

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.

Всего в исследовании приняло участие 16 детей (10 мальчиков и 6 девочек) с диагнозом «синдром Дауна» либо «умственная отсталость» легкой степени тяжести.

В контрольную группу (КГ) и экспериментальную (ЭГ) включено по 8 детей (5 мальчиков и 3 девочки). Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития и степени умственной отсталости.

Для экспериментальной группы разработана комплексная программа реабилитации (таблица 1).

Таблица 1 – Комплексная программа реабилитации для детей с врожденным нарушением интеллекта

Проводимые мероприятия	Содержание	Дозировка	Общие методические указания (ОМУ)
1. Лечебная гимнастика	По утвержденной программе	3 раза в неделю подгруппами по 25 мин	Увеличен объем общеразвивающих упражнений с предметами
2. Эрготерапия: тренировка мелкой моторики и манипулятивной функции рук	«Лыжи», «Разноцветные прищепки», «Игры с песком», «Игры с соленым тестом, пластилином, глиной», «Цветные капельки», «Называние» «Навинчивание»	Во второй половине дня индивидуально или подгруппами по 25 мин.	ОМУ игр
3. Специальные подвижные игры	«Посадка картошки», «Мяч по кругу», «Сбей кеглю», «Циркачи», «Рисует настроение»	Во второй половине дня индивидуально либо группой по 20 мин.	ОМУ игр
4. Пальчиковая гимнастика	«Зайчик», «Человечек», «Ежик», «Бабочка», «Очки»	В течение дня 3 раза по 1–2 мин	ОМУ заданий
5. Массаж	Точечный массаж Восточный массаж	Через день 15 минут (40 занятий) Ежедневно утром	Выполняется до тех пор пока не будет ликвидирована спастичность той или другой мышцы и пока у больного не появится активная функция мышц. Необходимо обучить ребенка ежедневно после пробуждения, сидя в постели массировать точки «треугольника равновесия». Процедура выполняется под постоянным контролем воспитателя и помощника воспитателя
6. Физиотерапевтическое лечение	Жемчужные ванны Дарсонвализация	Через день, 15 минут 15 процедур Через день, 8–10 минут, 15 процедур	Температура воды 34–36° С. Гребешковым электродом медленно и плавно выполняют расчесывающие движения ото лба к затылку, а при коротких волосах и в обратном направлении. Применяют переменный ток высокой частоты (100–300кГц), высокого напряжения (20кВ) и малой силы (0,02 мА).

Контрольная группа работала по учебной программе центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, которая включала уроки адаптивной физической культуры и предметно-практическую деятельность два раза в неделю.

Перед началом проведения экспериментального исследования проводилось тестирование показателей мелкой моторики детей ЭГ и КГ. Достоверных различий в исходном уровне развития мелкой моторики при выполнении контрольных упражнений в группах не обнаружено ($p > 0,05$).

Таблица 2 – Показатели мелкой моторики детей экспериментальной группы

Тест	ЭГ до эк-та	ЭГ после эк-та	$t_{набл}$	P
«Мозаика»	2,30±0,66	4,30±0,66	3,87 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Разложи»	2,30±0,83	4,10±0,78	3,23 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Застегни»	1,90±0,78	4,00±0,87	3,56 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Шнуровка»	1,50±0,71	3,60±0,70	3,59 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Золушка»	2,40±0,99	4,30±0,66	3,26 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Бусины-горошины»	2,50±0,50	4,30±0,66	2,97 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Лови шарик»	2,00±0,71	3,50±0,50	2,56 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05
«Конструирование из палочек»	2,00±0,71	4,00±0,87	3,84 > $t_{крит} = 2,37$	<0,05

Анализ показателей мелкой моторики детей в ЭГ (таблица 2) свидетельствует о статистически достоверном улучшении параметров тестируемых после проведения комплексной программы реабилитации для детей с врожденными нарушениями интеллекта. Дети контрольной группы во время наблюдаемого периода времени занимались по стандартной методике. Показатели тестирования (таблица 3) позволили увидеть, что применение стандартной методики на протяжении двух месяцев не приводит к достоверно выраженному улучшению мелкой моторики и, вероятно, требует более длительного цикла занятий.

Таблица 3 – Показатели мелкой моторики детей контрольной группы

Тест	КГ до эк-та	КГ после эк-та	$t_{набл}$	P
«Мозаика»	2,30±0,97	2,40±0,48	0,89 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Разложи»	2,40±0,99	2,90±0,78	1,76 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Застегни»	1,90±0,78	2±0,87	0,87 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Шнуровка»	1,50±0,71	1,60±0,99	0,87 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Золушка»	2,30±0,97	2,50±0,87	1,05 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Бусины-горошины»	2,40±0,48	2,60±0,48	1,07 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Лови шарик»	2,10±0,93	2,50±1,00	1,26 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05
«Конструирование из палочек»	2,30±0,83	2,30±0,84	0 < $t_{крит} = 2,37$	p>0,05

Таким образом, результаты экспериментального исследования показали эффективность разработанной программы реабилитации детей-инвалидов с врожденным нарушением интеллекта. Данная программа может быть рекомендована для применения в центрах реабилитации детей с данной патологией.

Шанько, Г.Г. Неврология детского возраста / Г.Г. Шанько. – Минск: БНИИЭТИН, 1990. – 494 с.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

М.Н. Панасюк, С.В. Красовская,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

По данным ВОЗ 2/3 белорусов имеют избыточную массу тела. Согласно исследованиям, 63,7 % мужчин и 69,9 % женщин Беларуси имеют избыточный вес, а 32,2 % женщин и 16,2 % мужчин страдают ожирением. В наше время ожирение стало одним из самых распространенных хронических заболеваний, сегодня эта патология действительно принимает характер глобальной эпидемии, охватывающей практически все страны и народы [1].