

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА ПРИ ТРАВМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ

Намир Лазим Ю.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Учитывая анатомические особенности позвоночного столба, а именно: костно-хрящевые комбинации его структуры, а также свойства мышечно-связочного каркаса, придающего ему одновременную, столь необходимую прочность и эластичность, движения в различных отделах позвоночника являются неодинаковыми по амплитуде. Так, наибольшая подвижность в виде сгибания и разгибания его, а также наклоны в стороны присущи больше шейному и поясничному отделам. Грудной же отдел лишен эластичности, что позволяет ему быть надежной структурной единицей мощного каркаса-хранилища органов грудной клетки, защищая их от чрезмерной подвижности и повреждений [Кайс Ибрахим Эль-Дури, 1988].

Учитывая особенности движения различных отделов позвоночника и огромную функцию, выполняемую шейным и поясничным отделами позвоночника, как отмечают ученые [Кайс Ибрахим Эль-Дури, 1988; Мухаммад Хасан Гамди, 1984], именно в данных областях из-за повышенной функциональности и подвижности локализуется основная его патология.

Относительно меньший процент патологии в других отделах позвоночника обусловлен проекцией наибольшей нагрузки туловища на поясничный отдел в сочетании с его подвижностью и повышенной подвижностью в шейном отделе, учитывая отсутствие таковой в крестцово-копчиковом отделе и относительное отсутствие в грудном отделе из-за прочной связи с ребрами.

Различные теоретические и практические исследования доказывают распространенность и разносторонность патологии данного отдела позвоночника. По данным Susan J. Hall (1995), процентное отношение пациентов, обращающихся ежедневно за медицинской помощью с жалобами и болями в поясничном отделе позвоночника, явно больше в сравнении, кто обращается с болями в других отделах позвоночника. Да и абсолютное их число увеличивается день ото дня.

Также отмечается, что болями внизу спины страдают не только люди, не занимающиеся физической культурой и спортом, с резко уменьшенной эластичностью и подвижностью позвоночника, но и спортсмены с гибкими, эластичными и крепкими мышцами спины и позвоночником. Данная патология у спортсменов обусловлена чрезмерно высокой нагрузкой на позвоночник и постоянной травматизацией и микротравматизацией его в процессе тренировок и соревнований. Однако учеными не установлено прямой связи между занятиями спортом и вероятностью развития люмбагии [Кайс Ибрахим Эль-дури] по следующим причинам:

- поясничный отдел – наиболее подвижный отдел позвоночника, что позволяет ему быть мишенью различных патологий;
- на поясничный отдел позвоночника приходится наибольшая нагрузка организма;
- отсутствие должного внимания к проблемам осанки в детстве, а также к развитию и тренировке мышц спины;
- постоянная травматизация и микротравматизация позвоночника и мышечно-связочного аппарата спортсменами во время занятий спортом, а также повышенной нагрузкой на поясничный отдел позвоночника данной категории людей.

Наиболее часто встречающиеся травмы происходят между 5-м поясничным и 1-м крестцовым позвонками, на втором месте травмы диска между 4 и 5-м позвонками поясничного отдела [Абделькадер Абдельджабар, 1990].

Исследования Амины Халед Альдрауи (1998) доказали, что у людей, страдающих от проблем с позвоночником, которые не проходят соответствующего лечения, снижается уровень жизнеспособности.

При этом большое внимание уделяется лечебной гимнастике, которая делится на *пассивные упражнения*, не предусматривающие участие пациента в выполнении упражнений (физиотерапевт выполняет движения в максимально возможном диапазоне); *вспомогательные упражнения*, при которых пациент выполняет активные движения до предельно возможного уровня, а физиотерапевт продолжает движения до максимально возможного уровня (пациент выполняет часть движений активно, а часть пассивно); *эффективные упражнения*, когда пациент самостоятельно выполняет упражнения и не испытывает болевых ощущений; *упражнения с нагрузкой и противодействием*: пациент выполняет упражнения, противодействуя внешним силам веса, воды, тяжести, силы физиотерапевта [Фуад Эль-Самарраи, Хашим Ибрахим, 1988].

Уровни реабилитационных упражнений зависят от тяжести травмы и глубины поражения позвоночника и спинного мозга. Данные упражнения делятся на три уровня, первый из которых начинается через 3–5 дней после травмы [Самиа Халил Мухаммад, 2008]:

- упражнения положительной и отрицательной амплитуды с помощью физиотерапевта или специальной аппаратуры;
- статические упражнения без влияния на угол и степень сращения повреждения.

Первый уровень: после оперативного вмешательства выполняются эффективные и пассивные упражнения с помощью физиотерапевта. Выполняются полные движения во все стороны, не влияя на процесс заживления. Данные упражнения выполняются до появления возможности выполнения пациентом упражнений второго уровня.

Второй уровень: упражнения данного уровня используются для развития силы и упругости мышц спины при отказе от оперативного вмешательства. Данный уровень используется как отправная точка реабилитационных мероприятий при люмбагиях.

Третий уровень: упражнения данного уровня являются продолжением упражнений второго уровня при отсутствии болей и недостатков выполнения предыдущих упражнений. Данный уровень упражнений предусматривает укрепление мышц спины, живота, таза и бедер.

1. Кайс Ибрахим Эль-Дури. Анатомия человека для студентов ВУЗов физической культуры / Кайс Ибрахим Эль-Дури. – 2-е изд. – Багдад.– 1988. – С. 464.
2. Мухаммад Хасан Гамди. Лечебная физическая культура и массаж в культуризме / Мухаммад Хасан Гамди. – Каир: Лоран, 1984. – С. 21.
3. Susan J. Hall. Basic: Biomechanics Department of Kinesiology Californian state university/ Susan J. Hall. – 1995.
4. Самиа Халил Мухамад. Спортивная травма. Методы лечения и реабилитации / Самиа Халил Мухамад. – Институт физической культуры. Женское отделение. – Багдад: Нас, 2008. – С. 89.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЭРГОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Т.А. Новикова, С.В. Красовская,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Во всем мире растет число детей, нуждающихся в специальной помощи со стороны медиков, психологов, педагогов и социальных работников. Международные общественные организации (ЮНЕСКО, ВОЗ) ведут систематическую работу по сбору статистических данных о частоте и видах нарушений развития.

Тем не менее, в настоящее время статистика свидетельствует, что по степени распространенности в пределах детской возрастной группы первое место по численности занимают дети с образовательными затруднениями (более 40 %); второе место – с нарушением интеллекта (около 20 %); третье – с нарушениями речи (также около 20 %), остальные нарушения в совокупности составляют менее 20 % [1].

До недавнего времени категория детей, имеющих тяжелую форму нарушений интеллекта, квалифицировалась как необучаемая. Сегодня доказано, что коррекционно-педагогическая работа вместе с физической реабилитацией помогают детям с врожденными нарушениями интеллекта осваивать простейшие формы социального поведения, общения, культурно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания.

При этом реабилитацию детей с нарушением интеллекта необходимо рассматривать как комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, специальных методов организации воспитания, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций, активную социализацию детей в обществе.

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности темы исследования.

Целью исследования является формирование мелкой моторики у детей с врожденными нарушениями интеллекта.

Исходя из цели работы решались следующие задачи:

1. На основании анализа научно-методической литературы определить реабилитационные мероприятия, применяемые у детей с врожденными нарушениями интеллекта.
2. Разработать комплексную программу реабилитации для детей с врожденными нарушениями интеллекта.
3. Оценить функциональное состояние детей-инвалидов с врожденными нарушениями интеллекта после применения разработанной комплексной программы реабилитации.

Исследование проводилось на базе ГУО «Смолевичский центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации». В данном учреждении проживают дети в возрасте от 3 до 18 лет с различными психоневрологическими заболеваниями. Чаще всего это – детский церебральный паралич, синдром Дауна, умственная отсталость, синдром повышенной нервной возбудимости, задержка психического развития.