

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И ЕЕ ПРИЕМЫ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Н.В. Черепкова, М.В. Рубежная

Ставропольский государственный университет

Kostin072008@yandex.ru

Адаптивная физическая культура – это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию, и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества.

Огромную роль в развитие адаптивной физической культуры внес Евсеев С.П., написав различные пособия и статьи, на основе которых и были разработаны многие деятельностные подходы.

Именно своей ориентацией на хронических больных и инвалидов адаптивная физическая культура отличается от одного из разделов (видов) общей физической культуры, который называется «оздоровительно-реабилитационная, или лечебная физическая культура».

Адаптивную физическую культуру нельзя сводить только к лечению и медицинской реабилитации. Она является не только и даже не столько средством лечения или профилактики конкретных болезней, сколько одной из форм, составляющих полноценную жизнь человека в его новом состоянии, образовавшемся в результате травмы или болезни. Адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и другие виды адаптивной физической культуры как раз и ставят задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе соревновательной или рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни.

Основная задача адаптивной двигательной реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, приемы гидровибромассажа и самомассажа, закаливающие и термические процедуры и другие средства.

Лечение черепно-мозговой травмы любой степени тяжести должно проводиться в стационаре. Наиболее эффективно его можно организовать в нейрохирургическом отделении (специализированная помощь).

Сотрясение головного мозга лечат, прежде всего, покоем. Назначают постельный режим на 10 суток. У пациентов с черепно-мозговой травмой могут развиваться разнообразные формы гипоксии, и ведут они к развитию острой дыхательной недостаточности или неадекватности внешнего дыхания, когда функция аппарата дыхания не обеспечивает организм необходимым количеством кислорода, а пути достижения адекватного газообмена отличаются от естественных.

Лечение пациентов с черепно-мозговой травмой комплексное в зависимости от формы поражения мозга и направлено в первую очередь на борьбу с различными проявлениями гипоксии, на регуляцию функций организма, кислотно-щелочного состояния, водно-солевого и других видов обмена. Вместе с тем некоторые методы восстановительного лечения имеют существенные недостатки, вызывают депрессию дыхания, отрицательно влияют на процессы гомеостаза, подавляют иммунологические процессы, приводят к функциональной неполноценности легочного газообмена, не обеспечивают больным необходимую для данного периода активность. Учитывая положительные и отрицательные стороны проводимых мероприятий, уместно отметить тот факт, что в системе восстано-

вительного лечения людей с черепно-мозговой травмой до сего времени все еще мало внимания уделяется использованию средств лечебной физической культуры, и прежде всего на ранних этапах реабилитации пострадавших.

Очень важно в общем комплексе лечебных мероприятий использовать лечебный массаж и лечебную физическую культуру.

Как правило, каждая процедура лечебной гимнастики состоит из трех разделов: вводного, основного и заключительного. Вводный раздел, длительностью 10–20% от общего времени занятий, состоит преимущественно из элементарных упражнений и призван постепенно подготовить организм больного к возрастающей нагрузке. В основном разделе, составляющем 60–80% времени занятий, осуществляется общее и специальное тренирующее воздействие на организм. Соотношение общеразвивающих упражнений со специальными определяется индивидуально, в зависимости от стадии патологического процесса и режима двигательной активности. На данном этапе физиологическая нагрузка должна быть наибольшей. В заключительном разделе (10–20% общего времени) путем простейших гимнастических и дыхательных упражнений нагрузка постепенно снижается.

Рекомендуется использование дозированной ходьбы, подъем по ступенькам с частотой 1 ст в секунду. Первая неделя занятий – подъем до 7 этажа 5–6 раза в день. Вторая неделя – подъем до 8 этажа 5–6 раза в день. И постепенно в таком темпе, в зависимости от состояния повышать нагрузку.

Физические упражнения в восстановительном лечении людей с черепно-мозговой травмой обладают глубокой естественностью и биологичностью, широким спектром воздействия и возможностью сознательного участия больного в процессе лечения, что позволяет предупредить многие осложнения, недавно считавшиеся неизбежными, борьба с которыми требовала значительных усилий и времени.

Литература

1. Франке, К. Спортивная травматология / К. Франке. – М., 1981.
2. Щедрина, А.Г. Здоровье и массовая физическая культура. Методологические аспекты / А.Г. Щедрина // Теория и практика физической культуры. – №4, – 1999.