

Из числа опрошенных, которые смогли связать эпизод ТИА с спровоцировавшим фактором, в 18,75 % случаев это был прием пищи (3) и подъем артериального давления (3). По 6,25 % пришлось на физическую нагрузку, сон и понижение артериального давления. В анамнезе всех опрошенных есть артериальная гипертензия. В группе, где инсульт наступил без предшествующей ТИА АГ II степени наблюдалась у 11 (33 %), АГ III степени – у 6 (18 %), с предшествующей ТИА АГ I степени – у 1 (3 %), АГ II степени – у 4 (13 %), АГ III степени – у 11 (33 %). В процессе исследования выявлена различная неврологическая симптоматика транзиторной ишемической атаки (таблица 3).

Таблица 3 – Неврологическая симптоматика при ТИА (n=16)

Неврологические симптомы	Женщины		Мужчины		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
<i>Общемозговые симптомы в встретившихся комбинациях</i>						
Головная боль	-	-	2	12,5	2	6
Головокружение	2	12,5	2	12,5	4	12
<i>Очаговые симптомы</i>						
Двигательные нарушения	5	31,25	5	31,5	10	30
Чувствительные нарушения	4	25	3	18,75	7	24,5
Зрительные нарушения	2	12,5	5	31,25	7	24,5
Координаторные нарушения	-	-	1	6,25	1	3

Выводы:

1. Функциональным порогом ишемии при ТИА является снижение церебральной перфузии до 18–22 мл на 100 г/мин. Вероятность возникновения инсульта наибольшая (31,25 %) через 1–2 месяца после ТИА. В большинстве случаев (27,9 %) длительность эпизода ТИА составляет до 20 мин. С повышением степени тяжести АГ возрастала вероятность развития ТИА.

2. Принадлежность к мужскому полу является фактором риска в возникновении ТИА в более раннем возрасте: 50–54 и 55–62 для мужчин и женщин соответственно.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Панасюк М.Н., Красовская С.В., канд. пед. наук, доцент,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Вследствие того, что научно-технический прогресс облегчил жизнь современного человека, компьютеризация, автоматизация производственного и учебного процессов привели к тому что в жизни современного человека появилось много свободного времени для досуга, произошло значительное облегчение работ, связанных с большими энерготратами, что, в свою очередь, привело к гипокинезии, которая способствует увеличению избыточной массы тела. Исходя из сказанного, тема исследования актуальна.

Целью экспериментального исследования является коррекция избыточной массы тела женщин. Для достижения цели исследования была разработана комплексная программа физической реабилитации, которая рассчитана на 24 дня, включены ежедневные занятия по методике «Бодифлекс», самостоятельные занятия лечебной физической культурой, прогулки, плавание, баня, велопогулки, грязелечение, массаж, самомассаж.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе (2006–2009 гг.) осуществлялся анализ научно-методической литературы, разрабатывалась программа физической реабилитации, определялись методы контроля эффективности реабилитационной программы. На втором этапе (2010 г.) проводился педагогический эксперимент на базе санатория «Восход» г Феодосия, Автономная республика Крым.

В исследовании принимали участие 28 женщин, средний возраст – 35 лет. Методом случайной выборки были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная, каждая по 14 человек. Контрольная группа занималась по общепринятой методике, в которой применялись лечебная и утренняя гигиеническая гимнастика, аэробика и плавание.

Для экспериментальной группы разработана специальная программа реабилитации, учитывающая возраст, физические возможности и пожелания занимающихся. Основу программы физической реабилитации

составили занятия по методике «Бодифлекс», а также дозированный бег или ходьба, массаж или самомассаж, баня или сауна, велопрогулки, грязелечение, лечебное плавание в море. Основным отличием в данной программе реабилитации является использование методики «Бодифлекс», основанной на так называемом азробном дыхании и направленной на растяжку и укрепление различных групп мышц. Учитывая особенности влияния методики «Бодифлекс» на сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма, все испытуемые экспериментальной группы представили справки от врача, что им показаны данные занятия. Осуществлялись статистическая обработка и анализ полученных данных.

Таблица 1 – Показатели объемов тела у женщин контрольной группы с избыточной массой тела

№ п/п	ФИО	Год рожд.	Объемы, см									
			верхняя часть живота		талия		нижняя часть живота		бедра		ноги	
			начальные объемы	конечные объемы	начальные объемы	конечные объемы	начальные объемы	конечные объемы	начальные объемы	конечные объемы	начальные объемы	конечные объемы
1	К-я Е.Н.	1985	76	74	77	75	80	78	98	97	58	58
2	В-к А.А.	1983	81	78	84	80	89	86	107	107	59	58
3	П-к Т.В.	1980	79	79	80	79	91	90	109	109	58	58
4	Я-к А.Г.	1973	78	77	85	83	89	86	100	101	57	57
5	Ш-а К.В.	1978	77	73	79	77	83	83	104	103	59	58
6	П-я Н.А.	1981	74	73	77	77	85	84	97	97	57	57
7	Д-о М.Н.	1979	80	80	86	85	90	88	110	109	59	58
8	М-о М.В.	1975	76	73	78	75	80	80	107	105	56	56
9	А-к О.А.	1982	74	72	76	75	78	77	98	96	56	55
10	Г-я Е.В.	1987	73	73	79	77	85	80	97	97	58	58
11	П-ч А.И.	1980	77	73	78	74	79	74	89	86	59	57
12	Р-я Т.М.	1977	89	85	98	96	101	100	117	115	60	60
13	Р-я Л.И.	1975	91	90	105	103	112	108	123	119	62	60
14	К-о Ю.В.	1964	87	85	88	87	93	90	111	110	59	59
Хер.			79	78	84	82	88	86	105	104	58	58
±σ			5,28	5,28	8,50	8,50	9,97	9,97	9,97	8,50	1,76	1,47

Комплексная программа реабилитации включает 24 занятия по методике «Бодифлекс», 24 самостоятельных занятий лечебной физической культурой, 12 велопрогулок, 18 процедур грязелечения, ежедневные прогулки и плавание в море, 12 сеансов массажа, 24 сеанса самомассажа и 3 сеанса бани. Соотношение и длительность процедур подбираются строго индивидуально.

Для оценки ее эффективности было проведено тестирование до экспериментального исследования и после него (таблица 1, 2). Следуя методике «Бодифлекс», оценивались следующие показатели объемов тела: верхняя часть живота, объем талии, нижняя часть живота, объем бедер и ног (см). Так, по результатам тестирования в начале исследования средние показатели объемов в контрольной группе составили: объем верхней части живота – $79 \pm 5,28$ см, объем талии – $84 \pm 8,50$, объем нижней части живота – $88 \pm 9,97$, объем бедер – $105 \pm 9,97$, объем ног – $58 \pm 1,76$. В конце исследования средние показатели объемов составили: объем верхней части живота – $78 \pm 5,28$ см, объем талии – $82 \pm 8,50$, объем нижней части живота – $86 \pm 9,97$, объем бедер – $104 \pm 8,50$, объем ног – $58 \pm 1,47$.

В экспериментальной группе средние показатели объемов тела в начале исследования следующие: объем верхней части живота – $82 \pm 6,16$ см, объем талии – $86 \pm 7,04$, объем нижней части живота – $95 \pm 6,74$, объем бедер – $106 \pm 4,99$, объем ног – $59 \pm 1,76$. В конце исследования средние показатели объемов составили: объем верхней части живота – $75 \pm 4,69$ см, объем талии – $78 \pm 6,16$, объем нижней части живота – $85 \pm 6,45$, объем бедер – $10 \pm 4,11$, объем ног – $57 \pm 1,47$.

Таблица 2 – Показатели объемов тела у женщин экспериментальной группы с избыточной массой тела

№ п/п	ФИО	Год рожд	Объемы, см																													
			верхняя часть живота						талия						нижняя часть живота						бедра						ноги					
			неделя			неделя			неделя			неделя			неделя			неделя			неделя			неделя								
			Нач. объем	1	2	3	Нач. разм.	1	2	3	Нач. объем	1	2	3	Нач. объем	1	2	3	Нач. объем	1	2	3	Нач. объем	1	2	3						
1	Б-а И.П.	1981	74	73	69	67	76	74	70	69	85	80	78	76	80	78	76	100	97	96	94	57	56	55								
2	Ш-р А.Г.	1986	73	73	71	70	82	81	79	77	88	84	81	79	84	81	79	102	102	101	99	57	57	56								
3	М-а З.Г.	1967	82	80	79	78	87	85	83	81	100	98	94	94	98	94	94	103	103	100	100	59	58	58								
4	Ц-а Л.М.	1962	91	90	84	81	100	97	95	91	107	105	100	98	111	110	108	111	110	108	108	60	59	58								
5	Б-я Н.А.	1975	87	86	83	80	90	86	83	80	99	93	91	87	105	103	104	105	103	104	100	59	58	58								
6	Г-а Ю.В.	1982	76	75	74	73	77	75	74	74	88	85	84	81	88	85	84	98	97	97	96	57	57	56								
7	М-ч Г.М.	1974	82	79	75	74	80	76	75	73	95	85	83	81	107	105	105	107	105	105	103	63	60	59								
8	А-о А.Н.	1978	81	80	80	78	83	81	80	79	90	87	85	83	104	104	102	104	104	102	100	58	57	57								
9	Я-я Е.И.	1974	92	90	85	80	98	95	91	85	103	100	94	90	113	110	110	113	109	108	105	61	60	58								
10	С-а М.А.	1970	94	93	90	87	97	95	90	90	108	103	100	98	115	109	108	115	109	108	107	62	60	58								
11	М-ч Е.В.	1976	79	78	78	74	80	80	78	76	85	83	84	83	100	100	99	100	100	99	98	57	56	56								
12	Ж-о Г.Т.	1980	78	72	69	65	80	75	69	67	87	85	78	77	87	85	78	104	102	100	98	58	56	56								
13	Я-о С.П.	1980	77	74	73	72	77	76	75	73	88	84	84	80	98	97	97	98	98	97	95	57	56	57								
14	Р-а О.И.	1967	87	83	81	74	90	84	80	76	101	92	91	80	119	110	108	119	110	108	106	64	63	60								
	Хср.		82	80	78	75	86	83	80	78	95	90	88	85	106	104	103	106	104	103	101	59	58	57								
	±σ		6,16	6,16	6,16	4,69	7,04	6,74	6,16	6,16	6,74	6,74	6,45	6,45	4,99	3,52	4,11	4,99	3,52	4,11	4,11	1,76	2,05	1,47								

Результаты тестирования после экспериментального исследования показали изменение объемов: в контрольной группе в среднем объем верхней части живота уменьшился на 1 см, объем талии – на 2 см, объем нижней части живота – 2 см, объем бедер – на 1 см, объем ног – не изменился; в экспериментальной группе соответственно на 7, 8, 10, 5, 2 см. Уровень различий показателей объемов верхней части живота, объема талии, объема нижней части живота, объема бедер и ног достоверен с вероятностью $p \leq 0,05$.

Таким образом, анализ эффективности разработанной программы реабилитации женщин с избыточной массой тела показал, что предложенный способ коррекции массы тела позволил добиться лучших положительных результатов у женщин экспериментальной группы. Результаты тестирования свидетельствуют о положительном влиянии методики «Бодифлекс» и включенных в программу средств реабилитации. Разработанная комплексная программа физической реабилитации может быть использована для коррекции и профилактики избыточной массы тела как самостоятельно, так и в оздоровительных центрах.

КОРРЕКЦИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Панкова М.Д., канд. пед. наук, доцент, Гайдучик Ю.В.,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Одним из важных показателей гармоничного развития организма и состояния здоровья является осанка, под которой принято понимать привычное положение тела непринужденно стоящего человека.

Особенности осанки определяются в основном выраженностью и соотношением естественных изгибов позвоночника в сагиттальной плоскости, образующихся в связи с развитием двигательной функции. Осанка – характеристика состояния опорно-двигательного аппарата, уровня физического развития и сформированности (степени зрелости) поведенческих навыков, отражающая способность человека поддерживать оптимальное эстетическое и физиологическое положение тела и его частей при удержании статических поз (стоя, сидя и др.), и обеспечивающая рациональное и адекватное выполнение основных естественных и профессиональных движений. Функции скелета в организме важны и разнообразны. Прежде всего, он служит защитой для жизненно важных органов. Скелет выполняет также функцию опоры для мягких тканей и органов. Он определяет внешнюю форму сегментов тела и всего организма человека. Функция движения обеспечивается подвижно соединенными между собой костями, приводимыми в движение мышцами. Велики биологические функции скелета: участие в минеральном обмене, кроветворении, иммунных процессах. Позвоночник – часть скелета, служащая органом движения и опоры [1]. Стабилизация и прочная фиксация лордозов и кифозов упругими силами позвоночника завершается только в период окончания роста человека, а до этого периода они удерживаются лишь за счет тонуса и статического напряжения большого числа мышц и их непрерывной согласованной работы [2].

Вполне естественно, что нарушения осанки наблюдаются, в первую очередь, у лиц со слабым развитием мышц, удерживающих позвоночник в вертикальном положении. Такие мышцы быстро утомляются, поэтому дети во время игр, работы и отдыха часто принимают облегченные, как правило, порочные позы. Последние же со временем становятся привычными, т. е. приобретают характер стереотипа, существенно усугубляющего имеющиеся физические недостатки. Так, например, привычка ходить и сидеть с опущенной головой обуславливает значительное снижение тонуса мышц пояса верхних конечностей и туловища; при этом опускаются и сводятся вперед плечи, западает грудь, сгибается спина и выпячивается живот.

Всякие отклонения от нормальной осанки не только искажают внешние формы тела, но и негативно отражаются на общем состоянии организма. Формирование у детей стойкой привычки держать тело в правильном положении, своевременно выявлять и исправлять (корректировать) различные нарушения осанки задача взрослых. Причем делать это нужно в младшем школьном возрасте, ибо позднее на коррекцию порочных положений тела потребуются больше времени и энергии.

В процессе физического воспитания детей с дефектами осанки решаются, как общие (повышение эмоционального состояния; улучшение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; укрепление дыхательной мускулатуры; укрепление физического развития; активизация обменных процессов), так и специальные задачи (нормализация трофических процессов мышц туловища; создание благоприятных условий для увеличения подвижности позвоночника; целенаправленная коррекция имеющегося нарушения осанки; систематическое закрепление навыка правильной осанки; выработка общей и силовой выносливости мышц туловища; повышение уровня физической работоспособности). Изложенное выше и определило цель нашего исследования: разработка программы физической реабилитации, направленной на коррекцию нарушений осанки у детей среднего школьного возраста на основе применения лечебной гимнастики с включением базовых упражнений ушу, подвижных игр, массажа, упражнений с использованием фитболов.