

2. Длительность лапаротомической операции не влияет и не коррелирует со стадией спаечной болезни.

3. Длительность лапароскопической операции увеличивает степень распространенности СП в брюшной полости если последний уже иницирован и, если используется диоксид углерода в качестве инсуфлированного газа, возможно это связано с тем, что степень насыщения органов брюшной полости кислородом снижается [2], а местная гипоксия тканей является одним из факторов спайкообразования [3].

4. Сроки восстановления функции ЖКТ после адгезиолизиса зависят от степени тяжести спаечной болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Катько, В. А.* Справочник детского хирурга / В. А. Катько. — Минск: адукацыя і выхаванне, 2013. — 568 с.
2. *Корик, В. Е.* Изменение оксигенации органов брюшной полости при лапароскопических операциях в различных газовых средах / Н. В. Корик, С. А. Жидков, Д. А. Ключко // *Новости хирургии.* — 2012. — Т. 20, № 4. — С. 29–37.
3. *Кондратович, Л. М.* Основы понимания формирования спаечного процесса в брюшной полости. Интраоперационная профилактика противоспаечными барьерными препаратами / Л. М. Кондратович // *Вестник новых медицинских технологий.* — М., 2014. — Т. 21, № 3. — С. 169–173 с.
4. *Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / под ред. Н. Н. Пилипцевича.* — Минск: Новое знание, 2015. — 784 с.

УДК 796.323-057.875(476.2)

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО МЕТОДА В. И. ДИКУЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Малявко А. А.*

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Г. В. Новик*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Исходя из статистических данных представленных министерством здравоохранения Республике Беларусь за 2016 г., на 100 тыс. детского населения приходится 3,8–4 тыс. пациентов с различными поражениями и нарушениями опорно-двигательного аппарата. Ежегодный прирост впервые выявленных случаев составляет 1300–1500 с учетом демографических показателей и репродуктивной активности регионов.

Наиболее часто встречаемое заболевание опорно-двигательного аппарата — сколиоз. Сколиоз наблюдается при многих заболеваниях (рахит, дистрофия, хронические заболевания легких), являясь в подавляющем большинстве случаев одним из их проявлений [1]. Одним из основных средств консервативного лечения является лечебная физкультура. Физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя группы мышц, поддерживающие позвоночник, позволяют улучшить осанку, нормализовать дыхательную функцию, обладают общеукрепляющим эффектом. Одним из наиболее эффективных методов лечения нарушения осанки является метод лечебной гимнастики В. И. Дикуля.

#### **Цель**

Оценить метод лечебной гимнастики В. И. Дикуля и его результативность.

#### **Материал и методы исследования**

Анализ научно-методической литературы.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

ЛФК показана на всех этапах развития нарушения осанки, но более успешные результаты она дает при начальных стадиях.

Доказанную эффективность в отношении нарушения осанки приобрел метод В. И. Дикуля. Система В. И. Дикуля — специализированный комплекс упражнений, направленный на

восстановление и постоянное поддержание мышц и связок спины в тонусе. По его утверждению люди в большинстве случаев становятся инвалидами из-за собственного безволия и бездействия, а не от полученных травм или болезни. Главное требование системы В. И. Дикуля: не смотря на тяжесть травмы, необходимы постоянные нагрузки мышечного и связочного аппарата организма, иначе они атрофируются и приведут к ухудшению состояния пациента.

При выполнении физических упражнений, коррекция сколиоза достигается за счет изменения положения плечевого, тазового пояса и туловища пациента. Для достижения эффекта, лечебная гимнастика должна быть направлена на укрепление основных групп мышц, поддерживающих позвоночник — мышц, выпрямляющих позвоночник, квадратные мышцы поясницы, подвздошно-поясничных мышц, косых мышц живота и др. среди всех упражнений, способствующих выработке правильной осанки, используются упражнения на равновесие, балансирование, с усилением зрительного контроля и др. [2].

Одним из средств ЛФК является применение элементов спорта:

- плавание стилем «БРАСС» после предварительного курса обучения. Элементы волейбола показаны пациентам с компенсированным течением сколиоза.

При условии правильного и регулярного выполнения комплекса ЛФК и массажа при сколиозе, человек сможет добиться следующих улучшений:

1. Исправление осанки.
2. Укрепление мышц спины (особенно полезно для детей).
3. Улучшение работы внутренних органов.
4. Уменьшение степени искривления спины и предупреждение дальнейшей деформации.

Методика В. И. Дикуля включает в себя:

- лечебную гимнастику;
- мануальную терапию;
- иглорефлексотерапию;
- физиотерапию;
- питьевой режим.

В методике Дикуля выделяют основные упражнения:

Упражнение 1. Исходное положение: сидя на табуретке, осанка прямая. Взяться за ручку эспандера, закрепленного на уровне лица. Потянуть ручку на себя, пока кисть не окажется на уровне линии плеч. Задержаться в этом положении на 2–3 с и затем вернуться в исходное положение.

Упражнение 2. Занять исходное положение. Эспандер должен быть закреплен чуть выше уровня пояса. Медленно подтянуть ручку эспандера к низу живота, затем отвести согнутый локоть назад. Задержаться в этом положении на 3–4 с и вернуться в исходное положение.

Упражнение 3. Эспандер закрепляется на полу. Правая нога прямая, упирается в пол, левая — согнута в колене с упором о скамью. Левая рука прямая опирается о скамью, правой зажать эспандер и отвести в сторону. Не сгибая правую руку, медленно отвести ее назад и вверх. Задержать на 3 с и вернуться в исходное положение. Поменять положение рук и ног, повторить упражнение в другую сторону.

Упражнение 4. Стойка прямая, осанка ровная, плечи опущены, в левой руке зажата гантель. Левое плечо приподнять вверх, постаравшись коснуться им уха. Задержаться на 2–3 с, вернуться в исходное положение. Переложить гантель в правую руку и проделать тоже самое правым плечом.

Упражнение 5. Лежа на спине, соединить ступни ног. Руки разведены в стороны ладонями вниз. Не отрывая от пола плечи и голову, обе ноги максимально сдвигаем вправо, не разъединяя ступней. Задерживаем на 2–3 с и возвращаем в исходное положение. Повторяем то же упражнение влево.

### **Выводы**

Таким образом занимаясь по данной методике укрепляются все группы мышц, поддерживающие позвоночник, что способствует уменьшению степени сколиоза или вовсе (если изначально наблюдалась 1 или 2 степень искривления позвоночника) полному клиническому излечению. Данная методика является достаточно простой и доступной для вы-

полнения в домашних условиях. Дополнением к основному эффекту служит улучшение психо-эмоционального состояния на фоне активного участия в лечебно-оздоровительном процессе самого пациента. Также имеет большое значение привыкание пациента к систематическим занятиям и это становится неотъемлемой частью его повседневной жизни, тем самым является профилактикой повторного развития заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Попов, С. Н. Лечебная физическая культура: учебник / С. Н. Попов; под общ. ред. С. Н. Попова. — М.: Физкультура и спорт, 1988. — С. 205–212.
2. Электронный ресурс. — Режим доступа: <https://www.dikul.net/articles/skoliozy/lechenie-skolioza/>. — Дата доступа: 01.02.18.

УДК [616.211-002.193:616.233]:796

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ДИАГНОЗ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА»

*Малявко А. А.*

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. В. Новик**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### *Введение*

Заболеваемость бронхиальной астмой в мире составляет от 4 до 10 % населения. В Республике Беларусь 0,7 % населения страдают бронхиальной астмой. 26,7 % имеют легкое течение заболевания, 58,1 % — среднюю степень тяжести, 15,2 % — тяжелую. 33,7 % больных бронхиальной астмой, состоящих на диспансерном учете в Республики Беларусь, имеют группу инвалидности.

Заболевание может возникнуть в любом возрасте, примерно у половины больных бронхиальная астма развивается до 10 лет, еще у трети — до 40 лет.

Бронхиальная астма — заболевание проявляющееся приступами удушья вследствие спазма мелких и средних бронхов и набуханием их слизистой оболочки. Просвет бронхов при этом резко уменьшается. Дыхание, особенно выдох, затрудняется. Пациентам не хватает воздуха, у них возникает чувство беспокойства, страха смерти [1].

#### *Цель*

Изучить влияние лечебной физкультуры в период реабилитации при бронхиальной астме, разработать комплекс упражнений лечебной физкультурой в период ремиссии.

#### *Материал и методы исследования*

Анализ научно-методической литературы.

#### *Результаты исследования и их обсуждение*

Регулярные физические упражнения оказывают положительный эффект на течение заболевания, и улучшают состояние пациента нормализуя кровообращение, повышают утилизацию кислорода тканями, способствуют нормализации дыхания и его облегчению.

В лечебной физкультуре используют формы: лечебная гимнастика, дозированная ходьба, гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, плавание, лыжные прогулки. Основными физическими упражнениями являются — ОРУ и дыхательные упражнения, упражнение на расслабление, массаж.

На первом этапе для укрепления дыхательной мускулатуры, улучшение вентиляции разных отделов легких и дренажной функции легких был разработан ряд методик и схем оказывающих положительное влияние на течение заболевания, например, методики П. К. Бутейко, А. Н. Стрельниковой и др. [2].

Классическая техника дыхания Бутейко подразумевает носовое дыхание в определенной последовательности:

Неглубокий вдох — 2 секунды.

Выдох — 4 секунды.