

Таким образом, по артериальному давлению (САД и ДАД) прослеживается тенденция к увеличению средневозрастных значений у жителей северных территорий, по сравнению с южными. Полученные данные можно использовать в качестве региональной нормы при оценке показателей артериального давления.

Физическая культура и лечение некоторых видов заболеваний

Л.Н. Пономарёва

Бирская государственная социально-педагогическая академия,
г. Бирск

Тренировка на выносливость в циклических видах возможна для больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда. Лечение постинфарктных больных в современных клиниках невозможно без физической реабилитации, основой которой являются аэробные упражнения постепенно возрастающей продолжительности и интенсивности. Так, например, в реабилитационном центре Торонто (Канада) в течение 10 лет, интенсивной физической тренировкой, включающей быструю ходьбу и медленный бег, под наблюдением опытных кардиологов успешно занималось более 5000 больных, перенесших инфаркт миокарда. Некоторые из них настолько повысили свои функциональные возможности, что смогли принять участие в марафоне. Конечно, это уже не массовая физкультура, а сложная система реабилитационных мероприятий. Однако после завершения больничного и санаторно-курортного этапов реабилитации в специализированных кардиологических учреждениях и перехода (примерно через 6-12 месяцев после выписки из стационара) к поддерживающему этапу, который должен продолжаться всю последующую жизнь, многие пациенты могут и должны заниматься оздоровительной тренировкой – в зависимости от своего функционального состояния. Дозировка тренировочных нагрузок производится в соответствии с данными тестирования по тем же принципам, что и у всех сердечно-сосудистых больных: интенсивность должна быть несколько ниже пороговой, показанной в велоэргометрическом тесте. Так, если при тестировании боли в области сердца или гипоксические изменения на ЭКГ появились при пульсе 130 уд/мин, то нужно тренироваться, снизив величину ЧСС на 10-20 уд/мин на ранних этапах реабилитации (менее года после перенесенного инфаркта) за рубежом используются полностью контролируемые программы занятий в виде строго дозированной работы на велоэргометре или ходьбы на тредбане (бегущей дорожке) под наблюдением

медицинского персонала (по 20-30 мин 3-4 раза в неделю). По мере роста тренированности и повышения функциональных возможностей системы кровообращения пациенты постепенно переводятся на частично контролируемые программы, когда 1 раз в неделю занятия проводятся под наблюдением врача, а 2 раза дома самостоятельно – быстрая ходьба и бег, чередующийся с ходьбой, при заданной ЧСС. На поддерживающем этапе реабилитации можно переходить к самостоятельным занятиям ходьбой и бегом, периодически контролируя своё состояние у врача. Такая программа даёт результаты – уменьшение повторного инфаркта в 2 раза по сравнению с больными, не занимающимися физической тренировкой.

Ходьба и бег эффективны также при заболеваниях сосудов нижних конечностей – в начальных стадиях атеросклероза и облитерирующего энтерита. Они способствуют расширению сосудов нижних конечностей, капилляризации работающих мышечных групп, развитию коллатерального кровообращения в обход стенозированных сосудов.

Оздоровительный бег может успешно применяться при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта (гастриты, спастические колиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчных путей), так как вибрация внутренних органов, возникающая во время бега, значительно улучшает функцию органов пищеварения. Естественно, что занятия прекращаются в период обострения болезни. Усиление печеночного кровотока и глубокое форсированное дыхание во время бега, являющееся прекрасным массажем для печени, улучшает её функцию и способствует ликвидации болевого печеночного синдрома. В этом плане полезно брюшное дыхание во время бега (за счет движений диафрагмы). Больным с повышенной кислотностью перед бегом надо выпить стакан овсяного киселя, чтобы нейтрализовать кислотность желудочного сока. Если пониженная кислотность надо выпить полстакана воды, что усилит секреторную функцию желудка. Бег является эффективным средством лечения спастических колитов. В результате вибрации кишечника и выделения в его просвет солей магния резко усиливается перистальтика и восстанавливается нарушенная дренажная функция. Пользу может оказать бег в начальных стадиях сахарного диабета. Это распространенное заболевание, возникающее в основном в результате гиподинамии, высококалорийного избыточного питания, повышает риск развития сердечно-сосудистой патологии в 2-3 раза. В тяжелых стадиях диабета, когда введение инсулина не может контролировать углеводный обмен, бег противопоказан, так как может вызвать опасные колебания концентрации глюкозы в крови. При легкой и средней тяжести заболевания регулярные тренировки на выносливость

повышают эффективность лечения сахарного диабета, стабилизируется уровень содержания глюкозы в крови, в результате снижается в среднем на 25% дозировка вводимого инсулина.

Использование оздоровительного бега больными, страдающими ожирением, представляет трудности. К.Купер считает, что если масса тела превышает норму более чем на 20 кг, то бег противопоказан, так как при этом резко возрастает нагрузка на сердечно-сосудистую систему и опорно-двигательный аппарат и повышается риск травматизма сухожилий и суставов. При наличии выраженного ожирения тренировку лучше начать с оздоровительной ходьбы и попытаться хотя бы немного снизить массу, сочетая занятия с ограничением пищевого рациона. При переходе к беговым тренировкам, начинающим любителям надо соблюдать следующие меры профилактики для предупреждения травм двигательного аппарата:

- ✓ длительное время чередовать бег с ходьбой;
 - ✓ бегать только по мягкому грунту
 - ✓ использовать классическую технику бега трусцой, «шаркающего» бега
- бега
- ✓ длина бегового шага должна быть минимальной – полторы-две ступни;
 - ✓ бегать только в специальных кроссовых туфлях с упругой литой подошвой и супинаторами, поддерживающими продольный свод стопы;
 - ✓ регулярно выполнять специальные упражнения для укрепления голеностопных суставов и мышц стопы, рекомендуемые при плоскостопии.

Нарушение онтогенеза как фактор риска развития наркотической зависимости у мужчин

Е.С. Гнусарева

Тюменский государственный университет,
г. Тюмень

Поиску механизмов, причин и лечения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) посвящены многочисленные исследования (И.П.Анохина, 1992-2000; Н.Н.Иванец, 2000, 2002; А.В.Шевцов, 2001; Н.П. Бочков с соавт., 2003; Т.М.Воробьева, 2004 и др.), несмотря на это существенных успехов в решении проблем наркомании достичь не удалось. Специалисты отмечают низкую эффективность мер по борьбе с наркоманией и призывают заниматься профилактической работой, которая на порядок дешевле и эффективнее мер, принимаемых уже после возникновения проблемы (А.И.Кривенков, А.Л.Игонин, 2001; Т.Г.Кобякова, 2002; Т.А.Шилова, 2004, 2005).