

8. Кривцун, В.П. Тропа здоровья как эффективное средство формирования двигательного компонента здорового образа жизни / В.П. Кривцун // Актуальные проблемы здорового образа жизни в современном обществе, материалы научно-практической конференции / Минск: БГАФК. – Минск, 2003. – С. 411.
9. Куликов, В.М. Особенности организации занятий физическими упражнениями на дорожках (тропах) здоровья // В.М. Куликов, Н.И. Кананович // Физическая культура в школе. – 2002. – №2. – С. 73–82.
10. Репин, Г.М. Тропа здоровья / Г.М. Репин, П.С. Голубович // Физическая культура и здоровье. – 2004. – № 3. – 71–76.
11. Сотникова, М.П. Ходьба для здоровья / М.П. Сотникова. – М.: Физкультура и спорт, 1984. – 32 с.
12. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – учеб. для студентов вузов. – Минск.: Тессей, 2003. – 528 с.
13. Юшкевич, Т.П. Оздоровительный бег / Т.П. Юшкевич. – Минск: Польша, 1985. – 111 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ШКОЛЫ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ» В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Якимец И.В., канд. пед. наук,

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,

Андруневич Л.П., поликлиника № 1 г. Молодечно,

Костян Т.А., медицинский центр «Элиос»,

Республика Беларусь

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита [5].

Распространенность РА в мире составляет 0,5–1 % (A.J. Silman, M.C. Hochberg, 1993). По данным разных авторов (A. Linos et al., 1980; K. Aho et al., 1989; C.E. Dugowson et al., 1991), женщины в 2–4 раза чаще болеют РА [7]. Заболеваемость населения Республики Беларусь на 100000 населения в последние годы составляет от 36,1 до 54,8 случаев [3].

В январе 2000 года в Женеве была открыта Международная Декада костей и суставов (2000–2010). Целью Декады, по заявлению ее организаторов, является улучшение качества жизни больных с костно-суставной патологией, для чего должны быть решены следующие задачи: осознание обществом страданий, причиненных суставно-скелетными нарушениями; возможность для больных участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья; осознание обществом необходимости улучшения профилактики и лечения этих заболеваний путем проведения научных исследований [6].

РА является наиболее инвалидизирующей болезнью, занимая первое место среди воспалительных заболеваний суставов и представляя собой важную медико-социальную проблему не только из-за его широкой распространенности, но, прежде всего, из-за невероятных страданий больных, огромного материального ущерба, причиненного больному, обществу, семье вследствие высокой нетрудоспособности и рано наступающей инвалидности [2].

Из-за неясности этиологии терапия этого заболевания всегда была эмпирической и направленной на специфическое подавление воспаления. Заметных успехов в лечении удалось добиться благодаря сочетанному применению нестероидных противовоспалительных средств и медленно действующих (болезньмодифицирующих) препаратов [4]. Однако, несмотря на наличие и использование множества медикаментозных средств, во многих случаях терапия не дает желаемого результата, и заболевание прогрессирует. В связи с этим большое практическое значение приобретают реабилитационные мероприятия, направленные на сохранение функциональных

возможностей пораженных суставов, стабилизацию патологического процесса. В комплексной системе медицинской реабилитации широко применяются лечебная гимнастика, массаж, механотерапия, физиотерапевтическое лечение.

В то же время только механического выполнения тех или иных упражнений оказывается недостаточно для восстановления утраченных возможностей и обеспечения пациентам оптимального качества жизни. В настоящее время все большее распространение получает такая форма организации и проведения реабилитационных мероприятий, как «Школа здоровья». Для определения необходимости и целесообразности введения «Школ здоровья» нами было проведено анкетирование 21 инструктора-методиста физической реабилитации, проходившего курсы повышения квалификации на базе БелМАПО в апреле 2008 года. Результаты анкетирования показали, что в большинстве лечебно-профилактических учреждений (66,7 %) применяется такая форма организации занятий, однако количество данных школ различается. О том, что в заведении функционирует лишь одна школа заявляли 5 человек из 14, что составляет 35,7 %, две школы – 1 человек (7,1 %), три школы – 5 человек (35,7 %). В то же время три респондента (21,4 %) сообщили, что в их лечебно-профилактических учреждениях функционирует более трех «Школ здоровья».

Наиболее разработаны на сегодняшний день школы для категорий пациентов с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия) – 92,3 % опрошенных заявили о наличии такой школы в своем учреждении, опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз) – 57,1 %, обмена веществ (сахарный диабет, ожирение) – 35,7 % опрошенных. Кроме вышеназванных, в некоторых учреждениях здравоохранения функционируют «Школа профилактики повторного инсульта», «Школа для пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава», гастршкола. Однако о разработанной программе «Школы для больных ревматоидным артритом» не сообщил ни один из респондентов. Исходя из этого, была определена цель педагогического эксперимента – оценка эффективности организации и проведения занятий в условиях стационара в форме «Школы больных ревматоидным артритом».

Мы предположили, что повысить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий можно путем организации занятий данных пациентов в «Школе больных ревматоидным артритом», в которую входили занятия лечебной гимнастикой, занятия по эрготерапии и специально разработанные теоретические занятия. В комплекс лечебной гимнастики включались разнообразные дыхательные упражнения статического и динамического характера, упражнения на увеличение или поддержание объема движений в суставах, выполняемые в медленном темпе. В занятия также была включена музыка, которая использовалась, главным образом, для создания положительного психоэмоционального фона. Суть теоретических занятий заключалась в том, чтобы объяснить пациенткам значимость физических упражнений в целом в комплексной программе реабилитации, действие каждого конкретного упражнения на организм. Также большое внимание уделялось обучению больных методике организации самостоятельных занятий, а именно обучению специальным упражнениям, применяемым при данной патологии. Занятия по эрготерапии были направлены на обучение пациентов правилам защиты суставов и обеспечение их необходимыми вспомогательными средствами. Рекомендации касались следующих вопросов: как правильно поднимать и переносить тяжести; как правильно лежать и вставать с постели; как облегчить жизнь дома; что нужно знать при работе на кухне; как оборудовать ванную комнату и туалет; как правильно подобрать одежду и обувь. Рекомендации давались также и в отношении организации занятий в свободное время (например, каким должен быть крючок для вязания, если пациентка увлекается вязанием).

Для подтверждения выдвинутого предположения было проведено исследование на базе отделения ревматологии первой городской клинической больницы г. Минска. В исследовании приняло участие 20 женщин трудоспособного возраста, страдающих

ревматоидным артритом. Средний возраст их составил 43 года, болеют РА в среднем на протяжении 6–10 лет, обострения – чаще одного раза в год.

Испытуемых разделили на две группы: экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ), в каждую из которых вошло по 10 человек. КГ занималась по общепринятой программе, ЭГ – по программе «Школы больных ревматоидным артритом».

Для оценки динамики состояния пациентов в ходе педагогического эксперимента использовались следующие методы исследования: углометрия; динамометрия.

Сравнивая прирост показателей функционального состояния пациентов ЭГ и КГ до и после занятий по предложенным им программам, мы выяснили, что прирост силы правой кисти в ЭГ составил 54,01 %, против 17,43 % в КГ; прирост силы левой кисти в ЭГ составил 54,15 % против 21,99 % в КГ; прирост угла сгибания в пястно-фаланговых суставах правой руки составил в ЭГ 6,336 % против 2,69 % в КГ; прирост угла сгибания в пястно-фаланговых суставах левой руки составил в ЭГ 6,84 % против 2,92 % в КГ.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что организация и проведение занятий в форме «Школы больных ревматоидным артритом» в условиях стационара оказывает выраженное положительное влияние на функциональное состояние пациентов.

1. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей / Под ред. Томаса Дж. МакГлинна, Гарри Л. Меткалфа; пер. с англ.– М., 1989. – 119 с.

2. Лазарчик, Л.В. Механо- и трудотерапия в программе реабилитации детей с ювенильным ревматоидным артритом в условиях местных санаториев Беларуси / Л.В. Лазарчик, И.И. Василевский // Медицинская реабилитация в санаториях федерации профсоюзов Беларуси: материалы Республиканской научно-практической конф., Минск, 27 мая 2003 г. – Минск, 2003. – С. 127.

3. Малькевич, Л.А. Медицинская реабилитация больных ревматоидным артритом с использованием импульсных магнитных полей и дозированных физических нагрузок: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.34 / Л.А. Малькевич. – Минск, 2000. – 32 с.

4. Наносов, Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней / Е.Л. Наносов.– М.: М–СИТИ, 1996. – 345 с.

5. Наносова, В.А., Ревматические болезни / В.А. Наносова, Н.В. Бунчук. – М.: Медицина, 1997. – 520 с.

6. Насонова, В.А. О Всемирной Декаде костно-суставных заболеваний / В.А. Насонова, Ш. Эрдес // Научно-практич. ревматол. – 2000.– №4.– С. 14–16.

7. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: МОРИОН, 2001. – 272 с.

8. Физическая реабилитация / под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 608 с.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ярошевич О.С., Ракович К.Н.,

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

Введение. Из всех отклонений в состоянии здоровья человека интеллектуальная недостаточность является наиболее распространенным и тяжелым дефектом развития человека. В мире насчитывается более 300 млн человек, страдающих подобным недугом.

Актуальность изучения проблемы коррекции физического состояния детей среднего школьного возраста с легкой степенью интеллектуальной недостаточности обусловлена не