

«ДНЕВНИК ЗДОРОВЬЯ» КАК ЭФФЕКТИВНОЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Мруц Иван¹

Агапий Евгений²

^{1,2} **Государственный университет физического воспитания и спорта, Кишинэу, Республика Молдова**

Abstractю This study allows us to improve the methodology of patient rehabilitation. The use of the "Health and Rehabilitation Diary" and the methods of control and self-control made it possible to increase the interest and motivation of patients, instil the need for independent exercise and accelerate the rehabilitation of patients with cervical osteochondrthrosis.

Keywords: adaptive physical education, cervical osteochondrosis, rehabilitation program, "Health and Rehabilitation Diary", intervalometry.

Адаптивная физическая культура рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц с ограниченными возможностями в двигательной активности, восстановлении, укреплении и поддержании здоровья, личностного развития, самореализации физических и духовных сил в целях улучшения качества жизни, социализации и интеграции в общество. Отличительной особенностью любой культуры является творческое начало. Следовательно, с полным правом можно сказать, что адаптивная физическая культура как самостоятельная учебная дисциплина представляет творческую деятельность по преобразованию человеческой природы, «окультуриванию» тела, его оздоровления, формирования интересов, мотивов, потребностей, привычек, развития высших психических функций, воспитания и самовоспитания личности, самореализации индивидуальных способностей [2, 4, 7, 8].

Такая многоплановость информации, необходимой для профессиональной деятельности, требует разносторонней теоретической подготовки: знания анатомии, физиологии, биомеханики, теории физической культуры, педагогики, психологии и других общепрофессиональных дисциплин, а также специальных дисциплин медико-биологического цикла (общей патологии и тератологии, частной патологии, врачебного контроля, комплексной и физической

реабилитации пациентов и инвалидов) и дисциплин психолого-педагогического цикла (психологии болезни, возрастной психопатологии и психоконсультирования, специальной психологии и педагогики, психологии развития). Кроме того, специалисты должны быть ознакомлены с современными технологиями физкультурно-оздоровительной деятельности, гигиеническими требованиями и материально-техническим обеспечением занятий адаптивной физической культурой. Двигательные, психические, сенсорные нарушения имеют разные причины, время, степень поражения, сопутствующие заболевания, вторичные отклонения, разный уровень здоровья и сохранных функций, что лимитирует двигательную активность пациентов и требует дифференцированного и индивидуально-ориентированного подхода в выборе средств, методов, организационных форм адаптивной физической культуры, постановки и решения коррекционных, компенсаторных, профилактических задач, сопряженных с процессом обучения, воспитания, физического, психического, личностного развития данной категории людей [3, 9, 10].

Все вышеизложенное предопределило **цель нашего исследования** – необходимость проведения исследования по разработке системы обучения студентов-практикантов методам диагностики, проведения индивидуальных и групповых занятий адаптивной физической культуры в сочетании с контролем за динамикой процессов адаптации и оздоровления пациентов.

Для решения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Изучить данные научно-методической литературы и обобщить существующий передовой опыт диагностики и лечения пациентов, страдающих шейным остеохондрозом средствами адаптивной физической культуры в сочетании с другими терапевтическими процедурами.

3. Оценить эффективность методики применения средств адаптивной физической культуры в комплексном лечении и оценки лечебного воздействия с применением «Дневника Здоровья и Реабилитации» индивидуально для каждого из пациентов.

Для решения поставленных задач применялись следующие методы исследования:

- анализ научно-методической литературы и обобщение передового опыта специалистов в области, прикладной кинезиологии и адаптивной физической культуры;
- наблюдение;
- анкетный опрос;
- анамнез;
- методы функциональной диагностики;
- экспериментальное исследование эффективности разработанной реабилитационной программы и контроля за динамикой реабилитации пациентов;
- методы математической статистики.

Организация исследования. Исследование проводилось в четыре этапа в период с октября 2018 года по апрель 2020 года.

На **I этапе (октябрь 2018 – май 2019)** проводился анализ научно-методической литературы посвященной: этиологии, патогенезу, классификации данного заболевания и различным методикам мануальной терапии, кинетотерапии и кинетопрофилактики посвященные остеохондрозу шейного отдела позвоночника, были определены объект и задачи исследования; в последующем был определен состав исследовательской группы из числа преподавателей и студентов-практикантов; подобран комплекс диагностических методик; определено место и время проведения исследования; разработаны план и программа исследования [1,5,6,8].

На **II этапе (май 2019 – декабрь 2019)** осуществлялась первичная диагностика физического состояния пациентов с шейным остеохондрозом и разрабатывалась реабилитационная программа. Исследование проводилось на базе Медицинского Реабилитационного Центра «Кинетика» г. Кишинева.

На **III этапе (декабрь 2019 – март 2020)** реализовывалась составленная нами реабилитационная программа в течение 3-х месяцев (Приложение 1) с целью выявления ее эффективности методики реабилитации пациентов, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

В ходе исследования была сформирована контрольная и экспериментальная группы, в которые входили по тринадцать пациентов

страдающих шейным остеохондрозом. Это были мужчины и женщины в возрасте 30-70 лет. Пациенты контрольной и экспериментальной групп проходили занятия по разработанной нами на первом этапе исследований комплексной программе физической реабилитации и выполнения двигательных заданий самостоятельно, при этом пациенты экспериментальной группы работали с применением «Дневника Здоровья и Реабилитации», содержание которого включало несколько разделов: «Указания к ведению Дневника», «Показатели состояния здоровья, физической и функциональной подготовленности», «Дневника выполнения двигательных заданий», «Результаты проверки», «Двигательные задания» и «Результаты самоконтроля» [8,9,11]. Кроме того к каждому Дневнику прилагался вкладыш-методичку, включающий объяснительную записку, перечень двигательных заданий с рисунками и методикой их выполнения, тестов самоконтроля, методику их проведения и интерпретации результатов тестирования [5,8,9,10]. В свою очередь исследования протекали в естественных условиях.

На **IV этапе (март 2020 – апрель 2020)** осуществлялись математико-статистическая обработка полученных данных, анализ результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации.

Разработанная нами программа реабилитации была призвана решить следующие задачи:

- максимально снять спастическое напряжение мышц области шеи;
- укрепить мышечно-связочный корсет области позвоночника;
- максимально снизить болевые ощущения, передающиеся из шейного отдела позвоночника в плечевой пояс;
- восстановление нормальной амплитуды движений в суставах плечевого и шейного пояса;
- повышение адаптации пациента организма к физическим нагрузкам;
- оценка эффективности методики самостоятельного выполнения двигательных заданий с применением «Дневника здоровья и реабилитации».

Перечисленные задачи были решены при помощи специальных упражнений (двигательных заданий), используемых в комплексе с лечебной гимнастикой. Таким образом, комплекс проделанной физической реабилитации, которая продолжалась не более 45 минут,

самостоятельного выполнения двигательных заданий, предложенных специалистом по адаптивной физической культуре и применения участниками экспериментальной группы «Дневника здоровья и реабилитации». Перед началом занятия, на пиковом показателе нагрузки, а также в конце занятия каждому пациенту измеряли ЧСС методом интервалометрии [10,11,12].

Разработанная нами **программа реабилитации** включала в себя:

- утреннюю гигиеническую гимнастику (УГГ);
- самостоятельные занятия – двигательные задания, рекомендованные специалистом по адаптивной физической культуре;
- массаж (сегментарно-релаксационный, точечный и баночный);
- мануальную терапию;
- специальную лечебную гимнастику;
- физиотерапию.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что средний возраст пациентов составляет 42,8 года. Впервые обратились за помощью к специалисту трое пациентов. Анализ трудовой деятельности пациентов с шейным остеохондрозом показал преобладание среди них людей в зрелом возрасте (80%) и людей умственного труда (30-80%) во втором случае это может быть обусловлено повышением статическими нагрузками и нервно-психическими перегрузками у данных пациентов усугубляющиеся «сидячим образом жизни». Пациенты занятые физическим трудом составляли 20 %. Продолжительность заболевания до пяти лет встречалась в 59-68% случаев. У 50%-60% испытуемых обострения встречалось 2-3 раза в год. А так же периодические головные боли и боли в области шеи при нагрузке и в покое. До лечения все пациенты предъявляли характерные для данного заболевания жалобы, центральное место среди которых занимали боли различного характера, интенсивности и локализации - 70-80% случаев; нарушение подвижности в шейном отделе позвоночника – в 71% случаев; и напряженные мышцы шеи – в 74% случаев. Вынужденное положение головы было выявлено у 32% пациентов, а у 55% наблюдались онемение в руках, преимущественно в ночное время.

Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга отмечались у 15 человек (75%). При НПНМК предъявлялись жалобы на

головокружение (60%), шум и звон в ушах и голове (21,1%), зрительное расстройство (18,3), а так же на нарушение сна (43%), астению (23%), раздражительность (30,2%) и потерю памяти (58%). Все пациенты жаловались на боль в области шеи, головокружения так же присутствует у всех пациентов, так же как шум и звон в ушах. Нарушение зрения наблюдалось у троих пациентов. В ходе опроса так же были получены следующие результаты: 70% пациентов оценивают по трудности свою работу, как тяжелая, 30% - средней тяжести. У 60% опрошенных пациентов рабочая поза удобная, но длительное время пребывают в этой позе - "сидячая работа", у 10% - рабочая поза с частыми однообразными поворотами туловища, 30% опрошенных работают в вынужденном положении туловища.

Таблица 1. Общие сведения об участниках исследования

Возраст	Обратились впервые		Боли в области шеи		Наличие головокружения		Шум и звон в ушах		Нарушение зрения	
	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
<i>Женщины</i>										
Количество %	40,95	59,05	100	-	100	-	81,8	18,2	59,15	40,85
<i>Мужчины</i>										
Количество %	50	50	100	-	100	-	75	25	50	50

У 70% пациентов отмечаются слабые, нетренированные мышцы, у 20% умеренно тренированные, у 10% тренированные. Всем опрошенным приходилось выполнять тяжелую физическую работу в быту (приходится носить тяжести), 20% опрошенных страдали шейным остеохондрозом и раньше, но к врачу по этому поводу не обращались, а лечились только домашними средствами (натирания, тепло), 50% опрошенных лечились в поликлинике или больнице, 30% лечились в санатории. У 30% пациентов причиной заболевания являлась травма. Боли обостряются 1 раз в два года у 20% опрошенных, ежегодно у 30%, более 2 раза в год у 50% опрошенных. В период между обострениями 30% опрошенных чувствовали себя совсем здоровыми, у 70% во время физической работы появлялись терпимые боли. В период проведения исследования у 80% опрошенных пациентов отмечались тупые, ноющие боли, у 20% - острые, стреляющие боли. Выраженность этих болей у 30% опрошенных - слабые, незначительные, у 60% - терпимые боли, но приходилось принимать обезболивающие

средства, у 10% сильные боли. Уменьшению болей у 10% способствовало принятия положения лежа, у 50% опрошенных - лечебная гимнастика, у 40% - массаж.

Данные анкетирования позволили сделать следующие выводы: 1 - основное число опрошенных пациентов страдали шейным остеохондрозом и ранее, проходили лечение в поликлинике или в больнице; 2 - главными причинами заболевания являлись тяжелая работа, длительное пребывание в вынужденном «сидячем» положении или травма; 3 - обострение болей происходило у большинства опрошиваемых более двух раз в год; 4 - наиболее эффективными средствами, способствовавшими уменьшению болей, были лечебная гимнастика и массаж.

Наличие общепринятых и доступных методов оценки болевого синдрома очень важно, как в клинической практике, так и при проведении исследований. Выделяют наиболее существенные жалобы пациента, когда каждую жалобу можно оценить, не только качественно, но и количественно (Рисунок 1).

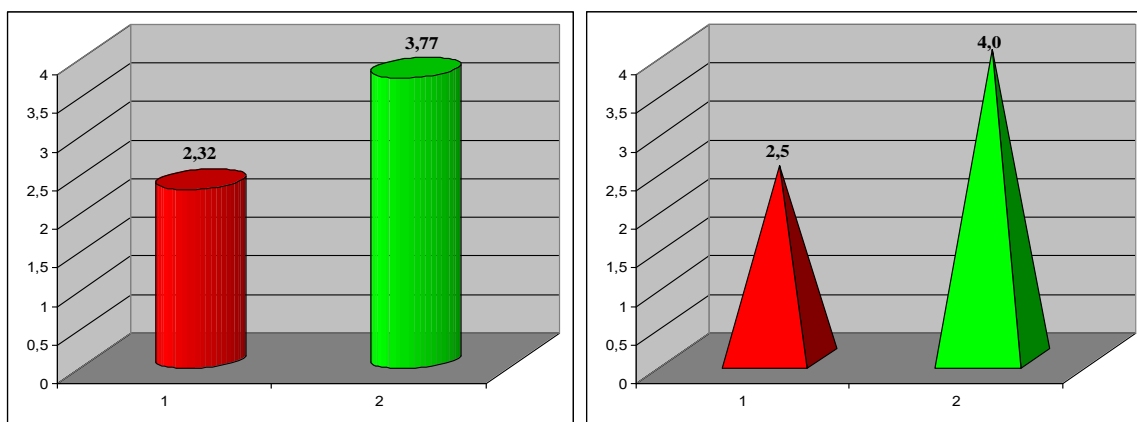


Рис. 1. Показатели первичного обследования - оценки болевого синдрома (1) и силы мышц (2) в баллах: а - у женщин и б - у мужчин

Для оценки эффективности разработанной комплексной программы кинетотерапии были проведены исследования функционального состояния шейного отдела позвоночника – измерялся объем движений шейного отдела позвоночника до начала (Рисунок 2) и после проведения исследования (Рисунок 3).

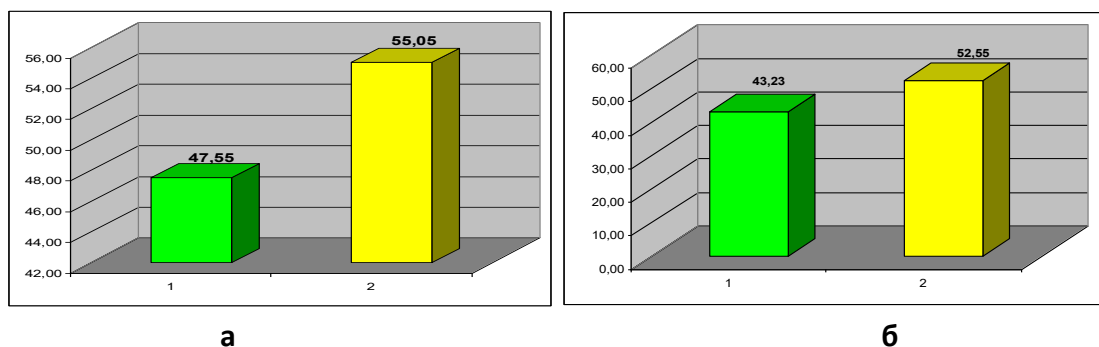
Наиболее выраженный регресс клинической симптоматики был к концу курса мануальной терапии, наблюдался у пациентов обеих групп:

снизились количества головных болей, у некоторых даже снижалась метеочувствительность. В обеих группах уменьшился болевой синдром: в одной группе - 82,2% и в другой - 63,9%.

Другие субъективные проявления заболевания у пациентов этих групп регрессировали в среднем в 80,1%, 72,5% случаев, соответственно.

Это подтверждалось полным исчезновением явлений напряжения мышц шеи, вынужденного положения головы, а другие проявления заболевания сохранялись лишь у 20% и 25% (в основном у пожилых которые долго болеют). Купирование болевого синдрома сопровождалось улучшением мышечного тонуса, кожа становилась боле мягкой, а мышцы эластичнее. В тех случаях, когда боли иррадиировали в плечи и руки, болевой синдром исчез, а вместо него появилась подвижность в руках. Ушла также общая слабость (в основном была у пожилых людей). По результатам тестирования в первой группе показатели немного лучше – 82,2⁰, а в другой несколько ниже – 63,9⁰.

1)



2)

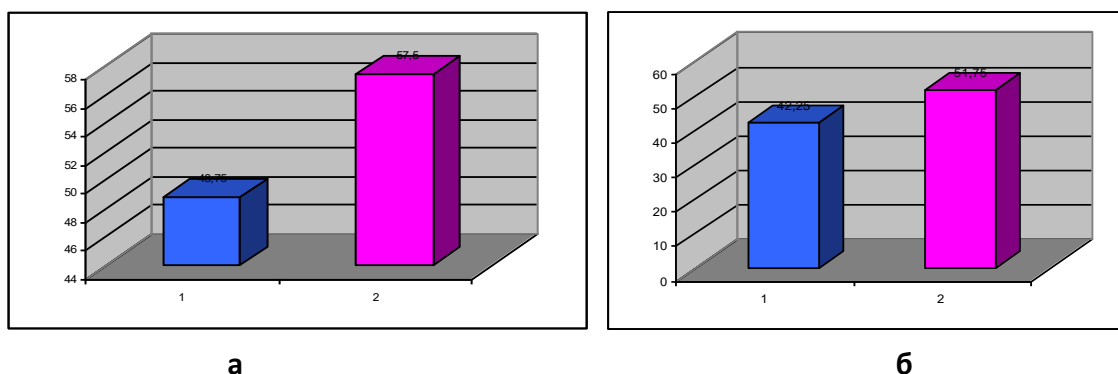
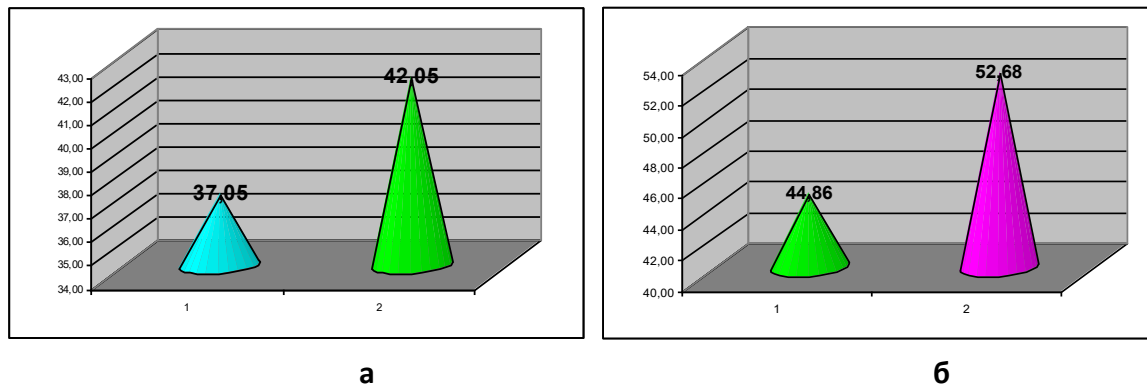


Рис. 2. Динамика изменения бокового наклона (а) и ротации (б) в шейном отделе позвоночника (в градусах) у женщин (1) и мужчин (2)

Исследования подвижности в шейном отделе показали, что результаты значительно выше после выполнения терапевтической

программы (Рисунок 3 и 4). Измерения производились из исходного положения стоя. Угломер устанавливается на рукоятку грудины с максимально разведенными «лучами».

1)



2)

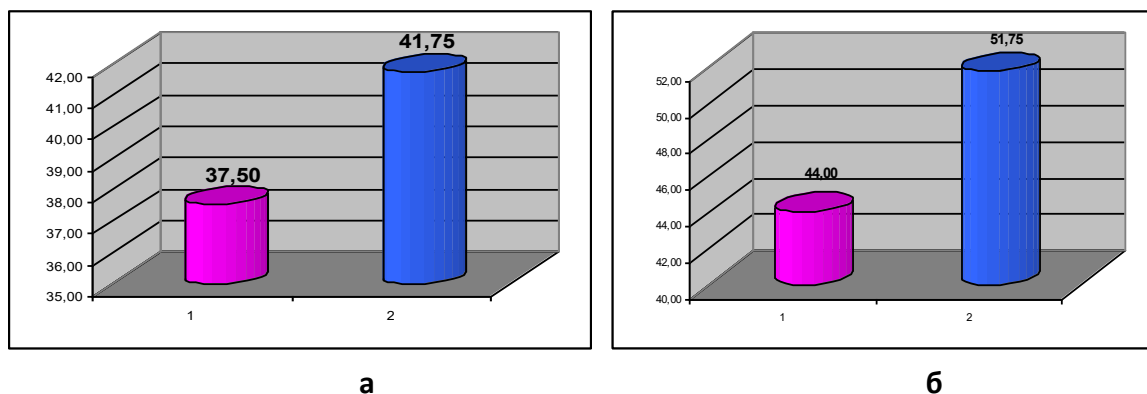
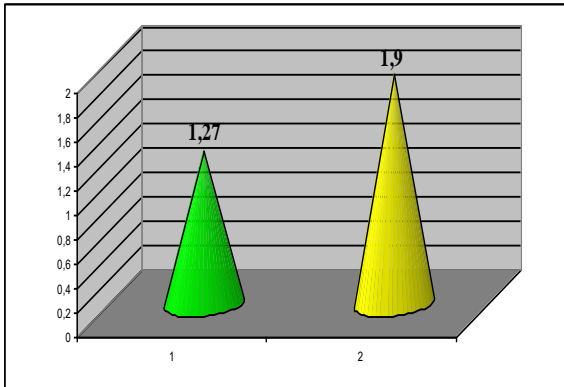


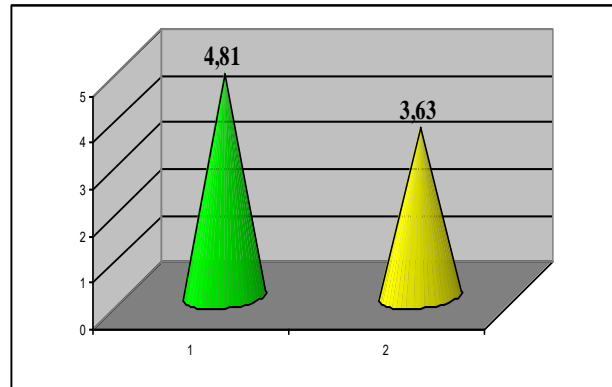
Рис. 3. Динамика изменения сгибания (а) и разгибания (б) в шейном отделе позвоночника (в градусах) у женщин (1) и мужчин (2).

Пациентам предлагалось произвести сгибание головы (в норме сгибание происходит под углом 45°). Данный тест позволил определить функциональную подвижность шейного отдела позвоночника вокруг фронтальной оси. Измерение проводилось из исходного положения стоя. Угломер устанавливался у основания черепа с максимально разведенными «лучами», после чего производилось разгибание головы (в норме разгибание происходит под углом $50-60^\circ$). Данный тест позволил определить подвижность шейного отдела позвоночника вокруг фронтальной оси.

1)

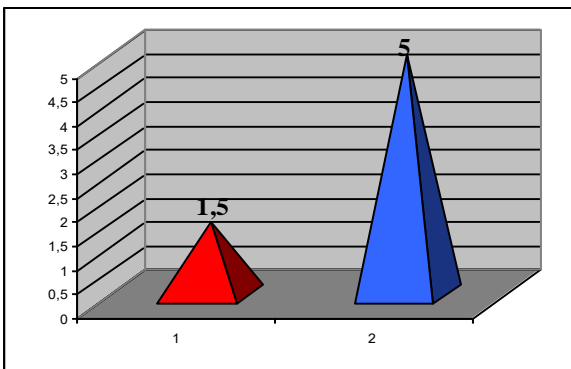


а

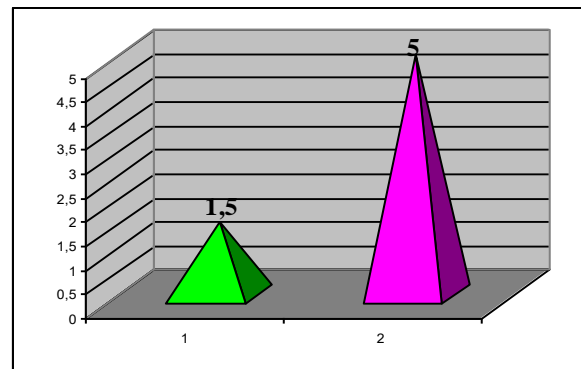


б

2)



а



б

Рис. 4. Показатели заключительного обследования у женщин (1) и мужчин (2): а – болевой синдром; б – сила мышц (в баллах)

Из представленных выше результатов видно, что результаты исследования подвижности в шейном отделе позвоночника у пациентов экспериментальной группы значительно выше после проведения разработанной нами программы.

Выводы. На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Анализ научно-методической литературы позволил выявить, что у пациентов остеохондрозом позвоночника имеют место, как спонтанные боли, так и вызываемые специальными движениями. Определение болевых точек производят путем глубокого прощупывания соответствующих областей подушечкой указательного или среднего пальца. При этом отмечается, чем больше болезненных точек, тем хуже трофика тканей. Обследование пациента включает: подробный сбор жалоб, анамнеза жизни, детальное, поэтапное исследование подвижности

позвоночника, исследование чувствительной сферы и мануальное исследование. При этом, прежде всего, следует обращать внимание на нарушение формы тела, положение конечностей (активное, пассивное и вынужденное), выраженность и симметричность кожных складок, контуры суставов и выраженность мышечных валиков (визуальная оценка состояния трофики мышц и ее изменений — гипертрофии, гипотрофии и атрофии).

2. Разработанная комплексная программа восстановительного лечения для пациентов остеохондрозом шейного отдела позвоночника, включающая такие терапевтические методы, как: лечебная гимнастика, УГГ, самостоятельное выполнение двигательных заданий, массаж, точечный массаж, вытяжение, физиотерапию вызывает более глубокие сдвиги состояния здоровья пациентов. Работая с пациентами по составленной программе реабилитации, был соблюден принцип индивидуального подхода.

3. Результаты исследования подвижности в шейном отделе позвоночника в процессе реабилитации показали, что разработанная комплексная программа адаптивной физической культуры, позволила значительно улучшить двигательную функцию шейного отдела позвоночника. Пациенты получили рекомендации по режиму труда и отдыха, самостоятельным занятиям физической культурой, методики контроля и самоконтроля, ведения «Дневника Здоровья и Реабилитации».

Литература:

1. Agapie E., Sarev I. *Studiul manifestării calităților psihofizice la persoanele cu afecțiuni degenerative ale coloanei vertebrale*. В: III-я Международной научно-практической конференции «Педагогика и современные аспекты физического воспитания», 18-19 апреля 2017, Краматорск, Украина.

2. Chiriac M. *Testarea manuală a forței musculare*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2000. 175 p.

3. Cordun M. *Kinetologie medicală*. București: Editura Axa, 1999. 435 p.

4. Davis P. *Steps to follow - a guide for the treatment of adult hemiplegia*. Verlag Berlin Heidelberg, 2005.

5. Ionescu A. *Gimnastica medicală*. București: Editura ALL, 1994. 144 p.

6. Knott M., Voss D. *Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*. Hobler -Harper Book, 1999.

7. Marcu V. *Bazele teoretice și practice ale exercițiilor fizice în Kinetoterapie*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 1997.

8. *Moraru Gh. Recuperarea kinetică în reumatologie. Oradea: Editura Imprimeriei de Vest, 1999.*

9. *Mruț I.D., Andreico I.N. Zilnicul sănătății. Teoria și arta educației fizice în școală. Antrenamentul sportiv. Pregătirea profesională. În: Educație fizică, recuperare, recreație, ediția №1. Chișinău: INEFS, 2006, p. 49 – 53.*

10. *Mruț I.D. Интервалометрия – оперативная пульсометрия с высокой разрешающей способностью. În: „Știința Culturii Fizice” № 3. Chișinău: INEFS, 2006, p. 78 – 81.*

11. *Mruț I.D. Organizarea lecțiilor de sine stătător a elevilor în afară orelor de curs. În: Teoria și arta educației fizice în școală, №2. Chișinău: INEFS, 2006, p.41 – 47.*

12. *Mruț I.D., Lupașco V.I. Determinarea frecvenței cardiace prin metoda intervalometriei (culegere de tabele). Îndrumar metodic pentru studenți, magistraanzi, doctoranzi, profesori și antrenori. Chișinău: USEFS, 2012. 24 p.*