

применялась на занятиях у детей экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по программе УО «Вспомогательной школы».

По результатам проведенных исследований выявлено статистически достоверно выраженное улучшение уровня развития мелкой моторики рук у детей 12–13 лет с легкой степенью умственной отсталости, занимавшихся по разработанной коррекционно-развивающей программе. Это позволяет рекомендовать ее использование на занятиях по АФК для развития координации движений пальцев и схватывающей способности кисти рук у данной категории детей.

1. Маллер, А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии / А. Р. Маллер. – М.: АСТ, 2000. – 234 с.
2. Стребелова, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии / Е. А. Стребелова. – М.: Владос, 2001. – 230 с.
3. Комплексная методика психомоторной коррекции / А. В. Семенович [и др.]; под ред. А. В. Семенович. – М.: Педагогика, 1997. – 457 с.
4. Исаев, Д. Н. Психическое недоразвитие детей / Д. Н. Исаев. – Л., 1982. – 436 с.
5. Дудьев, В. П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушением речи / В. П. Дудьев // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 36–40.
6. Грошенков, И. А. Коррекционно-развивающее значение уроков изобразительного искусства во вспомогательной школе / И. А. Грошенков. – М.: Просвещение, 1986. – 112 с.
7. Вайзман, Н. П. Психомоторика умственно отсталых детей / Н. П. Вайзман. – М.: Педагогика, 1997. – 234 с.
8. Обучение детей с выраженным недоразвитием интеллекта. Обучение и развитие детей и подростков с глубокими умственными, множественными нарушениями / под ред. А. М. Царева. – Псков: Виктория, 1999. – 486 с.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

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

Актуальность. Инсульт – это тяжелое и опасное нарушение мозгового кровообращения, первые упоминания о котором в медицинской литературе датируются еще временами Гиппократа.

Проблема мозгового инсульта и его последствий содержит в себе важные социальные и медицинские аспекты как у нас в стране, так и в странах ближнего и дальнего зарубежья. Очень часто это заболевание приводит к инвалидности и нарушению социальной адаптации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Ранний восстановительный период длится первые 6 месяцев после инсульта, при этом его главными задачами являются психологическая активация, двигательная и социальная адаптация больных.

Раннее начало реабилитационных мероприятий, которые проводятся с первых дней после перенесенного инсульта (если позволяет общее состояние больного), помогает ускорить и способствует более полному восстановлению нарушенных функций, позволяет предотвратить развитие вторичных осложнений (застойной пневмонии, тромбозов, контрактур, пролежней, мышечной дистрофии и др.).

Одним из основных методов реабилитации лиц, перенесших инсульт, является лечебная физическая культура, в задачи которой входит восстановление (полное или частичное) объема движений, силы и ловкости пораженных конечностей, развитие координационных способностей и общей выносливости организма, навыков самообслуживания.

У больных, перенесших инсульт, низкие, как правило, функциональные возможности. Это усиливает важность строгой индивидуализации дозы нагрузки на занятиях лечебной физической культурой. Поэтому изучение физического здоровья является актуальным и может лечь в основу оценки реабилитационного потенциала больных.

Цель исследования – изучить особенности физического здоровья больных после инсульта в раннем восстановительном периоде.

Под наблюдением находились 14 мужчин и 11 женщин в возрасте 50–60 лет, у которых после инсульта прошло 2–3 месяца.

Для достижения поставленной цели применялись следующие методы исследования:

– анкетирование (опросник САН для изучения эмоционального состояния; тест «Ноттингамский расширенный индекс активностей повседневной жизни» для определения уровня активности повседневной жизни больных, перенесших инсульт») [1, 3];

– оценка физического здоровья больных по Г.Л. Апанасенко. Изучались следующие показатели: индекс Кетле (ИК), жизненный индекс (ЖИ), силовой индекс (СИ), индекс Робинсона (ИР), время восстановления пульса после 20 приседаний за 30 с. Полученные показатели оценивались в баллах. При суммировании баллов по всем пяти показателям и сопоставлении их со шкалой определялся уровень физического здоровья (УФЗ) – низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий [2].

При проведении анкетирования с помощью опросника САН больных, перенесших инсульт, установлено, что у половины из них доминирует хорошее настроение. У 1/3 обследуемых преобладает изменчивое настроение, а у 20 % – чаще плохое, что свидетельствует о возможных трудностях при создании мотивации к систематическим занятиям по лечебной физической культуре.

Результаты теста «Ноттингамский расширенный индекс активностей повседневной жизни» показали, что 1/4 больных относятся ко II классу, они вернулись к прежней работе и выполнению домашних обязанностей с ограничениями. К I классу относится 75 % лиц, перенесших инсульт, они выполняют основные занятия в полном объеме и не зависят от помощи окружающих в повседневной жизни.

После проведения первичного обследования выявлено, что среднее значение уровня физического здоровья у женщин составило $0,5 \pm 3,9$ балла, у мужчин – $1,2 \pm 2,9$ балла.

Проведен анализ уровня снижения отдельных его показателей. В таблице представлены показатели физического здоровья и их уровень у женщин и мужчин после перенесенного инсульта в раннем восстановительном периоде. Показатели индекса Кетле (ИК) у женщин соответствуют уровню ниже среднего, так как масса тела превышает должную, у мужчин – среднему (таблица). Показатели силового индекса (СИ) соответствуют низкому уровню у мужчин и уровню ниже среднего у женщин (таблица).

При оценке функционального состояния дыхательной системы установлено, что жизненный индекс (ЖИ) как у мужчин, так и у женщин соответствует уровню ниже среднего (таблица).

Индекс Робинсона (ИР) и время восстановления пульса после 20 приседаний за 30 секунд, свидетельствующие о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы, у всех больных соответствует уровню ниже среднего (таблица).

Таблица – Показатели физического здоровья и их уровень у женщин и мужчин после инсульта

Показатели	Единицы, баллы	Мужчины, n=14	Женщины, n=11	p
Индекс Кетле	(г·см ⁻³)	413,8±7,7	384,4±17,2	<0,05
	баллы	0	-1±0,2	<0,05
Жизненный индекс	(мл·кг ⁻¹)	55,5±3,9	42,9±5,8	<0,05
	баллы	0,4±0,8	0,09±1,2	<0,05
Силовой индекс	(%)	57,4±5,2	49,7±6,4	<0,05
	баллы	-0,6±0,6	0,7±1,1	<0,05
Индекс Робинсона	(усл.ед.)	98,1±13,7	98,4±16,9	>0,05
	баллы	-0,1±1,9	0,2±1,9	>0,05
Время восст. пульса после 20 присед. за 30 с	мин	2,2±0,6	2,4±1,1	>0,05
	баллы	1,5±1,4	0,5±1,6	<0,05

Показатели уровня физического здоровья значительно отличаются между собой у женщин и мужчин (p<0,05). При этом необходимо отметить, что уровень всех показателей у женщин и мужчин после перенесенного инсульта значительно ниже средних величин. Снижение функционального состояния кардиореспираторной системы ведет у таких больных, прежде всего, к затруднению выполнения нагрузки аэробного характера, адаптация к которой чрезвычайно важна при обеспечении повседневной жизнедеятельности. Выносливость является важнейшим физическим качеством, лежащим в основе развития всех других двигательных способностей, в связи с чем значима для обеспечения профессиональной деятельности человека.

Для того чтобы способствовать развитию общей выносливости у больных, перенесших инсульт, необходимо индивидуально дозировать объем и интенсивность нагрузки учитывая показатели функционального состояния и физической подготовленности каждого больного. Одним из подходов к индивидуализации нагрузки является определение времени двигательной активности и интенсивности (по уровню пульса) для каждого больного с учетом уровня физического здоровья.

Индивидуальное дозирование аэробной нагрузки позволит в оптимальной мере способствовать повышению функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, а также развитию общей выносливости.

1. Акимова, М. К. Психологическая диагностика / М. К. Акимова. – Питер, 2005. – 304 с.
2. Апанасенко, Г. Л. О возможности количественной оценки здоровья человека / Г. Л. Апанасенко // Гигиена и санитария. – 1985. – № 6. – С. 55–58.
3. Белова, А. Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова // Медицина. – 2004. – 432 с.