

Реакция АДс здоровых детей второго и третьего класса на локальную нагрузку была выражена больше, чем у детей с НЗ. Показатели АДд при локальной нагрузке у всех детей НЗ были заметно выше, кроме девочек третьего класса.

Таким образом, для младших школьников, питающихся нерегулярно, характерным отличием адаптации к школьной нагрузке является повышение сосудистого сопротивления, судя по показателям АДд как в покое, так и при локальной нагрузке. Длительные перерывы в питании могут приводить к нарушению гомеостаза и функционального состояния организма (Саламайкин Н.И., 2000). Данные нашего исследования констатировали повышенный уровень функционального напряжения сердца у детей с длительными перерывами в приеме пищи.

Библиографический список

1. Саламайкин Н.И., Колодкина Е.В. Инкреция ферментов пищеваритель-

ных желез у детей различного возраста// Физиология развития человека/ Мат. Междун. конф., 2000: изд-во ИВФ РАО.- С. 368-369.

2. Частоедова И.А., Камакин Н.Ф. Пепсиноген и амилаза толстого кишечника у детей раннего возраста// Физиология развития человека/ Мат. Междун. конф., 2000: изд-во ИВФ РАО.- С. 457-459.

Рогов О.С., Чепкина Е.Г., Еркомайшвили И.В.
(УГТУ-УПИ, г. Екатеринбург)

МЕТОДИКА ЗАНЯТИЙ ИППОТЕРАПИЕЙ ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЦП

Одним из ведущих заболеваний среди инвалидов детского возраста является детский церебральный паралич. За последнее десятилетие, по данным ВОЗ, эта патология вышла на одно из первых мест по частоте встречаемости среди поражений нервной системы в детском возрасте во всех странах мира. В России удельный вес детей с ДЦП составлял в 90-х годах 46,3% от всей другой патологии. В настоящее время заболеваемость церебральным параличом возросла и составляет около 2%.

Некоторые формы ДЦП описывали в своих трудах еще Гиппократ (около 460 – 377 гг. до н.э.) и Гален (ок. 130 – 200 гг.). Основоположником изучения проблемы церебральных параличей в современное время является

английский хирург-ортопед Уильям Литтль. Различные классификации ДЦП были предложены Фрейдом, К. и Б. Бобат, Фелпсом. В Российской медицине используется классификация К.А. Семеновой (1968), где автор выделяет следующие формы: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, гемипаретическая форма, атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия - самая распространенная форма ДЦП. По характеру двигательных нарушений спастическая диплегия является тетрапарезом (поражены руки и ноги), но нижние конечности поражаются в большей степени. У детей со спастической диплегией в 70 % случаев наблюдаются речевые нарушения и в 60 - 80 % - интеллектуальные. Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений варьируется в широком диапазоне. В зависимости от степени тяжести поражения мозга у детей со спастической диплегией уже в период новорожденности оказываются слабо выражены или вовсе не возникают врожденные двигательные рефлексy, тонические рефлексy, наоборот, усилены. Таким образом, оказывается нарушена основа, на базе которой в норме должны формироваться установочные рефлексy.

При разработке методики проведения занятий иппотерапией для детей со спастической диплегией нами был взят за основу метод Бобат. В 40-х годах XX века супруги Берта и Карел Бобат начали разрабатывать подход к реабилитации инвалидов с ДЦП, который основывался на клинических наблюдениях ученых и изначально интерпретировался в контексте существующей в то время теории рефлекторного иерархического созревания нервной системы.

Согласно теории Бобат, двигательные патологии при церебральных параличах возникают вследствие поражения отделов центральной нервной системы, которые определяют нормальное развитие постуральных антигравитационных механизмов. Целью восстановительного лечения для таких детей являлось подавление активности патологических рефлексов и стимуляция нормального моторного развития и профилактика возникновения контрактур и деформаций.

В процессе дальнейшего изучения проблемы супруги Бобат разработали методику воздействия на «ключевые точки контроля» с целью гашения патологических спинальных автоматизмов. Также они подчеркивали отсутствие необходимости жестко придерживаться нормальной последовательности онтогенетического моторного развития в лечении детей с ДЦП.

В настоящее время специалисты многих стран ведут поиск эффективных программ укрепления здоровья инвалидов вследствие ДЦП, восстановления их работоспособности, социальной адаптации, реабилитации, интеграции, активного участия в жизни, обеспечения равенства.

Традиционные методы реабилитационного воздействия способствуют лишь временной коррекции двигательных нарушений и, как правило, не приводят к достижению реального результата. Сложность и недостаточная в большинстве случаев эффективность мероприятий по реабилитации больных с ДЦП обуславливает необходимость поиска новых форм коррекционной работы. Очевидна необходимость новых подходов к поиску таких методов комплексной реабилитации детей, которые обеспечивали бы, с одной стороны, высокую мотивацию, желание самим участвовать в процессе лечения, а с другой – физическое воздействие на организм в целом.

В последние годы в схемы восстановительного лечения детей с патологией опорно-двигательного аппарата и церебральными параличами все активнее включается иппотерапия. Вопросам оздоровительной верховой езды посвящены многочисленные публикации Цверавы Д.М., Лории М.Ш., Жоржолодзе Т.К., Чхиквишвили Ц.Ш. и др., Д. Спинк (США), Н.В. Жердева, И.В. Соболева и др. считают, что иппотерапия особенно эффективна в детской реабилитационной практике, в частности в работе с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В ходе занятий иппотерапией важно обеспечить дифференцировку физической нагрузки на инвалидов с учетом степени выраженности у них двигательных расстройств.

Помимо особенностей упражнений для различных форм ДЦП, существует ряд общих правил при построении занятий любыми видами лечебной физической культурой с инвалидами с ДЦП, а именно:

1. Любое занятие нужно начинать с длительной вводной части, особенно в первых двух циклах занятий.

2. В ходе занятия необходимо работать сразу по трем направлениям – закрепление достигнутого, проработка текущих задач и подготовка к предстоящим.

3. Порядок упражнений подбирается таким образом, чтобы разработка мышц тела шла от головы к ногам. Проработка конечностей – от проксимального конца к дистальному.

Проанализировав существующую научно-методическую литературу, мы разработали методику занятий иппотерапией с детьми со спастической формой ДЦП. В качестве основы мы взяли ряд частично рефлексозапрещаю-

щих позиций и перенесли их на положение сидя на лошади верхом, боком и спиной вперед, а также на различные варианты пассивной укладки. Упражнения подбирали в нестрогом соответствии с нормальной онтогенетической последовательностью моторного развития. Для гашения возникающих в ходе выполнения упражнений патологических движений мы использовали воздействие на ключевые точки контроля, в качестве которых обычно выступал наиболее дистальный сустав на обрабатываемой конечности.

Апробация разработанной нами методики физической реабилитации детей средствами иппотерапии позволит решить общеобразовательные и коррекционные задачи, а практическое использование сбалансированных вариантов будет способствовать успешному процессу реабилитации детей с различной степенью тяжести заболевания ДЦП.

Родин Ю. И. (ТГПУ, г. Тула)

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК КУЛЬТУРНЫЙ СОЦИОГЕНЕЗ ТЕЛЕСНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

На первый взгляд, тело человека является одной из ценностей физической культуры. Однако, за исключением попыток отдельных исследователей (И.М. Быховская, Л.И. Лубышева, В.И. Столяров и др.) осмыслить физическую культуру как практическую аксиологию человеческого тела, теория и практика физического воспитания ограничивает свои интересы культивированием мускульно-мышечных достоинств индивида. Живое движение человека пытаются строить, опираясь на законы механики, в лучшем случае учитывают биологические аспекты. Осознание телесных переживаний является необязательным условием овладения индивидом своим двигательным поведением. Культуротворческая деятельность обучаемого в процессе овладения двигательным действием сводится к минимальной самостоятельности и собственной конструктивной активности и, вместе с тем, к максимальному заимствованию и подражанию. Результатом этого является вынесение проблемы телесности как культурного феномена за рамки сферы физической культуры (Д.Д. Донской, С.В. Дмитриев, О.А. Конопкин).

Между тем, практика физического воспитания показывает, что тело человека не всегда ограничивается ни ролью физиологического механизма, обусловленного особенностями биомеханического строения тела и функцио-