

Выводы

В результате исследования была разработана организационная схема физической реабилитации при хронических нарушениях мозгового кровообращения, которая подразделяется на 5 составляющих, 4 направления, 3 периода и 8 этапов.

Расписан алгоритм использования основных методов физической реабилитации (ЛФК, массаж и физиотерапия) по 3 периодам и 8 этапам реабилитации. Система апробирована на практике и дает статистически достоверное улучшение состояния пациента по всем исследуемым параметрам.

1. Неврология. Национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.
2. Воронін, Д. М. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи: навч. посібник для ВУЗів // Д. М. Воронін, С. О. Павлюк. – Хмельницький: ХНУ, 2011. – 143 с.
3. Воронін, Д. Фізична реабілітація при хронічній ішемії мозку / Д. Воронін, М. Островський, Я. Свищ // Фізична культура, спорт та здоров'я нації / зб. наук. праць. – Вінниця, 2012. – Вип. 14. – С. 337–342.
4. Воронин, Д. Системы организации физической реабилитации при хронических нарушениях мозгового кровообращения / Д. Воронин, И. Башкин, В. Трач // XIII Международная сессия по итогам НИР за 2012 год «Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту»: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Белорус. гос. ун-т. физ. культуры – Минск: БГУФК, 2013. – Ч. 2. – С. 12–15.
5. Воронін, Д. Програма фізичної реабілітації при посттравматичній ішемії мозку / Д. Воронін, В. Мухін, Ю. Голець // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2013. – № 1. – С. 146–148.
6. Путилина, М. В. Хроническая ишемия мозга // Лечащий врач. – 2005. – № 6. – С. 8–19.
7. Сова, С. Дисциркуляторная энцефалопатия (хроническая ишемия мозга) / С. Сова // Doctor. – 2003. – № 3. – С. 36–39.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дворянинова Е.В., канд. пед. наук,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Постоянно изменяющиеся социально-экономические условия жизни нашего общества требуют по-новому взглянуть на проблему лечения, реабилитации и профилактики лиц с остеохондрозом позвоночника. Технологический прогресс, автоматизация и механизация производства, урбанизация населения развитых стран привели к значительному снижению двигательной активности человека. Возникла парадоксальная ситуация: цивилизация и улучшение условий жизни породили болезни века, среди которых одно из первых мест занимает остеохондроз позвоночника [3].

Вопросы оптимизации процесса восстановления утраченных функций остаются наиболее важными, причем актуальность данной проблемы все более возрастает, о чем свидетельствует тенденция к росту дегенеративных изменений позвоночного столба. По данным разных авторов, частота проявлений остеохондроза позвоночника достигает в различных выборках взрослого населения 30–80 %. Шейный остеохондроз встречается в 14–31 % случаев всех проявлений остеохондроза позвоночника.

Важно отметить, что остеохондроз позвоночника поражает людей в социально активном возрасте, длится долго, протекает подчас тяжело, склонен к рецидивам. Увеличиваются экономические потери, связанные с затратами по уходу за больными. Подчеркивая социальную и экономическую значимость, следует отметить, что из общего количества дней нетрудоспособности, более 70 % приходится на различные клинические проявления шейного и поясничного остеохондроза. Из них шейный остеохондроз занимает второе место после поясничного. До 10 % больных остеохондрозом позвоночника становятся инвалидами [2].

Двигательная функция человека относится к числу сложных физиологических функций, так как на протяжении жизни человека изменяется и совершенствуется в зависимости от двигательной деятельности и условий внешней среды. При нарушении двигательной функции происходит снижение уровня функционирования двигательного аппарата и организма в целом. Говоря о двигательной функции, необходимо помнить, что движения позвоночника осуществляются в межпозвоноковых суставах. Увеличению подвижности частично способствует эластичность дисков и связок. Однако эти пассивные элементы могут участвовать в движениях позвоночника лишь благодаря динамической работе мышц шеи и туловища. Работа (напряжение) мышц определяется величиной развиваемой силы. Таким образом, говоря о восстановлении двигательной функции позвоночника, необходимо осуществлять воздействие на все элементы двигательного аппарата [4, 5].

В повседневной практике в целях восстановления функционирования двигательного аппарата используют лечебную гимнастику и массаж, при использовании которых не учитываются индивидуальные анатомо-биомеханические нарушения со стороны позвоночника, обусловленные характером болей и особенностями строения позвоночника. Без такого учета одинаковые упражнения и приемы массажа у одних больных вызывают улучшение, у других – обострение заболевания. Терапевтический эффект оказывается непродолжительным. Отсюда возросший интерес к разноплановым исследованиям.

Разработанная нами методика восстановления двигательной функции позвоночника у лиц с ограниченными функциональными возможностями при шейном остеохондрозе, включает средства и формы (лечебная гимнастика, массаж и биомеханическая стимуляция), которые имеют определенный порядок объединения и соотношения, где биомеханическая стимуляция используется как основное средство, ориентированное на развитие силы мышц шейного отдела позвоночника, которое в ранее разработанных методиках не применялось. Отличительные признаки методики выражаются в дифференцированном подборе средств физической реабилитации с учетом характера изменения шейного лордоза (его увеличения или уменьшения).

Цель исследования – научное обоснование методики восстановления двигательной функции позвоночника при шейном остеохондрозе.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- 1) обучить управлению простыми движениями в основных звеньях двигательного аппарата, создав тем самым исходную базу для освоения двигательных действий, утраченных в процессе заболевания;
- 2) сформировать двигательные умения и навыки, утраченные в процессе заболевания, для восстановления двигательной функции посредством нормализации тонуса мышц, развития подвижности позвоночника и силы мышц шейного отдела позвоночника;
- 3) сформировать утраченный навык поддержания правильной осанки.

Для получения достоверного эмпирического материала и его первичной обработки использовались следующие методы исследования: анализ научно-методической литературы; педагогический эксперимент; педагогическое наблюдение; функциональные методы исследования (изучение подвижности шейного отдела позвоночника, мионометрия, измерение силы мышц, определение характера изменения шейного лордоза); оценка психоэмоционального состояния (тест САН); метод математической статистики.

План проведения педагогического эксперимента предусматривал четырехэтапное исследование:

- 1-й этап – исследование функционального состояния мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника и психоэмоционального состояния исследуемых до начала применения разработанной методики;
- 2-й этап – апробирование методики восстановления двигательной функции позвоночника;
- 3-й этап – исследование функционального состояния мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника, психоэмоционального состояния исследуемых после применения разработанной методики;
- 4-й этап – исследование функционального состояния мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника, психоэмоционального состояния исследуемых через 6 месяцев после применения разработанной методики.

План проведения мероприятий:

1. Применение комплекса лечебной гимнастики, разработанного с учетом характера изменения физиологической кривизны шейного отдела позвоночника. Весь курс составил 15 занятий, которые проводились 3 раза в неделю.
2. Применение массажа, разработанного с учетом характера изменения физиологической кривизны шейного отдела позвоночника. Весь курс составил 15 процедур, сеансы массажа проводились 3 раза в неделю по 10–15–20 мин.
3. Применение БМС мышц воротниковой зоны. Весь курс составил 7 процедур, которые были введены после 8 занятий ЛГ и лечебного массажа. Процедуры БМС проводились 3 раза в неделю по 3–5 мин.

При использовании средств и форм физической реабилитации необходим определенный порядок при объединении компонентов и их соотношении.

Вначале все мероприятия должны быть направлены на снижение тонуса мышц, устранение компрессии корешков, снижение их раздраженности и уменьшению их отечности. Далее вводятся упражнения на увеличение подвижности шейного отдела позвоночника, как статического, так и динамического характера, которые, во-первых, способствуют улучшению качества жизни за счет увеличения использования двигательных актов, во-вторых, значительно улучшают кровоснабжение мышц и, в-третьих, способствуют расслаблению мышц. Затем, когда тонус мышц уже снижен, устранены болевые ощущения, вводятся упражнения и приемы массажа (глубокое разминание, выжимание и активные движения) и БМС, направленные на развитие силы и статической выносливости мышц. Увеличение силы мышц необходимо для стабилизации позвоночника, который сам по себе не является стабильной структурой, т. е. дают возможность воздействовать на пассивную часть позвоночного столба – позвонки, межпозвонковые суставы, связки и диски, поскольку именно они испытывают на себе воздействие активной части позвоночного столба – мышц шеи и туловища. Чем сильнее эти мышцы, тем больше силы, стабилизирующие шейный отдел позвоночника [1].

Реализация методики восстановления двигательной функции позвоночника при шейном остеохондрозе в процессе педагогического эксперимента позволила значительно улучшить следующие показатели:

- увеличить амплитуду тонуса трапецевидной (на 59,4 %) и дельтовидной (на 34,5 %) мышц;
- увеличить подвижность грудного и поясничного отделов позвоночника, шейного отдела вокруг сагитальной оси (14,6 %), вокруг фронтальной оси при сгибании (на 7,3 %) и разгибании (на 16,1 %) шеи, ротацию головы (на 17,6 %);
- увеличить показатели, характеризующие силу трапецевидной (на 39,8 %) и дельтовидной (на 42 %) мышц;
- уменьшить показатель степени расогласованности, характеризующий психоэмоциональное состояние (на 71,5 %).

Это позволило расширить период сохранности показателей, характеризующих двигательную функцию позвоночника, а также психоэмоциональное состояние, что подтверждается результатами тестов, полученными спустя 6 месяцев после применения экспериментальной методики. Прирост показателей имеет статистически достоверные различия по сравнению с исходными [1].

1. Дворянинова, Е. В. Влияние комплексной системы реабилитационных мероприятий на подвижность позвоночника при шейном остеохондрозе / Е. В. Дворянинова // Мир спорта. – 2004. – № 3. – С. 103–108.

2. Девятова, М. В. Лечебная гимнастика при поясничном остеохондрозе / М. В. Девятова. – СПб.: Союз, 2001. – С. 35–70.

3. Казьмин, А. И. Теоретические аспекты проблемы остеохондроза позвоночника / А. И. Казьмин, В. А. Мицкевич. – М., 1985. – С. 29–31.

4. Курпан, Ю. И. Движение против остеохондроза позвоночника / Ю. И. Курпан, Е. А. Таламбум, Л. Л. Симин. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – С. 8–12.

5. Попов, С. Н. Физическая реабилитация: учебник для академии и ин-тов физ. культуры / С. Н. Попов. – Ростов н/Д., 1999. – С. 434–438.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ 4–6 ЛЕТ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ОСАНКИ И СВОДА СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Дяченко Ю.Л.,

Институт физической культуры Сумского государственного педагогического университета
им. А.С.Макаренко,
Украина

Актуальность вопроса. В последнее время актуальным остается вопрос распространенности болезнью опорно-двигательного аппарата (ОДА) среди детей дошкольного возраста. По данным Г.Д. Дорюфеева (1998), И.В. Рой (2009) от 79 до 86 % детей с нарушениями костно-мышечной системы имели проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), которая предопределена совокупностью изменений и расстройств на тканевом и органном уровнях (В. Steinmann, 1993; Т.О. Кадурина, 2000; Л.И. Омельченко 2007).

Именно в указанный промежуток времени у детей начинается интенсивная перестройка костно-мышечной системы на фоне «полуростового прыжка». Главными проявлениями НДСТ со стороны ОДА является гипермобильность суставов (ГМС), которая сопровождается слабостью суставно-связочного аппарата и увеличением объема движений в одном или нескольких суставах и встречаются с частотой 50–72,2 % детского населения. На ранних стадиях проявления ГМС у детей наблюдается кифотическая осанка и плоскостопие, которые в дальнейшем могут прогрессировать к сложной ортопедической патологии (А.Г. Беленький 2010; В.В. Подливанова, 2009).

В клинической практике больше внимания уделяется лечению и реабилитации уже имеющих патологических расстройств (остеохондроз, ревматические заболевания, диспластический сколиоз и тому подобное), а функциональные изменения ОДА на фоне суставной гиперподвижности как самостоятельного признака ортопедических поражений в большинстве случаев остается недиагностированной (Д.С. Кисельная, 2011; В.Н. Горбунова, 2012; К.К. Bushby, 2011).

Большинство специалистов отмечают высокую эффективность физреабилитационных мероприятий относительно ГМС у детей в условиях специализированных заведений (Э.Е. Макарова, 2006, О.М. Николаева, 2009). Однако значительная распространенность нарушения осанки и плоскостопия на фоне ГМС в детской популяции требует расширения спектра физреабилитационных мероприятий в условиях учебных заведений.