабильность, изменяется характер общения между людьми, что связано с утратой взаимопомощи и взаимной поддержки. Выявляется все нарастающее отчуждение молодежи от официально пропагандируемых социальных ценностей, школы и семьи. Постепенный разрыв культурного слоя и традиций, нравственности значительно затрудняют осуществление – эффективность процесса воспитания.

Воспитание ребенка начинается еще в эмбриональном состоянии, до его рождения. Его первыми педагогами становятся родители, затем воспитатели в детском саду и только потом – школьные учителя. К сожалению, и каждый в отдельности, и все вместе они допускают много ошибок. Выходит, что, еще не достигнув пресловутого подросткового возраста, дошкольник и младший школьник подвергаются негативному воздействию внешних факторов в семье, детском саду, начальной школе, вызывающих неблагополучие ребенка. А поскольку эти причины в основном педагогические, то они вызывают, прежде всего, педагогическую запущенность. Поэтому тема исследования была актуальна всегда, не теряет своей актуальности и в настоящее время.

Поведенческое отклонение детей формируется именно в детском возрасте, так как этот период в жизни ребенка считается важнейшим. Еще А.С. Макаренко говорил о том, что «личность ребенка формируется к 5 годам, а после 5 лет ребенка уже трудно перевоспитывать» [3].

Признаки трудновоспитуемости начинают проявляться с того момента, как ребенок начинает подвергаться воспитательному воздействию, а точнее, осознавать его.

«Многолетняя практика воспитательной работы, исследование умственного труда и духовной жизни детей – все это приводит к убеждению, что причины, в силу которых ребенок становится трудным, неуспевающим, отстающим, в большинстве случаев кроются в воспитании, в условиях, окружающих ребенка в годы раннего детства. Родители и воспитатели дошкольника и младшего школьника имеют дело с самым тонким, самым чутким, самым нежным, что есть в природе, – детским мозгом. И если ребенок стал трудным, если все то, что посылно другим людям, ему не посылно, значит, в детстве он не получил для своего развития того, что должен получить. Трудным ребенок становится именно в этом возрасте – от года до семи-восьми лет», – утверждал В.А. Сухомлинский [5].