

раторными заболеваниями, что повысит уровень их функционального состояния и развития двигательных навыков.

1. Бордовская, Н. В. Педагогика: учеб. пособие / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб.: Питер, 2006. – 304 с.
2. Борисова, Т. С. Состояние здоровья детей дошкольного возраста в связи с характером питания и стереотипами пищевого поведения / Т. С. Борисова, М. М. Солтан, Т. Н. Валаханович // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Республики Беларусь, Государственное учреждение «Респ. науч.-практ. центр гигиены»; гл. ред.: Л. В. Половинкин. – Минск, 2012. – Вып. 20. – С. 150–156.
3. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.
4. Здоровье населения Республики Беларусь 2009–2014. Статистический сборник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. – Дата доступа: 22.07.2016.
5. Касаткин, А. А. Структура мотивации оздоровительной деятельности студентов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / А. А. Касаткин; Саратов. гос. ун-т им. Н. Г. Чернышенко. – Саратов, 1992. – 21 с.
6. Наумчик, В. Н. Педагогический словарь / В. Н. Наумчик, М. А. Паздников, О. В. Ступакевич. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2006. – 280 с.
7. Новейший философский словарь / Сост. А. А. Грицанов. – 3-е изд., испр. – Минск: Книжный дом, 2003. – 1280 с.
8. Самсыгина, Г. А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г. А. Самсыгина, Г. С. Коваль // Лечащий врач. – 2009. – № 1. – С. 10–15.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дановская Л.И., Кокоев Н.А.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Тазобедренный сустав (ТБС) – важнейший сустав для опоры и передвижения человека в пространстве. Патология тазобедренного сустава влечет за собой ухудшение функционирования всего опорно-двигательного аппарата, в первую очередь позвоночника. Боль и ограничение подвижности делают пациентов инвалидами. В последние годы одним из наиболее эффективных и перспективных методов хирургического лечения является эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТС). Ежегодно в мире выполняется более 450 тыс. таких операций [2].

С каждым годом операций выполняется все больше, что связано, в первую очередь, с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. Так, если в 2000 г. в мире насчитывалось 590 млн человек в возрасте 60 лет и старше, то к 2025 г. их количество превысит 1 млрд, а удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди общей патологии опорно-двигательного аппарата возрастет на 80 %. Увеличение продолжительности жизни тесно связано с проблемой остеопороза и, следовательно, ведет к нарастанию частоты переломов шейки бедренной кости, а также возникновением дегенеративно-дистрофических заболеваний сустава (ДДЗ). По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 1990 г. у 1,7 млн людей на земном шаре произошел перелом проксимального конца бедренной

кости, причем около 95 % из них миновали 50-летний рубеж. Несмотря на снижение в последние годы средней продолжительности жизни населения, доля лиц пожилого и старческого возраста в его структуре не только остается весьма значительной, но и возрастает [5].

По статистике развитых стран на 1000 человек приходится одно эндопротезирование суставов. В Республике Беларусь каждый десятый больной, страдающий патологией ТБС, нуждается в его тотальном замещении [4].

Поражения тазобедренного сустава, проявляющиеся тяжелой дисфункцией нижних конечностей и позвоночника на фоне выраженного болевого синдрома, занимают по частоте одно из первых мест, а инвалидность при этом достигает 64 % [1].

Разнообразные модели эндопротезов дают возможность после оперативного вмешательства вернуть больным нормальную походку. При хороших результатах функция оперированной конечности восстанавливается полностью. При удовлетворительных результатах походка существенно не изменяется, но отмечается уменьшение болей. Больные нуждаются в адаптации к изменившимся условиям опоры и передвижения. Имплантированный искусственный сустав представляет собой «новый орган» и его полноценное интегрирование в кинематическую цепь оперированной конечности зависит от качества физической реабилитации не только тазобедренного сустава, но и всего опорно-двигательного аппарата (ОДА) [2]. Это и определило цель нашего исследования: теоретическое и практическое обоснование комплексной программы реабилитации пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава на поликлиническом этапе восстановительного лечения.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось на базе УЗ «31-я городская поликлиника г. Минска». В педагогическом эксперименте участвовали 14 пациентов, которые проходили курс физической реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава. Методом случайной выборки они были разделены на экспериментальную и контрольную группы, идентичные по срокам восстановительного лечения и функциональному состоянию. Средний возраст пациентов экспериментальной группы составил $53,2 \pm 6,15$ года, контрольной – $54,0 \pm 4,23$ года. Суммарная длительность педагогического эксперимента составила 6 месяцев (с июля по декабрь 2017 года).

Пациенты контрольной группы проходили курс физической реабилитации по стандартной программе, целью которой являлось: восстановление функций замещенного сустава, профилактика послеоперационных осложнений, ускорение регенерации поврежденных тканей, подготовка к бытовой и профессиональной деятельности. Традиционная программа физической реабилитации включала лечебную гимнастику (15 занятий по 20–25 мин), массаж (6 сеансов по 10 мин 2 раза в неделю), подводный душ-массаж (6 сеансов по 20 мин 2 раза в неделю), парафиновые аппликации (9 сеансов по 3 раза в неделю).

В ЭГ применялась разработанная нами комплексная программа физической реабилитации. Физическая реабилитация пациентов обеих групп была направлена на решение следующих задач:

- восстановление функции замещенного сустава;
- укрепление костного и мышечно-связочного аппарата нижних конечностей;
- полное социально-бытовое, функциональное и профессиональное восстановление;

– профилактика осложнений и борьба с факторами, которые способствуют их возникновению (ожирение, гиподинамия).

Разработанная программа включала: лечебную гимнастику (15 занятий по 40–45 мин 5 раз в неделю), массаж (12 сеансов по 15 мин 4 раза в неделю), электростимуляция мышц бедра и области таза (2 раза в неделю), озокеритолечение (1 раз в неделю) и подводный душ-массаж (2 раза в неделю), самостоятельные занятия в виде выполнения специальных упражнений (2–3 раза в день) и беседы по изменению образа жизни.

Курс физической реабилитации в обеих группах составил 3 недели (21 день).

Для оценки эффективности проведенного курса физической реабилитации до и в конце его проводилась оценка функционального состояния – использовался нормативный тест «Встать и пройти на время», оценка объема движений в тазобедренном суставе (сгибание), также оценивали рост и массу тела, рассчитывался индекс массы тела [3]. Это обусловлено тем, что одним из факторов, которые приводят к различным заболеваниям суставов и могут вызвать осложнения в послеоперационном периоде, является избыточная масса тела. Тест «Встать и пройти на время» с высокой степенью надежности и специфичности для количественной оценки функциональной подвижности пациентов. Исходное положение пациента – сидя в кресле, облокотившись на спинку, руки на подлокотниках, вспомогательное средство для ходьбы под рукой (рядом). По команде пациент встает и проходит по прямой линии 3 метра, совершает поворот вокруг конуса (или другого маркера дистанции), проходит 3 метра в обратную сторону и садится в кресло. Затраченное время фиксируется секундомером. Для возраста 50–59 лет нормой считается

На основании полученных данных участников педагогического эксперимента было выявлено, что в КГ нормальный вес наблюдается у 29 % испытуемых, избыточная масса тела – у 42 %, ожирение I степени – у 29 %. В ЭГ следующие показатели ИМТ: 14 % пациентов с нормальным весом, 57 % – с избыточной массой тела и у 29 % исследуемых наблюдается ожирение I степени. Результаты исследования были обработаны с использованием методов математической статистики. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью операционной системы Windows 97, Excel.

Анализ исходных показателей пациентов обеих групп показал отсутствие достоверных различий, что позволило в дальнейшем сопоставлять результаты проведенного курса физической реабилитации (таблица).

Таблица – Динамика исследуемых показателей до и в конце курса реабилитации пациентов экспериментальной и контрольной групп ($\bar{X} \pm m$)

| Показатели | Экспериментальная группа | Контрольная группа | Достоверность различий, p |
|---|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| Масса тела, кг | $86,2 \pm 14,5$ | $83,1 \pm 10,9$ | $\geq 0,05$ |
| | $85,5 \pm 13,8$ | $80,7 \pm 10,2$ | $\geq 0,05$ |
| Индекс массы тела | $27,9 \pm 3,9$ | $27,35 \pm 2,8$ | $\geq 0,05$ |
| | $27,7 \pm 3,6$ | $26,5 \pm 2,5$ | $\geq 0,05$ |
| Скорость вставания и ходьбы, с | $10,2 \pm 1,3$ | $10,5 \pm 1,4$ | $\geq 0,05$ |
| | $8,9 \pm 1,4$ | $8,0 \pm 1,2$ | $\geq 0,05$ |
| Сгибание в тазобедренном суставе, градусы | $85,5 \pm 3,5$ | $86,1 \pm 2,6$ | $\geq 0,05$ |
| | $97,4 \pm 4,1$ | $104,5 \pm 5,6$ | $\leq 0,05$ |

Проведенный курс реабилитации позволил улучшить состояние опорно-двигательного аппарата и снизить массу тела у пациентов обеих групп. Однако в экспериментальной группе результаты в конце курса восстановительного лечения оказались выше по сравнению с контрольной группой. Достоверно увеличился угол сгибания в тазобедренном суставе оперированной ноги у пациентов ЭГ. Достигнутый результат обусловлен, по нашему мнению, увеличением количества реабилитационных процедур и времени их воздействия. Важную роль играет и психоэмоциональный фактор индивидуальной работы с каждым пациентом экспериментальной группы.

Выводы

Разработанная программа физической реабилитации при эндопротезировании тазобедренного сустава при ее апробации способствовала более выраженному приросту анализируемых показателей:

- по тесту «Встать и пройти на время» время выполнения теста в ЭГ уменьшилось на 23,8 %, в КГ – на 12,7 %;
- угол сгибания в тазобедренном суставе в ЭГ увеличился 21,3 %, в КГ – на 13 %.

1. Атаманский, И. А. Наш опыт эндопротезирования при тяжелой двусторонней патологии тазобедренного сустава / И. А. Атаманский, Е. А. Волокитина, А. В. Каминский // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов: материалы. Всероссийской конференции. – Курган, 2004. – С. 32–33.

2. Девятова, М. В. Двигательная реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава / М. В. Девятова // Теория и практика физической культуры. – 1998. – № 1. – С. 6–8.

3. Капанджи, А. И. Нижняя конечность. Функциональная анатомия / А. И. Капанджи. – М.: Эксмо, 2017. – 352 с.

4. Кошина, С. М. Влияние классического массажа и лазеротерапии на психоэмоциональное состояние и функциональные показатели тазобедренного сустава у пациентов после тотального эндопротезирования / С. М. Кошина [и др.]. – Минск: БГМУ, 2016. – 6 с.

5. Тихилов, Р. М. Руководство по хирургии тазобедренного сустава / Р. М. Тихилов, И. И. Шубняков. – СПб.: РНИИТО им. Р. Р. Вредена, 2015. – Т. 2. – 356 с.

О НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ПОВЫШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ И ШКОЛЬНИКОВ

Заика В.М., канд. пед. наук,

Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,

Глазко М.М., средняя общеобразовательная школа № 2 г. Бобруйска,

Республика Беларусь

Основное противоречие современной системы образования – это противоречие между быстрым темпом приращения знаний в современном мире и ограниченными возможностями их усвоения индивидом [1], поэтому первопричиной многих психических срывов, угнетенного состояния, неврозов является неготовность к современным трудовым, учебным, научным или творческим нагрузкам. Появление трудных условий и нарастание негативных переживаний вызывают нарушения в психических процессах (внимание, память, мышление), приводят к снижению эффективности и