



физическая **РЕАБИЛИТАЦИЯ** **МУЖЧИН** зрелого возраста **После** дорожно-транспортных и уличных травм

Полиевский С.А., Церябина В.В., Иванов А.А., Жулего П.И.

Российский государственный университет
физической культуры, спорта, модёжи и туризма
(РГУФКСИТ), Одинцовская центральная районная
больница (ОЦРБ)

Аннотация

Дано обоснование системы физической реабилитации мужчин зрелого возраста после дорожно- транспортных и уличных травм с использованием упражнений ЛФК и приёмов регуляции психоэмоционального состояния, тренировочных устройств Су Джок и белково- витаминной пищевой добавки не только в условиях скоропомощного стационара, но и в домашних условиях, что положительно сказывается на процессе реадaptации.

We give a justification of the physical rehabilitation of men of mature age, after road traffic accidents and street exercises using exercise therapy and methods to control the emotional condition, training devices, Su Jok and protein-vitamin supplement, not only in first aid and hospital but also at home, which has a positive impact on the process of readaptation.

Ключевые слова

Физическая работоспособность, лечебная физическая культура, процесс реадaptации, структура травматизма

Keywords: Physical working capacity, therapeutic physical culture, the process of rehabilitation, the structure of injuries

Введение

Рост количества погибших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в России происходит, несмотря на введение более строгих наказаний за несоблюдение правил дорожного движения.

Самым опасным признан автотранспорт. Так, на 1 миллиард пассажиров - километров на железнодорожный транспорт приходится 2 погибших, на воздушный - 6, на автомобильный - 20 человек. Жертвами аварий становятся водители, пассажиры и пешеходы.

На долю ДТП приходится 20-30% черепно-мозговых травм (ЧМТ). Масштабы и тяжесть последствий придают проблеме ДТП с ЧМТ огромное социальное и экономическое значение.

Учитывая сложность и характер травм, был выдвигнут тезис комплексирования ЛФК одна из главных задач укрепления мышечной системы. Употребление белково-витаминно-минерального препарата направлено на коррекцию питания больного в плане его снабжения биологически активными веществами, способствующими физической реабилитации. Возвращение к работе у многих травмированных связано с эффективностью процесса реадaptации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

Исследование проведено в травматологическом отделении Одинцовской центральной районной больницы (ОЦРБ) на 51 пациенте в возрасте 23-49 лет (1-2).

В исследовании принимали участие мужчины после ДТП с основным диагнозом ЧМТ лёгкой степени как наиболее частым и определяющим темпы реабилитации и реадaptации диагнозом такого рода инцидентах, с приблизительно одинаковыми клиническими показателями.

В скоромощной больнице обе группы (основная 26 человек) и контрольная (25 человек) находилась на лечении, традиционном при лечении черепно-мозговых травм, использовалась медикаментозная терапия, которая включала в себя антибиотики, ноотропы, витамины.

Педагогическая методика и программа восстановления физической работоспособности мужчин опытной группы имела многокомпонентный



характер. ЛФК проводилось индивидуально в щадящем режиме. Дополнительно к ЛФК и приёмам регуляции психоэмоционального состояния использовались тренажеры Су-Джок и биокорректор «Суперпротамин» - белково-витаминно-минеральный добавка дрожжевого происхождения, в контрольной группе реабилитационные средства не применялись.

Выявлена эффективность методики двигательнобиокорректорной реабилитации в режиме дня пациентов больничного стационара с черепно-мозговой травмой по показателям, характеризующих функциональное состояние организма и здоровье пациентов.

Применение двигательнобиокорректорной реабилитации больных с черепно-мозговой травмой привело к меньшему напряжению сердечно-сосудистой системы к концу дня, к лучшей её адаптации к дневным бытовым нагрузкам.

При проведении лечебной физкультуры содержание кислорода в крови больных основной группы снижалось меньше, чем в контрольной. Больные, относящиеся к ко-

трольной группе, имели более высокие сдвиги частоты сердечных сокращений и большее снижение % содержания кислорода, а относящиеся к основной группе - имели менее значимые изменения частоты сердечных сокращений и меньшее снижение % содержания кислорода. Определение температуры кожи над работающими мышцами до и после физических упражнений лечебной физической культуры выявило в основной группе значимый рост температуры в обеих точках измерения: в области лба на $0,44^{\circ}\text{C}$ а над грудноключично-сосцевидной мышцей на $1,19^{\circ}\text{C}$.

В динамике пребывания больных с черепно-мозговой травмой в стационаре выявлен ряд функциональных изменений, указывающих на улучшение функционального и физического состояния больных под воздействием специальных физических упражнений и других компонентов реабилитационной программы:

- по результатам исследования уровня физиологического тремора выявлено выраженное положительное воздействие цикла двигательнобиокорректорной реабил-





тации на нервно-мышечный аппарат больных с черепно-мозговой травмой;

- отмечен рост эмоциональной устойчивости и снижение уровня невротизации в процессе двигательной биокорректорной реабилитации при более положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм);

- результаты оценки специфической антиинфекционной резистентности организма указывают на улучшение иммунной защиты организма больных с черепно-мозговой травмой в условиях цикла реабилитации с применением препарата «Серпротамин»;

- лучшие данные холодной пробы в основной группе свидетельствуют об оздоровительном и закаляющем эффектах реабилитационной программы;

- определение функции внешнего дыхания выявило эффективность лечебной физической культуры для развития дыхательной мускулатуры в рамках комплексной программы реабилитации больных с черепно-мозговой травмой;

- определение состава тела методом биоимпедансометрии показало снижение % жира, значимое увеличение показателя

базального метаболизма и уровня фитнеса в основной группе при незначительном росте в контрольной.

После прохождения цикла лечения в стационаре больные переходили под контроль врача-невролога на амбулаторное лечение (второй этап), которое осуществлялось по плану в течении 10-14 дней. Программа реабилитации для основной группы состояла из заданий ЛФК, для Суджок тренажёров, психогугулирующих упражнений и приёма биокорректора. Контроль за выполнением экспериментальной программы осуществлялся по дневникам самоконтроля, в которых отмечалось выполнение упражнений ЛФК и Суджок массажа, приём биокорректора. Полностью выполнили ли предписания 16 пациентов.

В динамике цикла физической реабилитации в домашних условиях получена чёткая картина меньшей выраженности признаков утомления при дозированной физической нагрузке, лучшие данные кратковременной памяти и улучшение показателя качества жизни.

Результаты тестирования качества жизни по методике Зайцева В.П., Аронова Д.М. (2002.) приведены в (табл. 1).





Параметры	Сроки, достоверность	Основная группа	Контрольная группа	P
Качество жизни	В конце срока пребывания на стационаре	0,37±5,25-	0,34±4,94-	>0,05
	При закрытии бюллетеня в поликлинике	0,24±3,61-	0,20±4,57-	<0,05
	P	<0,05	>0,05	

Таблица 1 Показатель качества жизни

Как видно из табличных данных, больничный этап реабилитации не сказался на различиях в оценке качества жизни пациентов, однако в результате применения реабилитационных средств на втором - домашнем этапе реадaptации в опытной группе отмечено достоверное улучшение интегрального показателя качества жизни. при существенных различиях при выписке в этом показателе между группами испытуемых. Система введена в лечебный процесс скоромощной больницы.

ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенной работы выявлена эффективность реабилитационных мероприятий по

разработанной программе в домашних условиях под контролем врача-невролога и консультациях методиста (инструктора) лечебной физической культуры в рамках двухзвенной схемы системы реабилитации и реадaptации мужчин зрелого возраста с черепно-мозговой травмой после ДТП и уличных травм

Выявлено, что восстановление физической работоспособности является существенным компонентом реадaptационного процесса.

По экспериментальным данным, оба этапа играют важную роль в восстановлении физической работоспособности.

Однако при восстано-





лении физической работ - способности в больничных условиях задачи реадapt - ции практически не реш - ются.

В то же время период ф - зической реабилитации в домашних условиях явл - ется более существенным. В целом воздействие реабил - тационной программы было оказано как на показатели физического состояния, так и на функциональное сост - яние центральной нервной системы, что характериз - ет процессы перехода на н - вый уровень качества жизни с позиций социально - б - товой и трудовой реабил - тации. Эта работа должна осуществляться при сопр - вождении инструктора - м - тодиста ЛФК и контролем со стороны врача-невролога по разработанной двухэта - ной педагогической схеме.

В результате апробации поэтапной программы физической реабилитации мужчин зрелого возра - та после дорожно- тран - портных и уличных травм разработан алгоритм п - этапного формирования качества жизни пациентов и подтвердилась эффе - тивность, возможность и необходимость внедрения системы их реабилитации по схеме скоромощная больница- восстановл - ние в домашних условиях с определяющим возде - ствием второго домашн - го этапа на качество жизни пациентов, что в итоге р - шает задачу реадaptации изучаемого контингента и сокращения сроков нетр - доспособности наиболее производительной части населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полиевский С.А., Жулего П.И., Церябина В.В., Никитин М.В., Иванов А.А. Эффективность применения биокорректора «Суперпротамин» в восстановительном лечении больных после сотрясения головного мо - га// Вестник восстановительной медицины. - № 1(29), 2009. - С.77-79
2. Церябина В.В., Жулего П.И., Никитин М.В. Особенности восстано - ления физической работоспособности при дорожно- транспортных и уличных травмах в системе «скоромощная больница - домашние условия». Теория и практика прикладных и экстремальных видов спо - та. Научно- методический журнал . - №1 (16)2010. - С.33-36.





Авторская справка

Полиевский Сергей Александрович, профессор кафедры гигиены, экологии, спортивных сооружений с курсом ГО Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма, доктор медицинских наук.

Он имеет высшее медицинское и физкультурное образование, награждён двумя Золотыми медалями Спорткомитета СССР за научные достижения. Заслуженный работник физической культуры России, заслуженный профессор РГУФК, победитель конкурса «Профессор года» - 2005 и 2009, академик Международной академии информатизации (МАИ) при ООН.

Автор свыше 430 научных работ по вопросам спортивно-профилактической медицины, теории и методики ФК и спорта, в том числе 17 учебников, руководств и монографий, более 60 журнальных статей.

Им подготовлено свыше 60 кандидатов педагогических, медицинских и биологических наук, 2 доктора педагогических наук

Специалист в области изучения и анализа состояния здоровья спортсменов, методов стимуляции и восстановления работоспособности, спортивной экологии, питания спортсменов и туристов, профессионально-прикладной физической подготовки молодёжи, спортивного снаряжения, экипировки и тренажёров.

Тел.дом. 434-11-29, раб. 8-499-166-54-08 моб. 8 906 740 85 59
polievski@mtu-net.ru

Церябина Валерия Валерьевна, преподаватель кафедры гигиены, экологии, спортивных сооружений, курс ГО РГУФКСиТ

раб. Телефон 8-499-166-54-08
143000 г.Одинцово Московской области.

Садовая 12 кв 44 тел. дом. (495)593 -66-44

Tseryabina Valeriya, kaleria-74@mail.ru

(ГЦОЛИФК) г.Москва, Россия

(GSOLIFK), The city of Moscow, Russia

Иванов Александр Анатольевич, зав.кафедрой гигиены, экологии, спортивных сооружений, курс ГО РГУФКСиТ тел. Раб.8-499-166-54-08

Жулого Петр Иванович, заслуженный врач РФ, кавалер ордена «Дружбы народов» главный врач Одинцовской центральной районной больницы,

