

**Перспективы дальнейших исследований** – планируется изучение, усовершенствование и внедрение программы физической реабилитации.

#### **Выводы**

1. Анализ литературных источников свидетельствует о значительном увеличении заболеваемости детским церебральным параличом.
2. Одним из важнейших методов лечения данной патологии является физическая реабилитация, которая направлена на общее укрепление организма, улучшение двигательной активности, нормализацию физического и психического развития, социальную адаптацию.
3. Многими авторами предлагаются разные средства и методы физической реабилитации, направленные на коррекцию двигательной дисфункции при детском церебральном параличе, однако эффективность их продолжает оставаться невысокой, что является причиной продолжения работы в данном направлении.

1. Власенко, С.В. Комплексная коррекция патологической позы и ходьбы у больных детским церебральным параличом с применением специализированного тренажера в условиях санатория / С.В. Власенко, В.И. Денег, Е.Н. Пономаренко // Соціальна педіатрія: зб. наук. пр. – Вип. III. – Киев: Інтермед, 2005. – С. 160–162.

2. О некоторых преимуществах райттерапии при различных формах детского церебрального паралича / Н.И. Ионатамишвили [и др.] // Журнал неврологии и психологии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 2. – С. 25–27.

3. Дитячі церебральні паралічі: профілактика й ефективність реабілітації за методом Козьявкіна / В.І. Козьявкін [та інш.] // Соціальна педіатрія: зб. наук. пр. – Вип. III. – Киев: Інтермед, 2005. – С. 31–36.

4. Лукина, Л.Н. Немедикаментозный способ коррекции функционального состояния людей с участием черноморских дельфинов-афалин / Л.Н. Лукина // Материалы междунар. симпозиума нетрадиционной медицины. – М., 2000. – С. 23–38.

5. Марченко, О.К. Физическая реабилитация больных с травмами и заболеваниями нервной системы / О.К. Марченко. – 2006. – С. 112–126.

6. Потапов, В.Н. Коррекция двигательных нарушений в комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом / В.Н. Потапов, С.А. Суворова // Соціальна педіатрія: зб. наук. пр. – Вип. III. – Киев: Інтермед, 2005. – С. 215–221.

7. Соколовский, В.С. Детский церебральный паралич и восстановительное лечение: состояние проблемы / В.С. Соколовский, С.И. Лазарева // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2004. – № 3 (7). – С. 43–50.

8. Соколов, П.Л. Иппотерапия как метод комплексной реабилитации больных в поздней стадии детского церебрального паралича / П.Л. Соколов, Г.В. Юремова, С.В. Самсонова // Журнал неврологии и психотерапии им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 10. – С. 42–45.

9. Физическая реабилитация детей с нарушением функции опорно-двигательного аппарата / под ред. Н.А. Гросс. – М.: Советский спорт, 2000. – С. 224.

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

*Вашкевич И.А., Пальвинская Л.В.,*

Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

Артериальная гипертензия (АГ) – заболевание, основным симптомом которого является повышение артериального давления. В ее основе лежит нарушение функции высших отделов центральной нервной системы, расстройство нейрогуморальных механизмов. Отличительной чертой АГ является то, что она обусловлена многими причинами, которые представляют собой результат сочетания факторов риска, оказывающих воздействие на боль-

шинство людей. Факторы риска – это такие характеристики индивидуумов, которые связаны с последующим развитием АГ, играя предрасполагающую или обуславливающую роль [1]. Факторы риска связаны с психоэмоциональным перенапряжением, вредными привычками, избыточным весом, с повышенным уровнем холестерина в крови, неполноценной физической нагрузкой. Тот факт, что многие люди подвергаются воздействию более чем одного фактора риска, объясняет широкое распространение АГ. Заметим, что некоторые факторы риска изменить невозможно (наследственные особенности, пожилой возраст, принадлежность к мужскому полу) [2].

Нами была поставлена цель выявить основные факторы риска возникновения АГ и снизить их воздействие.

В работе использовались следующие методы: анкетирование для определения группы риска по болезням коронарных артерий, антропометрия, изучение функционального состояния ССС, метод математической статистики.

Обследовано 11 человек с АГ I–II степени в возрасте 45–55 лет на базе 36-й городской поликлиники

По результатам анкетирования на вопрос «я никогда не курил или бросил курить три и более лет назад» утвердительно ответили 45,5 % обследуемых, «не курю, но живу или работаю с курящими людьми» – 18,2 % респондентов. Курят регулярно, живут или работают с курящими людьми 36,4 % пациентов.

Превышение нормы веса тела на 5,5 кг отмечено у 31,8 % обследуемых, у 27,3 % лиц вес выше на 6,6–16,5 кг и превышение более чем на 25 кг установлено у 13,6 % обследуемых.

Субъективно высокую двигательную активность отметили 9,1 % обследуемых, выше средней – 13,6 % респондентов, среднюю и ниже средней – 36,4 и 22,7 % пациентов соответственно, 18,2 % – низкую.

По последнему анализу крови общий холестерин у 22,7 % лиц соответствует 5,2–6,17 ммоль/л, что превышает норму и у 27,3 % обследуемых данный показатель значительно превышает норму (больше 6,2 ммоль/л).

У 36,4 % обследуемых лиц систолическое артериальное давление (САД) находится на границе нормы, 45,5 % пациентов отмечают повышенное САД в покое (140–159 мм рт. ст.) и 13,6 % лиц 160 мм рт. ст. и выше.

По результатам анкетирования риск возникновения болезней коронарных артерий низкий только у 4,5 % обследованных, у 81,8 % респондентов средний (сумма баллов от 14 до 22), высокий – у 13,6 % лиц.

При анализе показателей физического развития пациентов, средний рост пациентов составил  $166,8 \pm 8,96$  см, вес  $80,5 \pm 14,6$  кг, индекс массы тела (ИМТ) равен  $29,3 \pm 22,0$  у. е. В целом у обследуемых вес тела превышает должностные показатели. При индивидуальном анализе установлено, что у 77 % обследуемых ИМТ выше нормы и у 23 % больных ИМТ соответствует нормативным показателям, но находится на верхней границе нормы.

Известно, что показатели деятельности сердечно-сосудистой системы (ССС) являются интегративными и по частоте пульса в покое, изменению его после нагрузок можно судить о состоянии организма в целом. У обследуемых пациентов частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое находится на верхней границе нормы и составляет  $88 \pm 14,4$  уд/мин. Такие показатели ЧСС свидетельствуют о неэкономной работе сердца в покое.

Уровень САД в покое в среднем составил  $143 \pm 15,2$  мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД)  $92 \pm 15,3$  мм рт. ст. Пульсовое давление (ПД) в среднем составляет  $51,6 \pm 9,0$  уд/мин. Показатели САД, ДАД и ПД говорят о наличии у пациентов АГ I–II степени.

Для снижения уровня риска болезней коронарных артерий, массы тела, улучшения функционального состояния ССС обследуемых нами была предложена лечебно-оздоров-

вительная программа. Программа включала: гипоксическо-релаксационные дыхательные тренировки – самостоятельно, ежедневно 10–30 минут; лечебную гимнастику – 3 раза в неделю 10–30 минут и диетические рекомендации с ограничением к употреблению продуктов животного происхождения, жидкости до 1,5 литра в сутки и поваренной соли не более 5 г в сутки. В течение 4 месяцев обследуемые занимались по предложенной нами программе.

После применения лечебно-оздоровительной программы улучшились показатели физического развития (вес снизился на 11,3 %, ИМТ на 19,2 %) и функционального состояния ССС обследуемых лиц (средние данные САД стали ниже на 11,3 %, показатели ДАД на 9,1 %, ЧСС в покое снизилась на 21,9 %).

На основании вышеизложенного можно отметить:

1. Наиболее характерные факторы риска АГ для обследуемых лиц с АГ I–II степени: курение, недостаточная двигательная активность, повышенное САД, избыточная масса тела, высокий общий холестерин крови.

2. Применение лечебно-оздоровительной программы привело к уменьшению избыточной массы тела и улучшению функционального состояния ССС обследуемых лиц.

1. Возможности оценки и снижения риска неинфекционных заболеваний / Э.И. Зборовский [и др.]. – Минск, 2000. – 170 с.

2. Готовцев, П.И. Лечебная физическая культура и массаж / П.И. Готовцев, А.Д. Субботин, В.П. Селиванов. – М.: Медицина, 1987. – 154 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БИЛЬЯРДИСТОВ 13–14 ЛЕТ В ПРОЦЕССЕ РЕКРЕАЦИОННО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ**

***Веккер Т.В.,***

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины,  
Украина

**Актуальность.** Специфика бильярдного спорта заключается в многогранности тактического мышления, интеллектуальной направленности, развитии и совершенствовании, прежде всего, координационно-двигательных качеств при невысоких физических нагрузках. Координационные способности спортсмена разнообразны, и все же их можно дифференцировать на отдельные виды по особенностям проявления, критериям оценки и факторам, которые их обуславливают [3]. Учет специфических особенностей бильярда имеет первостепенное значение для выбора показателей, которые используются в процессе контроля координационных способностей спортсменов. Эффективность тренировочного процесса в бильярде обусловлена деятельностью анализаторов, подвижностью нервных процессов, которые обеспечивают точность, размеренность движений во времени и пространстве. В процессе контроля используется широкий спектр показателей, которые характеризуют точность воссоздания временных, пространственных и силовых параметров специфических движений, способность к переработке информации и быстрому принятию решения и др. Важная роль в совершенствовании способностей, которые базируются на проприоцептивной чувствительности, в бильярде отводится упражнениям, которые направлены на повышение четкости мышечно-двигательного восприятия, т. е. удары с получением разной скорости движения в пуле.