



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

поз, периодическое изменение положения тела во время работы. Тренированный и хорошо развитый мышечный «корсет» в значительной степени облегчает и разгружает рессорный аппарат позвоночника. Большую роль играют тренировки, закаливание организма и укрепление мышечной системы плаванием, ежедневной зарядкой.

Разработка различных индивидуальных восстановительных программ для укрепления мышечного корсета в грудном отделе позвоночника с учетом вида деятельности человека будет способствовать уменьшению жалоб, улучшению качества жизни и более эффективной производительности труда [2].

Целью нашего исследования была оценка эффективности программы восстановления мужчин 40–50 лет с остеохондрозом грудного отдела позвоночника на санаторном этапе восстановления.

Для достижения поставленной цели нами были сформулированы следующие задачи:

1. Проанализировать научно-методическую литературу по проблеме остеохондроза грудного отдела позвоночника
2. Разработать программу восстановления для мужчин 40–50 лет с остеохондрозом грудного позвоночника
3. Изучить динамику показателей функционального состояния грудного отдела позвоночника у мужчин 40–50 лет при остеохондрозе грудного отдела позвоночника на санаторном этапе восстановления.

Все результаты обработаны с помощью методов математической статистики.

Анализ научно-методической литературы по проблеме остеохондроза грудного отдела позвоночника показал, что необходимо учитывать этиологические факторы, играющие роль в развитии заболевания, и в первую очередь травматический; главными в предупреждении остеохондроза можно считать уменьшение макро- и микротравматизации, а также профилактику и реабилитацию статических и динамических перегрузок позвоночника путем развития мышечного «корсета». Даже при уже имеющемся заболевании на определенных его фазах (в стадии ремиссии после проведенного лечения) специфическая профилактика и реабилитация предотвращают рецидивы и прогрессирование процесса.

Разработка различных индивидуальных восстановительных программ для укрепления мышечного корсета в грудном отделе позвоночника с учетом деятельности человека будет способствовать уменьшению жалоб, улучшению качества жизни и более эффективному выполнению профессиональных обязанностей.

В работе использовались методы анкетирования, двигательного-функциональные тесты, определение тонуса мышц, измерение силы мышц по общепризнанным методикам.

Все результаты обработаны с помощью методов математической статистики.

Исследование проводилось на базе Пружанского санатория.

В исследовании приняли участие 20 мужчин, страдающих остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Во время исследования все мужчины находились в периоде ремиссии и получали лечение в санатории.

Все мужчины были разделены на две группы (контрольную и экспериментальную). В начале и в конце исследования в обеих группах было проведено тестирование.

В контрольной группе исследование проводилось в начале и в конце педагогического эксперимента. В группу вошли 10 мужчин в возрасте 40–50 лет с остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Контрольная группа занималась по программе санатория.

В экспериментальной группе занималось 10 мужчин в возрасте 40–50 лет с остеохондрозом грудного отдела позвоночника. Занятия с больными экспериментальной группы проводились по составленной нами программе восстановления. В программу были включены занятия лечебной гимнастикой, точечный массаж шейно-грудного отдела позвоночника, самостоятельные занятия на тренажерах по разработанной методике и гидрокинезотерапия в мини-бассейне. По окончании исследования было проведено повторное тестирование.

После проведения занятий самочувствие и результаты тестирования в обеих группах улучшились. Результаты в экспериментальной группе оказались более высокими и достоверными.

Сравнительная динамика результатов исследования в обеих группах представлена в таблице.

Таблица – Сравнительная динамика результатов исследования

Результаты исследования	Контрольная группа	Исследуемая группа	P
Наклон вперед, см	2,50±0,67	4,90±0,62	<0,01
Сила мышц живота, кол-во раз	26,70±1,43	30,80±1,91	>0,05
Сила мышц спины, кол-во раз	27,30±1,67	31,30±1,47	>0,05
Сгибание-разгибание рук в упоре лежа, кол-во раз	17,70±1,53	21,30±1,07	<0,01
Подтягивание на перекладине, кол-во раз	1,70±0,68	2,10±0,66	<0,01
Бросок набивного мяча (1 кг), м	4,79±0,14	5,35±0,18	>0,05
Проба Штанге, с	45,20±1,82	52,00±2,45	<0,01
Проба Генчи, с	17,20±0,78	20,90±0,76	>0,05
Спирометрия, мл	3845±53,4	3875±50,83	>0,05

Из таблицы видно, что экспериментальная группа, занимавшаяся по внедренной нами программе восстановления, за период исследования существенно улучшила все тестовые показатели ($P < 0,05$), а в контрольной группе не все результаты изменились значительно ($P > 0,05$).

Показатели физической подготовленности при повторном исследовании оказались у исследуемой группы выше, чем у контрольной. Так, показатели гибкости в ИГ выросли значительно больше, чем в КГ; уровень силовой выносливости в ИГ увеличился на 90 %, а в КГ – на 30,7 %; уровень силы мышц рук и спины возрос в ИГ и КГ на 18,6 и 3,9 % соответственно.

При исследовании функционального состояния системы дыхания оказалось, что у 2/3 обследуемых лиц развитие кардиореспираторной системы находится на среднем и почти у половины – на низком уровне.

Исследование функционального состояния системы дыхания после проведенной программы восстановления выявило, что показатели пробы Штанге возросли на 20,7 и 2,5 % в ИГ и КГ соответственно, а результаты пробы Генчи увеличились в КГ на 8,2 %, а в ИГ – на 27,4 %. Прирост показателей ЖЕЛ составил менее 1 % в обеих группах.

Таким образом, проведенные исследования показали, что разработанная нами программа восстановления мужчин 40–50 лет с остеохондрозом грудного отдела позвоночника оказалась наиболее эффективной и может быть рекомендована к практическому применению.

1. Карлов, В.А. Терапия нервных болезней: руководство для врачей / В.А. Карлов. – М.: Шаг, 1996. – 653.
2. Девятова, М.В. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника и заболеваниях периферической нервной системы / М.В. Девятова. – Л.: Медицина, 1983. – 160 с.
3. Основы математической статистики: учебное пособие для ин-тов физ. культ. / под ред. В.С. Иванова. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 176 с.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ 9–11 ЛЕТ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

И.М. Сенкевич, В.Г. Калюжин, канд. мед. наук,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Для развития человека слух имеет огромное значение. У ребенка, лишенного слуха, познание окружающей действительности крайне затруднено. Ребенок не сможет самостоятельно научиться говорить, так как не воспринимает речь, не слышит звуковых образцов. Глубокие нарушения слуха и речи способствуют изоляции аномальных детей, так как ограничено их участие в различных видах деятельности совместно с нормально слышащими детьми [3].

Особенности моторики глухих порождаются целым комплексом причин, одной из которых является нарушение функций отдельных систем организма. Очень велика роль вестибулярного аппарата в развитии двигательной сферы. Проводились специальные исследования, с помощью которых выявлены различные проявления вестибулярной дисфункции у 62 % детей, имеющих нарушения слуха. Даже незначительные нарушения в работе вестибулярного аппарата вызывают существенные изменения моторики глухих. Вместе с тем нельзя не учитывать тот факт, что количество глухих, у которых проявляются своеобразные особенности в двигательной сфере, превышает число лиц, страдающих вестибулярными нарушениями [3, 4].

Эти положения можно объяснить тем, что патологический процесс в слуховом анализаторе изменяет не только функции вестибулярного аппарата, но и функции кинестетического анализатора, который также определяет особенности двигательной деятельности глухих.

С точки зрения физиологии о состоянии двигательной сферы можно судить по некоторым неврологическим показателям. У 64 % глухих имеются резкие изменения характера рефлекторного ответа, и у 43 % отмечено невыраженное снятие тормозного влияния коры головного мозга.

Анализ литературы свидетельствует, что состояние двигательной сферы детей с нарушением слуха зависит от ряда причин. При этом в разных случаях любая из них может играть важную роль. Вместе с тем можно утверждать, что особенности развития двигательной сферы у глухих детей обусловлены тремя основными факторами: отсутствием слуха, изменением некоторых функциональных систем и недостаточным развитием речи.

Для глухих и слабослышащих школьников характерны следующие разнообразные нарушения в двигательной сфере, которые необходимо учитывать при организации работы [3, 4, 8]:

- недостаточно точная координация и неуверенность в движениях;
- относительная замедленность овладения двигательными навыками;