

Рисунок – Средний балл показателей реабилитационного потенциала детей 4–6 лет с различными речевыми нарушениями

1. Кольцова, М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка / М.М. Кольцова. – М.: Педагогика, 1973. – 142 с.
2. Комплексная реабилитация детей-инвалидов в условиях детской больницы: метод. рекомендации для врачей реабилитологов / Т.С. Шуплецова. – Минск: Белорусское НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, 2003. – 81 с.
3. Приходько, В.И. Дозирование нагрузки на занятиях адаптивной физической культурой дошкольников с тяжелыми нарушениями речи на основе уровня реабилитационного потенциала / В.И. Приходько, О.Н. Онищук // Материалы научно-практической конференции «Современное состояние и пути развития системы повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров», г. Минск, 19 мая 2011 г. / редкол.: М.Е. Кобринский [и др.]. – Минск: БГУФК, 2011. – С. 258–261.
4. Приходько, В.И. Шкала оценки составляющих реабилитационного потенциала дошкольников с тяжелыми нарушениями речи / В.И. Приходько, О.Н. Онищук // Материалы второго научного конгресса «Проблемы физкультурного образования: содержание, направленность, методика, содержание», г. Калининград, 10–13 окт. 2011 г. / редкол.: В.К. Пельменов [и др.]. – Калининград: БФУ, 2011. – С. 357–360.
5. Соловьева, Т.В. Оздоровительно-коррекционная направленность занятий физическими упражнениями с дошкольниками, имеющими нарушения речи / Т.В. Соловьева // Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 3. – С. 57–59.
6. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / под общ. ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

В.И. Приходько, канд. мед. наук, доцент, Е.М. Коледа,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни остеохондрозом болеют от 40 до 80 % жителей земного шара [2]. Более 80 % населения развитых стран страдает болями в спине, причем число таких больных в последние годы значительно увеличивается [4]. Заболевание проявляется чаще всего в тот возрастной период, когда человек самоутвержден и активен в профессиональной деятельности. Это значимая

экономическая потеря для общества, так как заболевание протекает с периодами обострения и характеризуется временной или стойкой утратой трудоспособности. Наиболее часто остеохондроз развивается в поясничном отделе позвоночника, то есть участке, на который приходится самая большая нагрузка [3]. Явления дегенерации чаще наблюдаются в трех нижних поясничных дисках, составляя 39,5 % в возрасте 20–29 лет, 80 % – после 49 лет у мужчин и 60 % у женщин и почти 100 % – после 60 лет [1]. Эти данные характерны для населения многих стран. Проблема остеохондроза не только медицинская, но и в значительной степени социальная. На лечение и реабилитацию этих больных требуются огромные средства. Это свидетельствует об актуальности разработки комплексных программ восстановления при остеохондрозе с целью профилактики обострений.

Цель исследования: разработать и изучить эффективность программы восстановления для лиц с пояснично-крестцовым остеохондрозом на поликлиническом этапе.

Для достижения цели были использованы следующие методы: анкетирование (изучение анамнеза жизни и заболевания); изучение и оценка физического развития (вес, рост, индекс массы тела (ИМТ)); изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы (пульс, артериальное давление, проба Мартинэ – Кушелевского); тестирование физической подготовленности (силовая выносливость мышц живота и спины, гибкость позвоночника, координация).

Под наблюдением находились 20 человек с диагнозом пояснично-крестцовый остеохондроз, период неполной и полной ремиссии. Средний возраст исследуемых составил $44,3 \pm 1,5$ (от 33 до 55 лет), из них 10 мужчин (50 %) и 10 женщин (50 %).

При анкетировании больных пояснично-крестцовым остеохондрозом выявлено, что 30 % занимающихся имеют высшее образование, 70 % – среднее специальное образование. Около 1/3 больных регулярно занимаются физической культурой. Средняя длительность заболевания составляет 7 лет. У 55 % родственников респондентов, встречалось данное заболевание. У 90 % исследуемых частота периодов обострения составляла 3–4 раза в год, у 10 % – 2 раза в год.

До применения программы восстановления при изучении физического развития установлено, что показатели ИМТ выше нормы у 50 % исследуемых. При изучении функционального состояния ССС выявлено, что в ответ на пробу Мартинэ – Кушелевского нормотонический тип реакции встречался у 30 %, у остальных атипичные варианты. Физическая подготовленность соответствует низкому и ниже среднего уровню у 50–90 % обследуемых. Такая картина физического состояния побудила к разработке программы восстановления для лиц зрелого возраста при пояснично-крестцовом остеохондрозе.

Педагогический эксперимент проводился на базе поликлиники в период с декабря 2010 г. по февраль 2011 г.

Участники эксперимента были разделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную (по 5 мужчин и 5 женщин в каждой группе). Группы подбирались таким образом, чтобы пациенты по вышеперечисленным показателям практически не отличались между собой.

Лица КГ занимались по программе поликлиники, включающей лечебную гимнастику (ЛГ) по 35 мин ежедневно (направлена на укрепление мышечного корсета), физиотерапию (магнитотерапию и лекарственный электрофорез) – 3 раза в неделю, и классический массаж области спины – 3 раза в неделю. Лица ИГ занимались по разработанной программе, которая предусматривала изменение процедуры ЛГ и дополнительно включала курс рефлекторно-сегментарного массажа и самостоятельные занятия. В процедуре ЛГ изменены подготовительная, основная и заключительные части. За счет сокращения времени подготовительной части увеличена основная часть, которая дополнена упражнениями с постизометрической релаксацией (с целью снижения тонуса напряженных мышц) и фитбол-гимнастикой (для укрепления ослабленных мышц). От занятия к занятию постепенно сокращалось время проведения упражнений с постизометрической релаксацией и увеличивалось время, отведенное на выполнение упражнений для укрепления мышц спины и брюшного пресса и фитбол-гимнастики (с целью укрепления ослабленных мышц). Процедуру массажа дополнили рефлекторно-сегментарным массажем области (S5-1, L5-1, D12-10) – 3 раза в неделю по 5 мин. Самостоятельные занятия проводились ежедневно по 10 мин (для укрепления ослабленных мышц) и завершались самомассажем в течение 5 мин (с целью снижения тонуса напряженных мышц).

После применения программы восстановления ИМТ незначительно снизился у лиц ИГ (на 4 %), а у исследуемых КГ не изменился. Анализ показателей деятельности ССС установил, что время восстановления после пробы Мартинэ – Кушелевского уменьшилось у больных ИГ на 25–30 %, а в КГ – лишь на 5 %. При индивидуальном анализе реакции на физическую нагрузку этой пробы установлено, что у больных ИГ нормотонический тип реакции стал встречаться чаще на 30 %, у лиц КГ – с той же частотой (рисунок 1 и 2).

После проведения программы восстановления средние показатели гибкости позвоночника, силовой выносливости мышц живота у лиц ИГ стали соответствовать среднему уровню, силовой выносливости мышц спины – низкому, координации – нормативным величинам. В КГ средние показатели гибкости позвоночника, силовой выносливости мышц живота остались на уровне ниже среднего, силовой выносливости мышц спины – низкому, координации – ниже нормы.

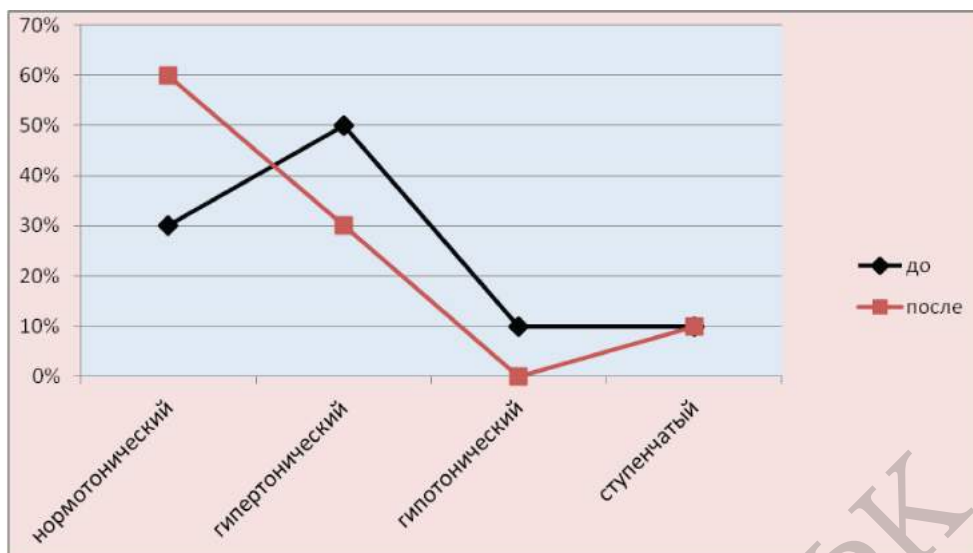


Рисунок 1 – Частота встречаемости различных типов реакции ССС на пробу Мартинэ – Кушелевского до и после применения программы восстановления у лиц ИГ



Рисунок 2 – Частота встречаемости различных типов реакции ССС на пробу Мартинэ – Кушелевского до и после применения программы восстановления у лиц КГ

Низкий и ниже среднего уровни развития гибкости позвоночника, координации, силовой выносливости мышц спины и живота стали встречаться реже на 30–40 % у лиц ИГ и лишь на 10–20 % – у лиц КГ (рисунок 3 и 4).

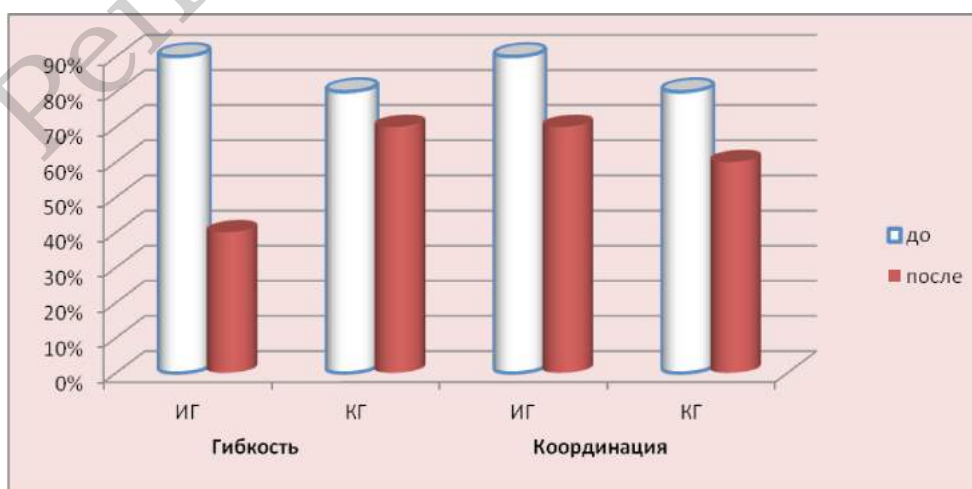


Рисунок 3 – Частота встречаемости низкого и ниже среднего уровней развития гибкости и координации у ИГ и КГ до и после применения программы восстановления

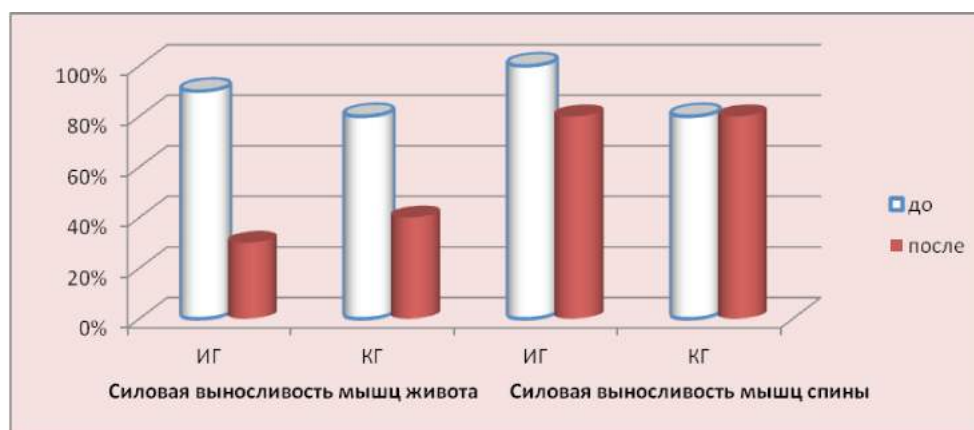


Рисунок 4 – Частота встречаемости низкого и ниже среднего уровней развития силовой выносливости мышц спины и живота у ИГ и КГ до и после применения программы восстановления

Разработанная программа восстановления проводилась 2–3 раза на протяжении 2011 года, что привело к снижению частоты встречаемости обострений пояснично-крестцового остеохондроза у обследуемых лиц до 1–2 раз в год.

Полученные результаты: улучшение показателей физического состояния и урежение частоты обострений свидетельствуют об эффективности разработанной комплексной программы восстановления и позволяют рекомендовать ее для применения на поликлиническом этапе у больных с пояснично-крестцовым остеохондрозом.

1. Веселовский, В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. – Рига: – 344 с.
2. Дривотинов, Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб.-метод. пособие / Б.В. Дривотинов, М.Д. Панкова, Хамед Махамед С. Абдельмажид; под общ. ред. проф. Т.Д. Поляковой. – Минск: БГУФК, 2010. – 395 с.
3. Дривотинов, Б.В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе / Б.В. Дривотинов. – Минск: Беларусь, 1979. – 144 с.
4. Клиника позвоночника. Федеральный центр лечебной физкультуры и спортивной медицины МЗРФ. Остеохондроз [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.Lfkmedical.ru](http://www.Lfkmedical.ru) .

ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МУЖЧИН 40–50 ЛЕТ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н.С. Сауль, А.И. Солдатенкова, канд. мед. наук, доцент,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В современном мире значительно увеличилось количество заболеваний опорно-двигательного аппарата, в частности, остеохондрозом. Дистрофические изменения позвоночника – самая распространенная хроническая патология. Как правило, она возникает в возрасте 25–50 лет и является причиной длительной потери трудоспособности. Согласно данным медицинской статистики, до 80 % взрослого населения страны страдает остеохондрозом.

Остеохондроз грудного отдела позвоночника встречается реже, чем в шейном и поясничном отделах, но чаще является причиной проблем с сердцем, желудочно-кишечным трактом, печенью, почками, при нем могут возникать межреберные боли.

Большую роль в возникновении остеохондроза играют чрезмерные статико-динамические нагрузки на позвоночный столб. Причем чрезмерными могут оказаться относительно небольшие нагрузки, если они приходятся на патологически измененный участок (врожденные аномалии развития, предшествующая травма).

Большое значение в развитии остеохондроза отводится травме позвоночного столба, в первую очередь множественной (постоянной) микротравме.

Правильное положение тела и профессиональная поза имеют важное значение для облегчения труда. Наилучший вариант – выпрямленная спина, когда позвоночный столб прочно упирается в таз. В этом положении межпозвоночные диски нагружаются равномерно и не деформируются. Хорошей профилактикой является смена