

В процессе проведения опроса при помощи «Оксфордского опросника для плеча» нами было отмечено следующее: до начала проведения эксперимента исходные данные в экспериментальной группе составили от 4,34 до 3,67 балла; в контрольной группе – от 4,34 до 3,74 балла, т. е. до начала проведения эксперимента исходные данные в группах находились примерно на одном уровне, при условии, что 5 – это наихудший балл, а 1 – наилучший балл.

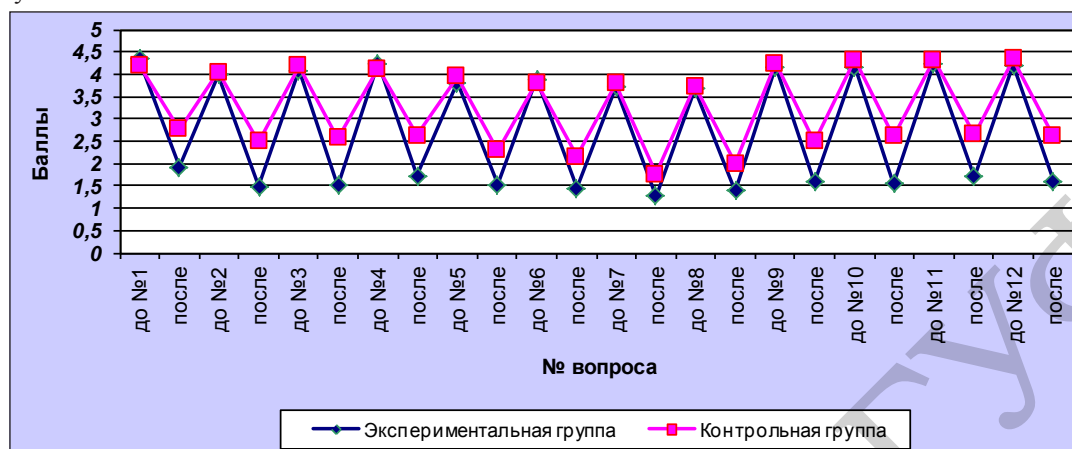


Рисунок – Динамика данных полученных в ходе опроса при помощи «Оксфордского опросника для плеча»

Конечные данные, полученные при обработке анкет, после применения комплексных методик реабилитации показали, что при оценке боли и повседневной активности результаты были следующие: в экспериментальной группе – от 1,91 балла – до 1,27 балла; в контрольной группе – от 2,77 балла – до 1,77 балла (рисунок).

Таким образом, в конце исследования по результат опроса наилучшие оценки боли и повседневной активности наблюдались в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Вышеизложенное подтверждает, что существует необходимость совершенствования методик физической реабилитации у пациентов с постиммобилизационными контрактурами плечевого сустава путем применения мануальной разработки контрактур, использование которой позволило добиться наилучшего восстановления амплитуды движений в плечевом суставе, частично ликвидировать атрофию мышц поврежденной конечности и до 3–4 недель сократить сроки временной нетрудоспособности [6].

1. Бонев, Л. Руководство по кинезитерапии / Л. Бонев. – София: Медицина и физкультура, 1978. – 360 с.
2. Вейсс, М. Физиотерапия: пер. с польск. / М. Вейсс, А. Зембатовый; под ред. М. Вейсса, А. Зембатого. – М.: Медицина, 1986. – 496 с.
3. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие / Л. В. Козлова, С. В. Козлов, Л. А. Семененко; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – 2-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 475 с.
4. Лечебная физическая культура: справочник / В. А. Елифанов [и др.]; под ред. проф. В. А. Елифанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2001. – 592 с.
5. Манак, Н. В. Физическая реабилитация лиц с контрактурами плечевого сустава, находящихся на стационарном этапе лечения путем внедрения кинезотерапевтической методики мануальной разработки контрактур / Н. В. Манак // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы VII Междунар. конф., Минск 10–11 апреля 2009. – Минск: Издательский центр БГУ, 2009. – С. 31–33.
6. Манак, Н. В. Физическая реабилитации при ограниченной подвижности плечевого сустава: пособие для студентов направления «Физическая реабилитация и эрготерапия (физическая реабилитация)» / Н. В. Манак, М. Д. Панкова, Г. М. Броневицкая. – Минск: БГУФК, 2011. – 91 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОКУСОВ И ТРЮКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ЭРГОТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ С ДЦП

Милишкевич Т.К.,

МГЦМР детей с психоневрологическими заболеваниями,

Якимец И.В., канд. пед. наук, **Брилевская В.Ю.,**

Белорусский государственный университет физической культуры,

Республика Беларусь

Проблема детских церебральных параличей является одной из актуальных проблем детской ортопедии и невропатологии. Социальная значимость этой проблемы настолько велика, что вполне закономерен все увеличивающийся к ней интерес. Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной

нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха и зрения и т. д. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию [1, 2].

Проведенный анализ научно-методической литературы показал, что ДЦП является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим к тяжелым двигательным, сенсорным и интеллектуальным нарушениям, требующим ранней диагностики и подбора эффективных средств и методов лечения и реабилитации. В настоящее время разработано большое количество разнообразных методик реабилитации, направленных на коррекцию имеющихся у детей нарушений. Наиболее часто применяемыми средствами реабилитации при ДЦП являются: лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия, эрготерапия, музыкотерапия и т. д. Применение этих средств научно обосновано, изучены механизмы их воздействия на функциональное состояние детей с детским церебральным параличом, и эффективность их применения не вызывает сомнений.

Массаж и физиотерапевтические методы улучшают обменные процессы, оказывают благотворное влияние на сердечно-сосудистую и центральную нервную системы, улучшают трофику тканей, уменьшают застойные явления, нормализуют тонус мышц, улучшают психоэмоциональное состояние.

Однако практически все перечисленные методы не учитывают эмоциональное состояние ребенка, и даже мысли о реабилитации вызывают у детей страх и нежелание идти на процедуры. Все это говорит об актуальности поиска новых вариантов проведения реабилитационных процедур, способствующих как решению коррекционных задач, так и улучшению эмоционального состояния ребенка. Это послужило основой экспериментальной части нашего исследования, проведенного на базе Минского городского центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями.

Для проведения экспериментального исследования были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная, каждая из которых включала по 10 детей с ДЦП. Средний возраст в ЭГ составил $4,8 \pm 1,38$ года, в КГ – $4,9 \pm 1,54$ года.

Мы предположили, что для улучшения не только функционального, но и эмоционального и интеллектуального состояния детей с ДЦП можно ввести на занятиях по эрготерапии обучение фокусам и трюкам.

Использование фокусов и трюков в реабилитации впервые было предложено американскими иллюзионистами Кевином и Синди Спенсерами, которые в 1984 году запустили свою программу под названием “Healing of Magic” – «Исцеляющая магия». В нашей стране популяризация данного направления осуществляется общественным объединением «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО», которая проводит в том числе и обучающие семинары.

Целью включения фокусов в занятие по эрготерапии является улучшение состояния детей с ДЦП в таких сферах, как:

- общие двигательные навыки (амплитуда движений, сила и равновесие): верхние и нижние конечности, туловище;
- точные двигательные навыки (манипуляции с предметами и ловкость): скорость, точность и координация глаз-рука;
- внимание: концентрация, доведение до конца планов и память;
- восприятие (визуальное, тактильное и кинестетическое): ощущения, пространственная ориентация, различение цветов, форм, материалов;
- когнитивные навыки: математическая и образовательная деятельность;
- психосоциальные навыки: межличностное общение, самовосприятие, уверенность в себе и навыки самопрезентации;
- решение жизненных проблем: планирование повседневных дел, самоорганизация и стратегические навыки.

Одним из важнейших аспектов использования этой методики является возможность для пациента перенести навыки, усвоенные через изучение и демонстрацию фокусов, в свои повседневные действия, улучшая качество жизни. Эта методика является для обучаемых способом безопасного исследования их уровня навыков, обеспечивая при этом достижение терапевтических целей через развлечение.

Инструктор-методист отбирает те фокусы, которые направлены на определенные результаты – например, улучшают связь между зрением и движениями, развивают хват пальцев руки или улучшают самооценку и уверенность в себе.

Инструктор-методист затем обучает этим трюкам участника, помогая ему понять и выполнять необходимые простые инструкции и движения. Он помогает пациенту пройти путь от простого повторения «магических действий» к исполнению «магического эффекта»: добавить яркости и беглости его действий. В итоге ребенок вполне может удивить и развлечь членов своей семьи и друзей. Инструктор-методист передает ему дар успеха и уверенности в себе, параллельно помогая ему восстанавливать навыки, утраченные в результате его болезни.

Когда ребенок овладевает эффектом, инструктор-методист выбирает новые трюки, которые более сложны и требуют от него чуть больших усилий – и процесс стартует снова: обучение, репетиции, совершенствование, исполнение и демонстрация.

В конце курса необходимо провести вечер выступлений пациентов, где они показывают свое мастерство.

Для занятий используется простой и общедоступный реквизит: карандаши, платки со сторонами шириной 35–40 см, веревки длиной 1 м, разноцветные резинки, скрепки длиной 5 см, бумага – белая и цветная, ножницы и т. п.

Фокусы, применяемые в реабилитации, разделены на категории (базовые, более сложные, самые сложные и т. п.) и для каждого из них указаны ожидаемые полезные результаты, уточненные с помощью инструктора-методиста по эрготерапии.

В начале педагогического эксперимента у всех детей ЭГ и КГ была проведена оценка уровня развития крупной и мелкой моторики, состояния когнитивной сферы и эмоционального состояния. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели ЭГ и КГ в начале педагогического эксперимента ($X \pm Sx$), баллы

Тест	КГ	ЭГ	Достоверность различий ($t_{\text{крит}}=2,1$)
САН	15,5 ± 1,8	15,6 ± 0,8	$t_{\text{набл.}} = 0,05$ $p > 0,05$
Мелкая и крупная моторика	78 ± 3,8	77,2 ± 3,7	$t_{\text{набл.}} = 0,15$ $p > 0,05$
Когнитивное развитие	37,4 ± 1,5	38,7 ± 2,9	$t_{\text{набл.}} = 0,39$ $p > 0,05$

Так как $t_{\text{набл}}$ меньше $t_{\text{крит}}$ во всех трех тестах, то можно сделать вывод, что различия между результатами ЭГ и КГ до эксперимента недостоверны.

Результаты после проведения курса реабилитации представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели ЭГ и КГ в конце педагогического эксперимента ($X \pm Sx$), баллы

Тест	КГ	ЭГ	Достоверность различий ($t_{\text{крит}}=2,1$)
САН	14,4 ± 2,1	8,2 ± 1,3	2,52
Мелкая и крупная моторика	85,6 ± 3,3	95,8 ± 3,4	2,13
Когнитивное развитие	41,7 ± 1,7	48,1 ± 2,3	2,2

Как видно из таблицы 2, все результаты в обеих группах имеют положительную динамику, однако в ЭГ прирост результатов более выражен. Так, в ЭГ результат тестирования когнитивных функций до проведения курса реабилитации составлял 39 баллов, что соответствует уровню развития ребенка 2–3 лет. При повторном тестировании после курса реабилитации – 48 баллов, что соответствует уровню развития ребенка 3–4 лет.

Из таблицы также видно, что у детей контрольной группы показатели САН незначительно изменились, а в экспериментальной группе произошли более положительные изменения в психологическом состоянии, что показывает улучшения в актуальном состоянии самочувствия, жизненной активности и настроения пациентов. В конце эксперимента в контрольной группе показатели психоэмоциональной рассогласованности средние, а в экспериментальной – малые.

Оценка на достоверность различий в конце педагогического эксперимента ($p \leq 0,05$ по всем показателям) подтвердила наше предположение о целесообразности включения специально подобранных фокусов и трюков в занятия по эрготерапии.

1. Варенова, Т. В. Практические рекомендации для специалистов по проблеме оказания помощи детям раннего возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т. В. Варенова. – Минск: Unicef. Детский фонд ООН, 2004. – 19 с.

2. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Academia, 2001. – 128 с.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ У ВОЛЕЙБОЛИСТОВ

Минчук М.Э.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Волейбол является одним из самых популярных видов спорта на Земле, уступающий по популярности только футболу. Наиболее развит волейбол как вид спорта в таких странах как Российская Федерация, Бразилия, Китай, Италия, США, Япония, Польша. Волейбол – олимпийский вид спорта с 1964 года.