

3. Ведмеденко Б. Виховання в учнів інтересу до фізичної культури.- Фізична культура в школі. – 2003. – № 4. – 46-49 с.
4. Козак Є. Формування мотиваційно-ціннісного ставлення старшокласників до фізичного виховання. - Фізична культура в школі. – 2002.,№ 4. . 51-54 с.
5. Психологічний словник За ред. В.І. Войтка. – К.: Гол. Вид-во видав. об'єднання „Вища школа”, 1982. – 216 с.
6. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів.- Частина 2.- Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2001.- 272 с.

Надійшла до редакції 06.03.2007р.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Койгушская Г.П., Кузьменко Л.В.
Гуманитарный Университет «Запорожский
институт государственного и
муниципального управления», г. Запорожье
I неврологическое отделение 6^{-ой} городской клини-
ческой больницы, г. Запорожье

Аннотация. В работе дано краткое представление о мобильности, стабильности и нестабильности позвоночного столба. Представлены неврологические проявления нестабильности шейного отдела позвоночника и применение гирудотерапии в лечении и реабилитации при данном заболевании в условиях стационара и амбулаторно.

Ключевые слова: нестабильность, шейный отдел, гирудотерапия, лечение, реабилитация.

Анотація. Койгушська Г.П., Кузьменко Л.В. Застосування гирудотерапії при нестабільності шийного відділу хребта. У роботі коротко описано поняття мобільності, стабільності і нестабільності хребта. Представлені неврологічні прояви нестабільності шийного відділу хребта та застосування гирудотерапії в лікуванні та реабілітації при даній хворобі в умовах стаціонару та амбулаторно.

Ключові слова: нестабільність, шийний відділ, гирудотерапія, лікування, реабілітація.

Annotation. Koygushskaya G.P., Kuzmenko L.V. Cervical spine instability and usage of hirudotherapy. It defines such notions as mobility, stability, and instability of spine. The author also pays attention to neurological evidences of cervical spine instability. And usage of hirudotherapy in treatment and rehabilitation of this disease in hospital and at home are represented.

Key words: cervical spine instability, gurudoterapi, treatment, rehabilitation.

Введение.

Самой подвижной частью позвоночника является его шейный отдел. Стабильность позвоночника - это способность поддерживать, предохранять позвоночник от деформации и боли в условиях физиологической нагрузки. Стабильность всего позвоночника обеспечивается стабильностью отдельных его сегментов: это два смежных позвонка, соединенных меж позвонковым диском. Нестабильность представляет собой патологическую подвижность в позвоночном сегменте. Это может быть либо увеличение амплитуды нормальных движений, либо возникновение нехарактерных для нормы новых степеней свободы движений.

Показателем нестабильности позвоночника является смещение позвонков. Смещение по-

звонков может протекать без боли, а нестабильность характеризуется болью, неврологическими расстройствами, напряжением мышц и ограничением движений. [6].

В норме для шейного отдела позвоночника избыточная подвижность определяется действием двух факторов: возраста и локализации позвонка.

У детей избыточная подвижность наблюдается в верхнешейном отделе позвоночника в 65 % случаев [3], что связано с отсутствием межпозвоночного диска на уровне $C_1 - C_{II}$. У детей наиболее подвижным является сегмент $C_{II} - C_{III}$. Нарушения на этом уровне диагностируется в 52 % случаев нестабильности позвоночника [4,7].

В шейном отделе позвоночника у больных с нестабильностью в атлантоаксиальном сочленении ирритативная боль может носить периодический характер и усиливаться после физической нагрузки. Боль является причиной хронического рефлекторного напряжения шейных мышц. У детей нестабильность является причиной развития кривошеи. В начале заболевания имеется повышенный тонус паравертебральных мышц, который приводит к их переутомлению. В мышцах происходит нарушение микро циркуляции, развитие гипотрофии и снижение тонуса. Появляется чувство неуверенности при движениях в шее. Нарушается способность выдерживать обычную нагрузку. Возникает необходимость в средствах дополнительной иммобилизации шеи вплоть до поддержки головы руками. В клинике нестабильность шейного отдела позвоночника у взрослых измеряли с помощью бальной системы оценки клинических признаков по Уайту [9].

Известно, из приведенных материалов [5], что еще с давних времен в подавляющем большинстве случаев гирудотерапия при различных заболеваниях оказывает положительный эффект. Горячими приверженцами этого способа лечения были такие известные врачи, как М. Мудров, И. Дядьковский, Н. Пирогов, Г. Захарьин. На протяжении многих лет гирудотерапию рассматривали то как панацею от всех заболеваний, то осмеивали ее, поносили и предавали забвению. Протест против забвения и неправильного, дилетантского отношения к гирудотерапии был заявлен знаменитым клиницистом, профессором Г.А. Захарьиним на годичном заседании Московского физико-медицинского общества в 1889 году, где в докладе «О кровоизвлечении» он определил его как «лечебное средство, пользе и важности которого научил меня многолетний опыт». «Курьезно то обстоятельство, указывал Захарьин, что отрицательные отзывы по отношению к пиявкам исходят от лиц, их не употреблявших, а потому не имеющих личной опытности в этом способе лечения». Он обосновал новый подход, точные и подробные показания и противопоказания.

Работа выполнена по плану НИР Запорожского ГУ «ЗИГМУ»: «Реабілітація хворих з використанням різних методів оздоровлення».

Цель работы.

Целью данной работы является исследование эффективности гирудотерапии в комплексе лечения и реабилитации при нестабильности шейного отдела позвоночника в условиях стационара и амбулаторно и ее влияние на сроки выздоровления.

Результаты исследования.

Преимущество гирудотерапии состоит в ее неагрессивности, щадящем, физиологическом воздействии на базовые механизмы развития болезни: гипоксию и ишемию тканей, а также микроциркуляцию, - что позволяет прервать патологическую цепь событий местно, в очаге заболевания. Отличительной чертой гирудотерапии является уникальный набор ферментов, содержащихся в пиявочном секрете. Устраняет застойные явления и спазм мускулатуры, окружающей шейный отдел. Очевидно, что профилактический и лечебный эффекты гирудотерапии универсальны и действуют при патологических состояниях любого генеза, так как не существует заболевания, в развитии которого ведущая роль не принадлежала бы ишемии и гипоксии тканей, расстройством микроциркуляции. Важное место в реализации эффекта гирудотерапии принадлежит местному иммунитету. Секрет пиявок активизирует не только морфологические и функциональные свойства иммуноцитов, не только усиливает способность лимфоцитов и фагоцитов, но и восстанавливает пути миграции иммунокомпетентных клеток. Эффективность нашего исследования состоит в комплексном лечении и реабилитации.

Как правило, лечение нестабильности позвоночника начинается с применения консервативных методов. Консервативные методы лечения показаны у больных с нестабильностью незначительной степени выраженности, которая не сопровождается резким болевым синдромом и спинальной симптоматикой [2].

К консервативным методом лечения относятся следующие:

1. Соблюдение щадящего режима;
2. Ношение мягкого или жесткого головного держателя;
3. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
4. Новокаиновые блокады при обострении болевого синдрома;
5. Массаж и лечебная физкультура мышц спины;
6. Физиотерапия (если нет противопоказаний).

На лечении в I неврологическое отделение 6^{-ой} городской клинической больницы находилось (2000-2006 г.г.) 69 больных в возрасте 16-60 лет с остеохондрозом позвоночника. У 50 больных наблюдались признаки нестабильности шейного отдела позвоночника: жалобы на боли и дискомфорт в указанном отделе. Больные принимали медикаментозное лечение: прием нестероидных противовоспалительных препаратов, новокаиновые блокады. По истечении болевого синдрома с больными проводили

комплекс лечебной физкультуры, массаж, физиопроцедуры. При остаточном болевом синдроме, после всех вышеуказанных мер, применяли гирудотерапию; в каждом сеансе использовали от 4 до 13 пиявок, число сеансов 4-5. Максимальное количество примененных пиявок составляло примерно 41 штуку.

С помощью описанной выше методики проведена гирудотерапия 50 больным в стационаре и амбулаторных условиях (40 и 10 соответственно). Среди больных было 36 мужчин и 14 женщин. С остаточным болевым синдромом 21 человек. Возраст больных составил от 16 до 60 лет (31 человек). Длительность заболевания от 1 года до 10 лет.

Лечение больных путем применения гирудотерапии дало положительные результаты. Из 50 больных полностью излечились 36 больных, значительное улучшение отмечено у 11, улучшение – у 3 больных. Предложенная система лечебных и реабилитационных методов у больных, принимающих наряду с физическими реабилитационными мероприятиями гирудотерапию, позволило сократить сроки восстановления работоспособности больных на 10-15 дней. Непосредственные наблюдения в период лечения, реабилитации в условиях стационара и условиях поликлиники, показали отсутствие осложнений при сочетании медикаментозного лечения, физиотерапии, лечебной физкультуры с добавлением гирудотерапии, и дает выраженный реабилитационный эффект.

Выводы:

1. Метод гирудотерапии при лечении и реабилитации больных нестабильности шейного отдела дает благоприятный терапевтический эффект в короткие сроки и, тем самым, способствует улучшению состояния больного и восстановлению его работоспособности.
2. Гирудотерапия, как доступный метод и в условиях стационара и в амбулатории можно рекомендовать в качестве одного из видов активной терапии при нестабильности шейного отдела.

Дальнейшие исследования предполагается провести в изучении применения гирудотерапии при нестабильности других отделов позвоночника и крупных суставов в организме человека, в том числе у студентов, спортсменов в посттравматическом периоде.

Литература:

1. Антоньев А.А., Рахимова-Белова Л.В. Вестник дерматологии и венерологии. 1996, № 1. – 59-60.
2. Демченко А.В. Ранние дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника у детей и подростков. Вертебрология - проблемы, поиски, решения. Научная конференция. - М., 1998. - С. 98-109.
3. Калесов С.В. Застарелые повреждения связочного аппарата верхнешейного отдела позвоночника у детей и подростков. Дис... канд. мед. наук. - М., 1992. – 20с.
4. Калесов С.В., Плотно А.Е. Болевой синдром в шейном отделе позвоночника у детей и подростков с краниовертебральной патологией // Вертебрология – проблемы, поиски, решения. Научная конференция. – М., 1998. – С. 112-123.
5. Каменев О.Ю., Вам поможет пиявка: Практическое руководство по гирудотерапии. - СПб.: ЗАО «ВЕСВ». 2000.-

253 с, ил.

6. Продан А.Л., Хеисюк Н.И., Маковоз Е.М., Лыгун Л.Н. Кинематические характеристики позвоночного сегмента при дегенеративной нестабильности // 11 Всесоюзная конференция по проблемам биомеханики. - 1979. - Т. 4. - С. 107-11.
7. Орлова М.Л. Диагностика и лечение нестабильности шейного отдела позвоночника у детей. Дис. ...канд. мед. наук. - СПб., 1996. - 160 с.
8. Щёкотов Г.М. Применение пиявок при варикозном расширении вен. Воен. мед. журнал. - 1980. - № 3. - С. 68.
9. White A, Southwick W, Panjabi M. Spine. - 1976. - / (1). - P. 15-29.

Поступила в редакцию 07.03.2007г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ПРЫГУНОВ В ДЛИНУ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Колот А.В.

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев

Аннотация. В статье приведены современные данные о технике прыжка в длину. Описаны биомеханические характеристики, составляющие структуру технической подготовленности прыгунов в длину высокой квалификации и определяющие эффективность соревновательной деятельности. Изложена технология оценки и контроля за технической подготовленностью спортсменов. Ключевые слова: прыгуны в длину, биомеханические характеристики, техника прыжка в длину, структура технической подготовленности.

Анотація. Колот А.В. Удосконалення структури технічної підготовленості стрибунів у довжину високої кваліфікації. Наведено сучасні дані про техніку стрибка у довжину. Описано біомеханічні характеристики, що становлять структуру технічної підготовленості стрибунів у довжину високої кваліфікації і визначають ефективність змагальної діяльності. Викладено технологію оцінки і контролю технічної підготовленості спортсменів.

Ключові слова: стрибунів у довжину, біомеханічні характеристики, техніка стрибка у довжину, структура технічної підготовленості.

Annotation. Kolot A.V. Perfection of structure of technical readiness of jumpers in length of high qualification. The article outlines the up-to-date data on broad jumping technique. It describes biomechanical characteristics that make up a structure of technical preparation of high skilled broad jumpers and determine the effectiveness of competition activities. The article sets out evaluation and control procedures of athletes technical preparation.

Keywords: broad jumpers, biomechanical characteristics, broad jumping technique, structure of technical preparation.

Введение.

На современном этапе развития теории и методики спортивной подготовки все больше ощущается необходимость понимания рациональных принципов связи отдельных составляющих технической подготовленности спортсмена, обеспечивающих его мастерство [3, 8, 12, 13].

Повышение эффективности процесса подготовки спортсменов на различных этапах совершенствования спортивного мастерства во многом обусловлено поиском путей оптимизации управления тренировочным процессом, рациональным вы-

бором индивидуальной техники выполнения прыжка в длину с разбега и методов совершенствования двигательных действий спортсмена.

В научно-методической литературе по физическому воспитанию и спорту в последнее время часто употребляется выражение «структура технической подготовленности». Однако смысл этого понятия полностью еще не раскрыт, хотя целый ряд излагающихся в литературе фактов имеет прямое отношение к рассматриваемой проблеме. Эти факты сгруппированы, прежде всего, вокруг таких вопросов, как взаимосвязь технической подготовленности с развитием физических качеств в рамках конкретной спортивной деятельности, организация и планирование технической подготовки, управление и контроль за технической подготовленностью спортсменов [4, 7, 12, 13].

Совершенствование техники движений со сложной координационной структурой, каким является прыжок в длину с разбега, в процессе тренировок и соревнований в значительной степени зависит от технологии оценки техники, программ педагогического воздействия на систему движений спортсмена и условий, в которых они формируются [3, 5].

Можно отметить неоднозначность практических рекомендаций относительно повышения уровня технической подготовленности прыгунов в длину разного возраста и спортивной квалификации, учета темпоритмовых особенностей в структуре движений прыгуна в длину в разбеге и прыжке, а также отсутствие в практике работы тренеров последних достижений спортивно-педагогической науки в области управления тренировочным процессом с помощью методов диагностики на основе оперативных средств контроля.

В процессе совершенствования техники прыжка в длину ввиду отсутствия биомеханических показателей технической подготовленности, сохраняется неопределенность в выборе индивидуально-оптимального варианта выполнения движений. Для того чтобы исключить эту неопределенность, спортсмену необходимо точно знать, какие кинематические и динамические характеристики техники целесообразно изменить, чтобы наилучшим образом реализовать свои двигательные возможности [1, 3].

Таким образом, изучение литературных источников показывает, что структура технической подготовленности спортсмена еще не была предметом специального исследования. Однако ее целенаправленное изучение является необходимым условием для реализации принципа оптимального управления тренировочным процессом.

Изложенное выше позволяет констатировать, что поиск путей повышения уровня технической подготовленности прыгунов в длину с разбега, с позиции обоснования комплекса кинематических и динамических характеристик, составляющих структуру технической подготовленности спортсменов, с учетом индивидуальных особенностей техни-