

мание, что в 2 раза повышается уровень очень высокой работоспособности (таблица) и остается повышенным в течение ближайшего месяца.

1. Зубовский, Д. К. Введение в спортивную физиотерапию / Д. К. Зубовский, В. С. Улащик. – Минск: БГУФК, 2009. – 235 с.
2. Баранов, А. Ю. Лечение холодом. Криомедицина / А. Ю. Баранов, В. Н. Кидалов. – СПб.: Атон, 1999. – С. 272.
3. Пастухов, Ю. Ф. Адаптация к холоду и условиям субарктики: проблемы термофизиологии / Ю. Ф. Пастухов, А. Л. Максимов, В. В. Хаскин. – Магадан: СВНЦ ДВО РАН, 2003. – Т. 1. – 373 с.
4. Медицинская криология: сб. науч. трудов. – Н. Новгород, 2004. – С. 408.
5. Fricke R., Grapow G., Knauer G. Steigerung von Muskelkraft und Leistung durch Ganzkörper-Kältetherapie – 110°C über 1, 2 und 3 Minuten. DRV-Schriften Band, 12, 1998.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Сидор Ю.В.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В течение последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной высокой смертности в индустриально развитых странах, где от болезней системы кровообращения ежегодно умирает 1 млн человек, что составляет 55 % общей смертности [1, 2, 13]. Одной из них является артериальная гипертензия (АГ), характеризующаяся высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [7, 8]. Важной составляющей неблагоприятной ситуации является проблема АГ у лиц молодого возраста. До недавнего времени считалось, что АГ относительно редко возникает у молодых людей. Однако в последние годы при обследованиях населения были обнаружены повышенные цифры артериального давления (АД) у 23,1 % лиц в возрасте 17–29 лет. При этом раннее развитие АГ является одним из факторов, обуславливающих неблагоприятный прогноз заболевания в дальнейшем [12]. Между тем, именно состояние здоровья молодежи является важным фактором обеспечения социального и экономического развития общества. К данной возрастной категории относится и студенчество – особая социальная группа, имеющая специфические условия труда и жизни и представляющая «стратегический запас» государства [11].

Эти факты позволяют утверждать, что борьбе с АГ следует уделять особое внимание. Однако это достаточно проблематично и имеет определенные сложности. К ним относятся широкая распространенность заболевания и низкая информированность населения о повышении АД. «Молодым людям трудно поверить, что у них гипертония, поэтому они редко повторно приходят на консультацию к врачу, – говорит Дэниэл Лэкленд, представитель Американского общества гипертонии. – Часто такие пациенты могут вылечить гипертонию с помощью похудения и перемены стиля жизни, но они редко пытаются вылечиться» [3].

Запущенная болезнь вызывает повреждение сердца и других органов и может привести к смертельно опасным заболеваниям, таким как сердечное заболевание, инсульт и заболевание почек. АГ называют «тихим убийцей», потому что симптомы обычно появляются только после того, как повреждаются жизненно важные органы [2].

Эпидемиологические исследования показали, что успешная борьба с АГ всеми медикаментозными и немедикаментозными средствами позволяет снижать смертность от сердечно-сосудистых заболеваний почти на 30 % [4].

Сегодня в Беларуси огромное число людей нуждается в постоянной коррекции АД посредством комплексных реабилитационных программ. На данный момент многие из них доказали свою эффективность и значимость, но тем не менее, неуклонный рост заболеваемости АГ и ее серьезных последствий требует дальнейшего совершенствования комплексной реабилитации [5, 6].

На основании проведенного анализа научно-методической литературы по проблеме реабилитации больных АГ, изучения степени эффективности программы, применяемой в УЗ «27-я городская поликлиника» г. Минска, были сформированы экспериментальная (ЭГ) и контрольная (КГ) группы больных АГ из числа пациентов, находящихся под наблюдением в данном учреждении здравоохранения. Под наблюдением находилось 16 человек в возрасте 21–30 лет, страдающих заболеванием АГ II степени, по 8 человек в КГ и ЭГ. У большинства исследуемых образ жизни и профессия характеризовались малой двигательной активностью в сочетании с достаточно высоким нервным напряжением и ответственностью (студенты, учителя, бухгалтеры, продавцы, водители, менеджеры).

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий в КГ и ЭГ осуществлялась по динамике показателей функционального состояния ССС, антропометрических данных и результатов психологического тестирования.

Восстановление больных АГ II степени в амбулаторно-поликлинических условиях осуществляется совместными действиями инструктора-методиста по ФР, физиотерапевта и массажиста в соответствии с комплексной программой ФР, утвержденной в данном лечебном учреждении и представленной в таблице 1.

Таблица 1 – Комплексная программа физической реабилитации для контрольной группы с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях

№ п/п	Средства реабилитации	Дозировка
1.	ЛГ	Ежедневно, 20–35 мин
2.	Массаж: – волосистой части головы; – воротниковой зоны	Ежедневно, 15–20 мин
3.	ФТЛ: – электрофорез воротниковой зоны; – электросон.	Через день, 20–30 мин Через день, 20–40 мин

В соответствии с данной программой в ходе педагогического эксперимента осуществлялась физическая реабилитация больных АГ, входящих в состав КГ. Продолжительность курса физической реабилитации составила 14 дней (с учетом двух выходных дней специалистов данного профиля в соответствии с внутренним режимом работы амбулаторно-поликлинического учреждения).

ФР в ЭГ осуществлялась по разработанной комплексной программе ФР для лиц молодого возраста с АГ в амбулаторно-поликлинических условиях, которая включает лечебную гимнастику, массаж, физиотеплолечение, аутогенную тренировку. Продолжительность курса лечения также составила 14 дней (таблица 2).

Таблица 2 – Комплексная программа физической реабилитации для экспериментальной группы с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях

№ п/п	Средства реабилитации	Дозировка
1.	ЛГ – с музыкальным сопровождением; – с элементами самомассажа	Ежедневно, 30–40 мин
2.	Массаж – общий, с акцентом на дистальные отделы нижних конечностей и воротниковой зоны	Через день, 30–40 мин
3.	ФТЛ – электрофитофорез воротниковой зоны	Через день, 20–30 мин
4.	Фитотерапия – фиточай (сбор №1)	Ежедневно 3 раза в день
5.	Аутогенная тренировка	Ежедневно, 3 раза в день, 2–5 мин

Ежедневное сопоставление средних показателей АД в ЭГ и КГ свидетельствует о положительной динамике в лечении АГ посредством обеих реабилитационных методик. На начало эксперимента средние показатели САД в ЭГ составляли $160,00 \pm 0,94$ мм рт. ст., ДАД – $96,87 \pm 2,48$ мм рт. ст., в КГ – $156,87 \pm 1,31$ мм рт. ст. и $92,50 \pm 1,63$ мм рт. ст. соответственно. На момент завершения реабилитационного процесса средний показатель САД больных в ЭГ достиг $118,12 \pm 0,91$ мм рт. ст., ДАД – $74,37 \pm 1,99$ мм рт. ст., а в КГ – $126,87 \pm 1,31$ мм рт. ст. и $84,37 \pm 1,47$ мм рт. ст. соответственно (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика изменения АД у больных ЭГ и КГ (мм рт. ст.)

Группа	До эксперимента		После эксперимента			
	САД	ДАД	САД	Δ %	ДАД	Δ %
ЭГ	160,000,94	96,872,48	118,120,91	–26,17	71,371,99	–23,22
КГ	156,871,31	92,501,63	126,871,31	–19,12	84,371,47	–8,78
$t_{\text{крит.}}$	2,18	2,18	2,18		2,18	
$t_{\text{набл.}}$	1,9453	1,4763	5,5031		4,0485	
P	0,05	0,05	0,05		0,05	

Динамика АД свидетельствует, что достижение нормальных показателей у пациентов, входящих в ЭГ, наступило на 8-й день применения экспериментальной программы реабилитации.

В КГ процесс реабилитации больных в соответствии со стандартной программой данного лечебного учреждения завершился на 10-й день.

Эти показатели дают основание утверждать, что комплексная программа физической реабилитации для лиц молодого возраста с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях с целенаправленным воздействием средствами релаксации на ЦНС способствуют более интенсивной нормализации АД и улучшению общего самочувствия пациентов.

Таким образом, есть основание утверждать, что разработанная нами программа более эффективна по сравнению с общепринятой. Это позволяет рекомендовать экспериментальную программу для внедрения в практику работы с больными АГ.

1. Алмазов, В. А. Гипертоническая болезнь / В. А. Алмазов; под ред. Е. И. Чазова // Болезни органов кровообращения: рук-во для врачей. – М.: Медицина, 1997. – С. 311–339.
2. Артериальная гипертензия и ее вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 4. – С. 45–51.
3. Гогин, Е. Е. Гипертоническая болезнь / Е. Е. Гогин. – М.: Медицина, 1997. – 400 с.
4. Гребенев, А. Л. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / А. Л. Гребенев. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2001. – 592 с.
5. Епифанов, В. А. Медицинская реабилитация: рук-во для врачей / под ред. В. А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
6. Ковалев, Ю. Р. Спутник терапевта. Внутренние болезни в вопросах и ответах / Ю. Р. Ковалев. – СПб.: Фолиант, 2001. – 520 с.
7. Козлов, А. И. Конституциональные типы и факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии / А. И. Козлов // Новости спортивной и медицинской антропологии: науч.-информ. сб. – М., 1990. – Вып. 2. – С. 73–74.
8. Оганов, Р. Г. Образ жизни и атеросклероз / Р. Г. Оганов, М. Бубнова // Врач. – 2006. – № 3. – С. 3–7.
9. Ольбинская, Л. И. Мониторирование артериального давления в кардиологии / Л. И. Ольбинская, А. И. Мартынов, Б. А. Хапаев. – М.: Медицина, 1998. – 147 с.
10. Петеркова, В. А. Ожирение в детском возрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремезов // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 17–23.
11. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке / П. А. Арва [и др.]. – Медицина, 2000. – 140 с.
12. Статистика. Данные. СПб.: Сова; М.: Эксмо [Электронный ресурс]. – 2005. – Ресурс доступа: http://stat/ooooo.net/raw_trav_74.htm. – Дата доступа: 15.11.2011.
13. Эффективность немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии в общей врачебной практике / Е. В. Фролова [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 2. – С. 35–39.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Соколов В.А., д-р пед. наук, профессор, *Аль-Бшени Фатхи, Абубакер Эльжхани Эльмуатез*,
Белорусский государственный педагогический университет им. Максима Танка,
Республика Беларусь

Введение. Суставная патология носит различный характер. В спортивной практике часто встречаются травмы коленного сустава, которые представляют собой патологию, возникшую под воздействием чрезмерной нагрузки на сустав, под воздействием травмирующего фактора и в результате врожденной или приобретенной слабости тканей коленного сустава [1, 2].

Так, по литературным данным, показатели подвижности в коленных суставах у гимнастов в 7–9 лет при традиционных способах тренировки учащаются на 9–15 % в течение года [2]. У другой категории уровень подвижности существенно снижается. Однако представления о возможностях в развитии суставной подвижности решительно меняются в связи с использованием в спортивной тренировке биомеханической стимуляции мышечной деятельности. Это относится не только к срокам достижения заданного уровня суставной подвижности и расширению возрастного диапазона спортсменов, поддающихся такой тренировке. Речь идет о повышении физических возможностей человека, так как практически при любой степени подвижности в суставах, достигнутой традиционными способами, удастся в той или иной мере улучшить качество суставной подвижности.