

«Спортивно-педагогическое совершенствование» целесообразно акцентировать внимание на развитии силовых способностей, а также на расширении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы.

1. Апанасенко, Г. Л. Так можно ли измерить здоровье? / Г. Л. Апанасенко // Советский спорт. – 1987. – 17 мая. – С. 6.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Кригина Т.А., Енишина А.Н., канд. мед. наук, доцент,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Хронический бронхит достаточно широко распространен в мире. В последние несколько десятилетий наблюдается постоянное увеличение больных **бронхитом** [1].

Несмотря на кажущуюся безобидность заболевания, **хронический бронхит** относительно часто приводит к смертельному исходу – причинами являются активно развивающиеся при **бронхите** легочно-сердечная недостаточность и эмфизема [2].

Из-за того, что в большинстве случаев нет четких диагностических критериев и невозможно своевременно провести рациональное обследование больного, болезнь диагностируется поздно, часто – когда уже возникли осложнения [3].

В комплексном лечении больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких лечебная физическая культура является неотъемлемой частью и занимает определяющее место среди восстановительно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оценить эффективность разработанной программы восстановления лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом, на санаторном этапе лечения.

Исследование было проведено в санатории «Чабарок», Барановичского района Брестской области с 1.08.2013 г. по 21.08.2013 г. На основании медицинской документации было отобрано 20 лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом. В контрольную группу (КГ) вошли 7 женщин и 3 мужчин, средний возраст которых составил 42 года. В экспериментальную группу (ЭГ) так же вошли 7 женщин и 3 мужчин. Их средний возраст – 40 лет. КГ занималась по программе санатория, а ЭГ – по разработанной нами программе восстановления. Исследования проводились в течение 21 дня.

Программа восстановительного лечения в экспериментальной группе была направлена на:

- формирование нормальных позотонических реакций, начиная со снижения спастического напряжения отдельных мышечных групп и заканчивая восстановлением дыхания;
- борьбу с патологическими стереотипами (застойные явления);
- укрепление всей мышечной системы больного и увеличение экскурсии дыхательной мускулатуры;
- расширение общей двигательной активности больного.

В программе санатория для восстановления лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом, использовались следующие формы ЛФК:

- лечебная гимнастика – 3 раза в неделю по 30 минут, включающая общеразвивающие, специальные и дыхательные упражнения;
- плавание – 2 раза в неделю по 45 минут;
- массаж – общий массаж – 2 раза в неделю по 30 минут.

В разработанной нами программе восстановления лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом, использовались следующие формы ЛФК:

- лечебная гимнастика – 3 раза в неделю по 30 минут, включающая общеразвивающие и дыхательные упражнения 1:3, а также дренажные упражнения и звуковую гимнастику;
- плавание – 2 раза в неделю по 45 минут с использованием специальных дыхательных упражнений;
- массаж – 2 раза в неделю по 30 минут. Массаж преимущественно грудной клетки;
- дозированная ходьба – 5 раз в неделю. 1500 м в темпе 80 шагов в минуту;
- самостоятельные занятия – 2 раза в неделю по 15 минут, включающие звуковую гимнастику.

При проведении исследований были использованы следующие методы:

1. Анкетирование по специальной анкете.
2. Исследования функционального состояния дыхательной системы лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом: ЧД, проба Штанге, проба Генчи, экскурсия грудной клетки, ЖЕЛ.

3. Методы математической обработки результатов.

До начала исследований все исследуемые показатели в контрольной и экспериментальной группах были идентичны и ниже возрастных норм.

В ходе анализа данных, полученных в результате анкетирования лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом, контрольной и экспериментальной групп было выявлено:

1. 40 % исследуемых из КГ и 20 % из ЭГ являются курильщиками.
2. 80 % исследуемых контрольной и экспериментальной групп отмечают у себя наличие одышки и выделение мокроты при кашле.
3. У 80 % лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом, из КГ и 70 % из ЭГ происходит усиление симптомов при физической нагрузке.
4. 90 % исследуемых в контрольной и экспериментальной группах отмечают неблагоприятные условия труда.

Оценка функционального состояния внешнего дыхания и устойчивости к гипоксии лиц, страдающих хроническим бронхитом, до начала исследования показала, что изученные показатели функционального состояния внешнего дыхания у исследуемых контрольной и экспериментальной групп находятся на уровне ниже возрастной нормы (таблицы 1, 2).

Таблица 1 – Показатели состояния внешнего дыхания у исследуемых женщин контрольной и экспериментальной групп до проведения исследования

Группа	ЧД, раз/мин	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с	Экскурия грудной клетки, см	ЖЕЛ, мл
КГ	21,7±1,6	35,0±4,3	25,4±5,9	3,0±0,6	3100±152,6
ЭГ	20,6±3,1	34,0±4,3	22,0±5,0	3,1±0,4	3100±115,5
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 2 – Показатели состояния внешнего дыхания у исследуемых мужчин контрольной и экспериментальной групп до проведения исследования

Группа	ЧД, раз/мин	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с	Экскурия грудной клетки, см	ЖЕЛ, мл
КГ	23,0±2,6	36,3±3,0	23,0±2,6	3,3±0,6	3566,7±115,5
ЭГ	23,0±1,5	36,3±2,0	23,0±2,5	3,3±1,0	3566,7±251,7
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Проведенный курс восстановительного лечения позволил улучшить показатели функционального состояния внешнего дыхания лиц, страдающих хроническим бронхитом, в контрольной и экспериментальной группах. Однако следует отметить, что в ЭГ эти изменения более выражены (таблицы 3, 4).

Таблица 3 – Динамика прироста показателей внешнего дыхания у женщин, страдающих хроническим бронхитом, экспериментальной и контрольной групп

Группа	ЧД, раз/мин	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с	Экскурия грудной клетки, см	ЖЕЛ, мл
КГ до исследований	21,7	35	25,4	3	3100
КГ после исследований	19,4	37,3	27,4	3,9	3185,7
Динамика прироста, %	7,4	6,6	7,9	30	2,8
ЭГ до исследований	20,6	34	22	3,1	3100
ЭГ после исследований	19	41,4	29,2	5	3285,7
Динамика прироста, %	11,9	21,8	32,7	93,5	5,9

Таблица 4 – Динамика прироста показателей внешнего дыхания у мужчин, страдающих хроническим бронхитом, экспериментальной и контрольной групп

Группа	ЧД, раз/мин	Проба Штанге, с	Проба Генчи, с	Экскурия грудной клетки, см	ЖЕЛ, мл
КГ до исследований	23	36,3	23	3,3	3566,7
КГ после исследований	21,7	37,7	24	5	3700
Динамика прироста, %	5,9	6,6	7,9	30	2,8
ЭГ до исследований	23	36,3	23	3,3	3566,7
ЭГ после исследований	18	43,6	30,3	5,7	3833,3
Динамика прироста, %	27,8	20,1	44,8	42,4	7,5

Для проверки эффективности разработанной программы был проведен анализ полученных в конце исследований результатов. Процент прироста частоты дыхания у женщин КГ составил 7,4 %, у женщин ЭГ – 11,9 %; показатели пробы Штанге улучшились у женщин КГ на 6,6 %, у женщин ЭГ – 21,8 %; процент прироста пробы Генчи составил 7,9 % у женщин КГ, и 32,7 % у женщин ЭГ; показатели ЖЕЛ после проведения восстановительного лечения у женщин контрольной группы улучшились на 2,8 %, а у женщин экспериментальной группы на 5,9 %.

Процент прироста частоты дыхания у мужчин КГ составил 5,9 %, у мужчин ЭГ – 27,8 %; показатели пробы Штанге улучшились у мужчин КГ на 6,6 %, мужчин ЭГ – 20,1 %; процент прироста пробы Генчи составил 7,9 % у мужчин КГ, и 44,8 % у мужчин ЭГ; показатели ЖЕЛ после проведения восстановительного лечения у мужчин контрольной группы улучшились на 2,8 %, а у мужчин экспериментальной группы на 7,5 %.

Из анализа полученных результатов видно, что разработанная и предложенная нами программа позволила значительно улучшить состояние функции внешнего дыхания у лиц зрелого возраста, страдающих хроническим бронхитом.

1. Белая, Н. А. Руководство по лечебному массажу: учеб. пособие / Н. А. Белая. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1983. – 227 с.

2. Боголюбов, В. М. Общая физиотерапия: учебник / В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2009. – 513 с.

3. Бокша, В. Г. Основные принципы курортной реабилитации больных с обструктивной патологией легких / В. Г. Бокша // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2009. – № 1. – С. 6–10.

РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ 12–13 ЛЕТ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Курилович О.А., Калюжин В.Г., канд. мед. наук,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Физическая подготовленность является основой высокой работоспособности во всех видах трудовой и спортивной деятельности ученика с нарушениями интеллекта. Несоответствие приводит к тому, что школьник с нарушениями интеллекта не всегда может включиться в трудовую деятельность, а сама деятельность ему в тягость.

В системе специального образования накоплен значительный опыт по формированию двигательной сферы средствами физического воспитания. Однако содержание, методы и приемы физического воспитания детей с нарушениями интеллекта не нашли должного освещения в работах исследователей. В то же время в работах отмечено, что:

- особенности моторики почти у всех детей с нарушениями интеллекта связаны с недостатками высших уровней регуляции действий;
- двигательная недостаточность проявляется в большей мере при выполнении сложных форм движений;
- темпы овладения движениями значительно снижены, что приводит к замедленности образования сложных условных связей;
- несоответствие уровня физического развития и двигательной подготовленности требованиям социально-трудовой адаптации.

Имеющиеся средства физического воспитания нашли реализацию в коррекционном обучении. В качестве таких средств можно выделить:

- использование индивидуального и дифференцированного подхода в процессе овладения двигательными умениями и навыками;
- учет индивидуальных проявлений двигательных возможностей.

Фундаментальными исследованиями в области общей и специальной педагогики, психологии, физиологии, теории физического воспитания доказано, что одним из значимых средств является физическое воспитание. Оно рассматривается и реализуется комплексно в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим воспитанием, трудовым обучением.

Физическая культура и спорт являются важнейшими факторами в укреплении здоровья человека, его физического развития и воспитания, а также в профилактике заболеваний. Физическая культура расширяет адаптационные возможности человека. Двигательная активность, рациональное питание, закаливание повышают его функциональные возможности, способность противостоять негативным факторам окружающей