

внеучебное время. Не обошлось и без тех, кто относится к занятиям равнодушно и не считает, что заинтересованность нужно повышать.

По результатам проведенного анкетирования студентов-первокурсников можно сделать следующие выводы:

1. Исследование позволило установить, что большинство студентов-первокурсников, поступивших в ЗКГМА имени Марата Оспанова, признают необходимость занятий физической культурой, о чем говорит характер ответов на поставленные вопросы.

2. Выявлена заинтересованность в дополнительных занятиях физическими упражнениями и знаниях по физической культуре и спорту. Студенты-медики, изучив средства физической культуры и научившись ими пользоваться, в процессе обучения в вузе будут совершенствоваться и оздоравливать свой организм, а затем эти знания и навыки будут применять в работе с пациентами.

ПРОЯВЛЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Босовец Е.В.,

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,
Республика Беларусь

Введение. В мире существуют государства с высокой и низкой распространенностью ишемической болезни сердца (ИБС). Особенно низкие показатели смертности от этого заболевания отмечаются в ряде стран Азии, Африки и Латинской Америки.

Из 2 млн летальных исходов, ежегодно регистрируемых в США, 1/2 связана с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе более 1/3 приходится на ишемическую болезнь сердца. В настоящее время в США от ишемической болезни сердца ежегодно умирает около 650 тыс. человек; в Германии ежегодно регистрируется около 250 тыс. случаев инфаркта миокарда [3].

Рост показателей смертности от ишемической болезни сердца в Республике Беларусь за период с 2001 по 2002 гг. составил 1,3 % – трудоспособного населения (таблица).

Таблица – Динамика показателей смертности от ИБС в Республике Беларусь за 2001–2002 гг. (население в возрасте до 60 лет, %)

<i>Регион</i>	<i>2001 г.</i>	<i>2002 г.</i>
Минск	44,3	41,8
Минская область	61,5	58,9
Брестская область	66,9	70,1
Витебская область	45,0	49,6
Гомельская область	49,8	54,7
Гродненская область	61,7	61,1
Могилевская область	66,5	60,5
Республика Беларусь	55,2	55,9

К определяющим причинам такой ситуации в стране можно отнести различия в соотношении удельного веса городского и сельского населения регионов. В то же время на данном этапе нельзя исключать, что значительный вклад в формирование указанных отклонений вносят такие факторы, как качество и доступность оказания специализированной кардиологической помощи [4].

Инфаркт миокарда (ИМ) – психосоматическое заболевание, связанное с некротическим процессом в сердечной мышце, вызванное прекращением или ослаблением притока к ней крови.

Непосредственной причиной развития инфаркта миокарда может быть:

1) закупорка одной из ветвей коронарных сосудов тромбом или атеросклеротической бляшкой;

2) сужение просвета коронарной артерии либо ее ветвей.

Любая из перечисленных причин ведет к последующему нарушению кровоснабжения данного участка сердечной мышцы и развитию ишемического некроза [1].

Чтобы успешнее бороться с болезнью следует изучить причины и механизмы ее развития. Однако в основе большинства заболеваний лежит не одна причина, а целый комплекс различных факторов. Среди них имеются ведущие, оказывающие наиболее существенное воздействие, и второстепенные. При этом у одного человека на первый план выступает одна комбинация факторов, у другого – другая.

Дополнительными факторами являются: наследственность, нарушение питания, сахарный диабет, ожирение, стрессы и отрицательные эмоции, гипокinezия, курение, гипертония.

У больных изменяется психологический статус, так как в больного вселяется постоянный страх перед возможным повторением сердечного приступа. Страх иногда настолько «сковывает» жизнь пациента и устраняет его физическую активность, что резко снижает качество его жизни, он перестает ощущать себя полноценным членом общества. Различают семь типов личностной реакции на болезнь: синдром тревоги, синдром кардиофобии, синдром ипохондрии, синдром психастении, синдром депрессии, синдром анозогнозии («отрицания болезни»), синдром истероидности [2].

Целью исследования явилось определение уровня тревожности у больных мелкоочаговым инфарктом миокарда для обоснования разработанной программы восстановления больных, перенесших мелкоочаговый ИМ на стационарном этапе лечения.

Настоящее исследование проводилось на базе больницы скорой медицинской помощи г. Минска с больными, перенесшими мелкоочаговый ИМ, в возрасте 50–60 лет. Были сформированы контрольная группа (КГ), в состав которой входили 4 (40 %) женщины и 6 (60 %) мужчин, и экспериментальная группа (ЭГ), состоящая из 5 (50 %) женщин и 5 (50 %) мужчин. Обе группы выполняли стандартную лечебную гимнастику. Пациенты ЭГ дополнительно получали: мышечные тренировки, рекомендации по питанию, музыкотерапию, массаж, ароматерапию.

Методы исследования. В исследовании была использована анкета «Шкала проявления тревожности», разработанная Т.А. Немчиным, которая предназначена для измерения уровня тревожности и искренности ответов испытуемого [2]. Уровень лжи определялся количеством совпадений ответов испытуемого с ключом. Максимальная оценка составляла 10 баллов.

Оценка 40–50 баллов рассматривалась как показатель очень высокого уровня тревожности, 25–40 баллов – показатель высокого уровня тревоги, 15–25 баллов – среднего (с тенденцией к высокому) уровня, 5–15 баллов – среднего (с тенденцией к низкому) уровня и 0–5 баллов – низком уровне тревожности.

Проведение анкетирования предусматривало получение информации от респондентов путем письменного ответа на систему стандартизированных вопросов из заблаговременно подготовленных анкет.

Результаты. В ЭГ до проведения восстановительной программы у 40 % испытуемых был очень высокий уровень тревожности, а у 60 % – высокий уровень тревоги. После проведения программы у 40 % наблюдался средний с тенденцией к высокому уровень, а у 60 % – средний с тенденцией к низкому уровень тревоги. В среднем у ЭГ до начала проведения программы восстановления уровень тревожности находился на отметке 35,5 балла (высокий уровень тревоги), а после ее проведения – 13 баллов (средний с

тенденцией к низкому уровню) (рисунок 1). Соответственно, уровень тревоги в ЭГ снизился на 22,5 балла (63,3 %).

В КГ до лечения у 40 % испытуемых наблюдался очень высокий уровень тревожности, а у 60 % – высокий уровень тревоги. После лечения у 50 % отмечался высокий уровень тревоги, и у 50 % – средний с тенденцией к высокому уровню. В КГ среднее значение уровня тревоги до лечения составляло 37,1 балла (высокий уровень тревоги), а после лечения – 26,6 балла (высокий уровень тревоги) (рисунок 1). В целом уровень тревожности в КГ снизился на 10,5 балла (28,3 %), т. е. в данной группе остался высокий уровень тревоги.

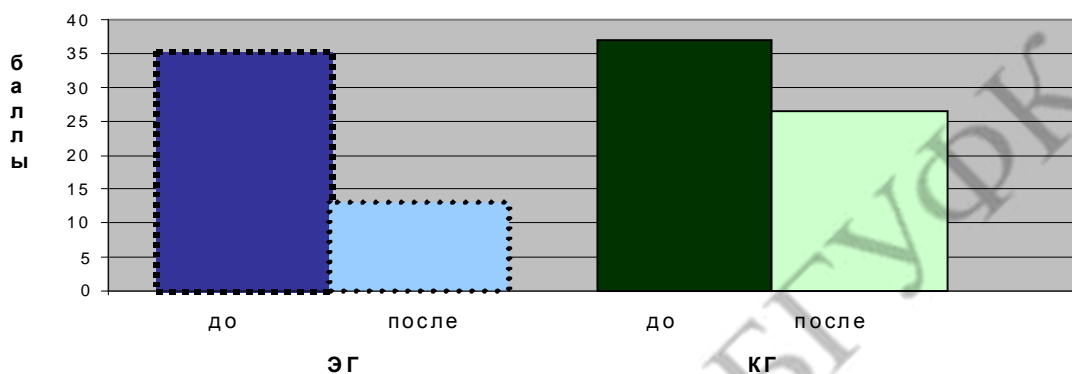


Рисунок 1 – Проявление тревожности в ЭГ и КГ

При оценке «шкалы лжи» в ЭГ до начала проведения программы данный показатель составлял 3,8 балла, а после ее проведения – 3 балла, то есть снизился на 0,8 балла (21 %). В КГ данный показатель до лечения составлял 4 балла, а после – 3,4 балла, то есть снизился на 0,6 балла (15 %) (рисунок 2).

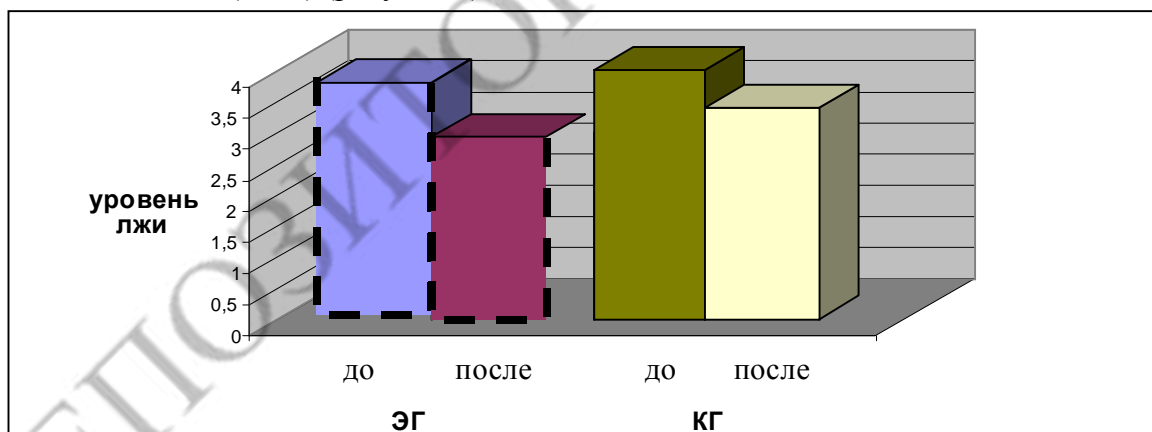


Рисунок 2 – Уровень лжи у больных экспериментальной и контрольной групп до и после лечения

Выводы. Исходя из показателя уровня тревоги в ЭГ, который оказался ниже на 35 %, по сравнению с результатами в КГ, и уровня лжи в ЭГ, снизившегося на 6 % больше, чем в КГ, можно утверждать, что разработанная программа восстановления является более эффективной, чем предлагаемая в больнице для улучшения психоэмоционального состояния пациентов.

1. Лечебная физическая культура: учебник для вузов / под ред. В.Е. Васильевой. – М.: Физкультура и спорт, 1970. – 368 с.
2. Пристром, С.Л. Лечебная физическая культура при ишемической болезни: метод. рекомендации / С.Л. Пристром, Е.В. Рысевич; М-во спорта и туризма Республики Беларусь; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск: БГУФК, 1996. – 26 с.

3. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. – М.: Медицина, 1991. – 298 с.
4. Цыбин, А.К. Анализ показателей смертности от болезней системы кровообращения / А.К. Цыбин [и др.] // Здоровоохранение. – 2004. – № 3. – С. 5–10.

ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Буцкевич И.А.,

Бондаренко Е.А.,

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,

Республика Беларусь

Актуальность нашего исследования обусловлена тем, что данное заболевание встречается довольно часто – 1,7–1,9 на 1000 родившихся детей [5]. Из этого числа многие дети рождаются с умственными отклонениями и в дальнейшем недееспособны. Те же дети, интеллектуальное развитие которых не нарушено, физически малоактивны, в результате чего страдают различными дополнительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. К этому присоединяются и различные психические расстройства, вызванные особым отношением невоспитанных сверстников. Когда приходит время половой зрелости, юношам и девушкам с церебральным параличом довольно трудно найти спутников жизни. Все эти факторы накладывают отпечаток на психику, зачастую приводя к суицидам или уходу больного «в себя» [3].

Как утверждают ученые, заболевание неизлечимо, но добиться хороших результатов хоть и трудно, но можно. Проблема обостряется нехваткой профессиональных медицинских кадров и недостатком внимания к таким детям [6].

Термин «детский церебральный паралич» впервые был предложен З. Фрейдом в 1893 году. Он стал так называть группу заболеваний внутриутробного и родового происхождения с двигательными нарушениями церебрального происхождения [1]. Им же была предложена классификация форм ДЦП по пораженным конечностям, которая рассматривала только двигательную сферу: монопарез, парапарез, гемипарез, трипарез, тетрапарез.

Топографический принцип этой классификации форм ДЦП не давал представления о характере психических и речевых расстройств.

Профессор К.А. Семенова в 1978 году вывела наиболее совершенную, всеохватывающую классификацию форм ДЦП с учетом развития не только двигательной, но и интеллектуальной, психоречевой и эмоциональной сфер: а) болезнь Литтла – форма, при которой руки поражаются в значительно меньшей степени, чем ноги, иногда минимально; б) форма, при которой руки поражены так же тяжело, как и ноги, или же еще более тяжело; в) одностороннее поражение конечностей; г) гиперкинетическая форма с подформами: двойной атетоз, атетозный баллизм, хореоатетозная форма, хореический гиперкинез; д) атонически-астатическая форма, в отличие от остальных форм заболевания характеризуется низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, отсутствием или недоразвитием установочных рефлексов и высокими сухожильными и периостальными рефлексами [8].

Рассмотрим этиопатогенез возникновения детского церебрального паралича и подходы к классификации заболевания в настоящее время. По времени развития выделяют следующие группы детского церебрального паралича: поражение во внутриутробный период, поражение во время родов, поражение головного мозга ребенка после родов [2].

Нормальное развитие плода, особенно его мозга, может быть нарушено вследствие изменения обмена витаминов, микроэлементов, снижения уровня сахара, нарушения строения и содержания нуклеиновых кислот и других обменных процессов [7].