

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Вашкевич И.А.,  
Пальвинская Л.В.,*

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

Болезни сердечно-сосудистой системы являются одной из главных причин инвалидности и смертности населения большинства развитых стран мира. В зависимости от уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в настоящий момент среди государств Европы выделяют 3 группы стран. Первая группа – страны со стабильно низким уровнем смертности от ССЗ (Италия, Испания, Греция). Вторая – страны с постоянным снижением смертности от ССЗ (Великобритания, Дания, Финляндия). Третья группа – страны с ростом уровня смертности от ССЗ. К ним относятся большинство стран Восточной Европы, а также Россия, Украина, Беларусь [2]. В России показатели преждевременной смертности от ССЗ в 2 раза и более превышают таковые в других развитых странах мира [1]. Если в США за период с 70-х до середины 90-х годов смертность от ССЗ снизилась на 46 %, то в России, наоборот, за этот же период смертность по данной причине увеличилась на 26 % [3]. Анализ состояния здоровья населения Республики Беларусь показывает, что демографическая ситуация ухудшается. В Беларуси в 90-х годах отмечался выраженный рост смертности от болезней системы кровообращения (БСК). Удельный вес БСК вырос с 48,7 % в 1991 г. до 50,4 % в 1997 г. [4].

Артериальная гипертензия (АГ) является величайшей в истории пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [2]. Под термином АГ понимают устойчивое повышение систолического артериального давления (САД) до 140 мм рт. ст. и более и/или диастолического артериального давления (ДАД) до 90 мм рт. ст. и более [3]. Актуальность проблемы АГ для здравоохранения Республики Беларусь обусловлена распространенностью данной патологии и значительными экономическими потерями в связи с инвалидизацией и смертностью населения от осложнений АГ. Согласно эпидемиологическим исследованиям у каждого пятого жителя Республики Беларусь старше 18 лет отмечается повышенное АД [4]. Факт наличия АГ увеличивает риск развития инфаркта миокарда со смертельным исходом в 2,5 раза по сравнению со здоровыми лицами [1].

Возникновение АГ обусловлено многими причинами. Они представляют результат сочетания факторов риска. Эти факторы связаны с психоэмоциональным перенапряжением в жизни, вредными привычками, избыточным весом тела, с повышенным уровнем холестерина в крови и малоподвижным образом жизни [2].

В настоящее время специалисты здравоохранения уделяют пристальное внимание методам профилактики и реабилитации больных с АГ. Профилактика подразумевает индивидуальные наблюдения за собой, регулярные медицинские обследования, внедрение здорового образа жизни. Реабилитация включает медицинские мероприятия с целью максимально возможной компенсации нарушенных функций.

Целью нашего исследования явилась разработка лечебно-оздоровительной программы для лиц с АГ I–II степени на поликлиническом этапе восстановления.

Исследование организовано на базе 36-й городской поликлиники в Центре первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с мая по август 2004 года. Под наблюдением находились 22 человека в возрасте 45–55 лет, страдающих АГ I–II степени.

В работе нами использовались следующие методы исследования: анкетирование, позволяющее определить уровень риска болезней коронарных артерий; изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) путем проведения велоэргометрической пробы (ВЭП) и метод математической статистики.

Для осуществления лечебно-оздоровительной программы обследуемые были разделены на 2 группы – исследуемую и контрольную по 11 человек в каждой. По функциональному состоянию они практически не отличались друг от друга.

При анализе данных анкетирования по группам выявлено, что в исследуемой группе курят 27,3 %, а в контрольной группе – 45,5 % респондентов. Превышение нормы веса тела на 16,6 кг и выше отмечается у 18,2 % лиц исследуемой группы и у 36,4 % респондентов контрольной группы. Субъективно оценивают уровень своей физической активности как низкий 27,3 % лиц исследуемой группы и 9,1 % – контрольной. Высокий уровень физической активности практически не отмечается у пациентов обеих групп. Повышенный холестерин крови свыше 6,2 ммоль/л встречается у 27,3 % лиц исследуемой и контрольной групп. У 54,5 % лиц контрольной и у 36,4 % пациентов исследуемой групп отмечаются повышенные показатели САД в покое (140–159 мм рт. ст.). Систолическое давление 160 мм рт. ст. и выше чаще встречается у лиц исследуемой группы (18,2 %) по сравнению с обследуемыми контрольной (9,1 %).

При анализе ВЭП необходимо обратить внимание на такие показатели, как толерантность к физической нагрузке и коронарный резерв. Толерантность к физической нагрузке характеризует наивысшую нагрузку, выполняемую в течение 1 минуты и более, при которой появляется один или несколько признаков непереносимости нагрузки, рассматриваемых как показание к прекращению теста. В случае возникновения признаков непереносимости при выполнении нагрузки мощностью 50 Вт и ниже толерантность расценивается как «низкая», 75–100 Вт – «средняя», выше 100 Вт – «высокая». Коронарный резерв указывает на способность коронарных артерий адекватно осуществлять возрастающий кровоток к миокарду в условиях выполнения физической нагрузки до появления признаков, свидетельствующих о его несостоятельности (электрокардиографические признаки ишемии миокарда, приступ стенокардии) [5].

По результатам ВЭП по группам низкая толерантность к физической нагрузке отмечена у 45,6 % лиц исследуемой группы и у 54,6 % пациентов контрольной, средняя – у 36,4 % обследуемых обеих групп, и высокая – у 18,2 % и 9 % больных исследуемой и контрольной групп соответственно.

Коронарный резерв сердца не выявлен у 18,2 % лиц исследуемой группы и 9,1 % контрольной, снижен у 27,3 и 18,2 % лиц соответственно и сохранен у 54,6 % больных исследуемой группы и 72,7 % пациентов контрольной группы.

Результаты ВЭП считаются отрицательными при достижении 75–85 % возрастной частоты сердечных сокращений, положительными – при появлении смещений сегмента ST на электрокардиограмме. При прекращении нагрузки в связи с возникновением любого другого признака или их комбинации считаются сомнительными [5].

Данные результатов пробы обследуемых исследуемой и контрольной групп представлены на рисунке.

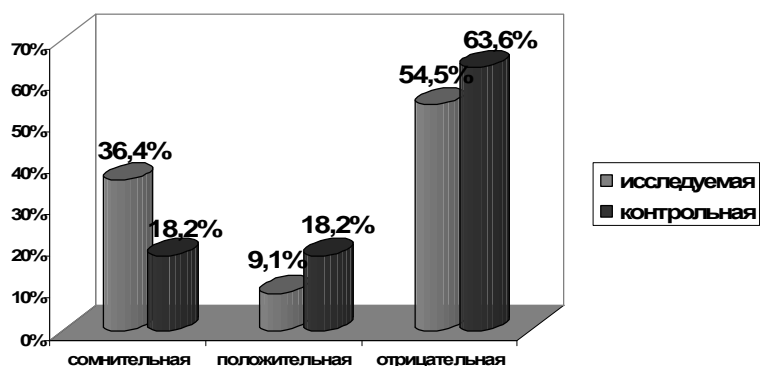


Рисунок – Показатели результатов ВЭП у лиц исследуемой и контрольной групп

В целом результаты пробы показывают, что 36,4 % лиц исследуемой и 18,2 % контрольной группы имеют сомнительные результаты пробы, положительные пробы отмечены у 9,1 и 18,2 % обследуемых соответственно.

Исследуемая группа занималась по разработанной нами программе, которая включала: гипоксические-релаксационные дыхательные тренировки – самостоятельно, ежедневно, 2–3 раза в сутки, общей продолжительностью 10–30 минут; лечебную гимнастику – 3 раза в неделю, в зале ЛФК; диетические рекомендации включали употребление обезжиренных продуктов, продуктов, богатых калием и магнием, ограничение соли (не более 5 г в сутки) и жидкости (1–1,5 л в день).

В контрольной группе лечебно-оздоровительная программа не применялась.

После применения лечебно-оздоровительной программы произошли положительные изменения в функциональном состоянии ССС у обследуемых лиц. Показатели ВЭП после применения лечебно-оздоровительной программы по группам представлены в таблице.

Таблица – Показатели ВЭП у лиц с АГ I–II степени контрольной и исследуемой групп до и после применения лечебно-оздоровительной программы

Группа		Контрольная	Исследуемая
показатели		после	после
Толерантность к физической нагрузке, %	низкая	72,7	18,2
	средняя	27,3	36,4
	высокая	–	45,5
Коронарный резерв, %	сохранен	54,5	90,9
	снижен	27,3	–
	не выявлен	18,2	9,1
Оценка ВЭП, %	положительная	27,3	–
	сомнительная	45,5	9,1
	отрицательная	27,2	90,9

В исследуемой группе высокая толерантность к физической нагрузке встречается у 45,5 % лиц, тогда как у представителей контрольной группы высокая толерантность вообще не отмечается. Средняя толерантность к физической нагрузке у лиц исследуемой группы встречается на 9,1 % чаще, чем у пациентов контрольной группы, а низкая – на 54,5 % реже.

Анализируя коронарный резерв, следует отметить, что прирост сохраненного коронарного резерва у лиц исследуемой группы составил 36,4 %, невыявленный коронарный резерв у пациентов исследуемой группы встречается на 9,2 % реже, чем у лиц контрольной группы. Сниженный коронарный резерв у лиц исследуемой группы после проведения лечебно-оздоровительной программы больше не встречается.

При оценке пробы в целом у представителей исследуемой группы по сравнению с лицами контрольной группы количество отрицательных ВЭП увеличилось на 63,6 %, сомнительных – уменьшилось на 36,4 %, а положительные пробы больше не отмечаются.

На основании выше изложенного можно отметить:

1. Для лиц с АГ I–II степени характерен средний уровень риска в возникновении болезней коронарных артерий и сниженное функциональное состояние ССС.
2. После применения лечебно-оздоровительной программы произошли положительные изменения в функциональном состоянии ССС у лиц исследуемой группы в большей степени по сравнению с обследуемыми контрольной группы.
3. Разработанная лечебно-оздоровительная программа может быть использована для восстановления лиц с АГ I–II степени, так как в значительной степени улучшает функциональное состояние ССС.

1. Богачева, И.В. Ранняя профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: пособие для учителей старших классов / И.В. Богачева [и др.]; под общ. ред. И.В. Богачевой. – Минск, 2000. – 168 с.

2. Гракович, А.А. Профилактике сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в работе врача общей практики: руков. для врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / А.А. Гракович, И.Д. Козлов. – Минск, 2002. – 120 с.

3. Гогин, Е.Е. Гипертоническая болезнь – основная причина, определяющая сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность в стране / Е.Е. Гогин // Тер. Архив. – 2003. – №9. – С. 31–36.

4. Динамика состояния здоровья населения Беларуси за последние 10 лет // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. науч. ред. Л.А. Соколовская [и др.]. – Минск, 2000. – 348 с.

5. Функциональная нагрузочная электрокардиография: руководство / А.П. Воробьев [и др.]; под ред. В.В. Мирончика, А.В. Фролова. – Минск, 1998. – 124 с.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПО КОРРЕКЦИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

***Вашкевич М.А.,***

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,

Республика Беларусь

Внимание к проблеме интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) вызвано тем, что количество людей с этим видом аномалии ежегодно растет [2]. Это обстоятельство требует создания условий для максимально возможной коррекции нарушений развития детей, их образования, профессионального обучения, поиска путей социализации и интеграции в обществе [8].

Умственная отсталость – состояние общего недоразвития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей [5].

В процессе жизнедеятельности человека выполнение большинства бытовых, трудовых, спортивных действий в значительной степени зависит от уровня развития «мелкой» моторики рук [3], т. е. способности выполнять точные и высокодифференцированные действия руками преимущественно за счет работы мелких мышечных групп [4, 9].

Способность выполнять мелкие и точные движения кистями рук и пальцами является одним из важных показателей, отражающих физическое и нервно-психическое развитие ребенка [1, 7].

Мелкая моторика рук взаимосвязана со степенью развития центральной нервной системы, сенсорных механизмов, умственных способностей, речи, письма. Кинестетические импульсы, поступающие от пальцев рук, вызывают активацию ассоциативных зон коры головного мозга, способствуют повышению ее тонуса [6, 7].

Анализ научно-методической литературы по данному вопросу показал, что многие исследователи обращают внимание на необходимость и педагогическую значимость работы по развитию мелкой моторики рук у детей с умственной отсталостью в комплексе коррекционно-развивающих мероприятий [1, 5].

Учитывая все вышесказанное, целью данной работы являлось определение эффективности разработанной коррекционно-развивающей программы по развитию мелкой моторики рук у детей с умственной отсталостью на индивидуальных занятиях адаптивной физической культурой. Проверка эффективности занятий по развитию мелкой моторики проводилась с помощью теста «Башня».