

16. Ulatowski T. Teoria i metodyka sportu / T. Ulatowski. – Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa, 1981.
17. Ulatowski T. Teoria sportu / T. Ulatowski. – Urząd Kultury Fizycznej, Warszawa, 1992.
18. Ашмарин Б. А. Теория и методики физического воспитания / Б. А. Ашмарин. – Москва: Просвещение, 1990. – 287 с.
19. Гандельсман А.Б. Физическое воспитание детей школьного возраста / А.Б. Гандельсман, К.М. Смирнов. – М.: Физкультура и спорт, 1966. – 256 с.
20. Огуренко В.И. Левша в боксе. / В.И. Огуренков. – М.: Физкультура и спорт, 1959 – 136 с.
21. Очерки по физиологии физических упражнений / заслуженный деятель науки проф. А. Н. Крестовников. – Москва : Физкультура и спорт, 1951. – 529 с.
22. Поцелуев А.А. Вопросы развития левой руки у школьников-спортсменов: Автореф. дис. . канд. пед. наук. – Л., 1951. – 26 с.
23. Теория и методика физической культуры : учебник для вузов / Ю.Ф. Курамшин, В. И. Григорьев, Н. Е. Латышева [и др.] ; под ред. Ю.Ф. Курамшина. – М. : Советский спорт , 2004. – 463 с. :
24. Ухтомский А.А. Физиология двигательного аппарата, Собрание сочинений / А.А. Ухтомский. – Ленинград, 1951. – 165 с.

References

1. Annett, M. (1981) *The genetics of handedness*. [In:] *Trends in Neurosciences*, 3, 256-258.
2. Aszmarin, B.A. (red.), (1990): *Teorija i metodika fiziczeskogo wospitanija*, Izd. Fizkultura i Sport, Moskwa.
3. Fischer K., (1988). *Rechts-Links-Probleme in Sport und Training*, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf.
4. Handelsman A., Smirnov K., (1966). *Fiziczeskoje wospitanije dietiej skolnogo vozrasta (mediko- biologičeskije osnovy, Fizkultura i Sport, Moskwa.*
5. Kobler R., (1932). *Der Weg des Menschen vom Links - zum Rechtshander*, Leipzig: Perles Verlag, Wien.
6. Krestownikov N., (1951). *Očerki po fizjologii fiziczeskich upražnenij. (Sketch physiology of physical exercises)*. Moskva: Fizkultura i Sport, Moskwa.
7. Kuramszin J. F., (2004). *Teorija i metodika fiziczeskoj kultury*, Izd. Sowjetskij Sport, Moskwa.
8. Ludwig W., (1931). *Das Rechts-Links-Problem in Tierreich und beim Menschen*. Vrlg. J.Springer, Berlin.
9. Meyer R.W., (1991). *Berater fur Linkshandiger*. Taschenbuchverlag Jacobi KG Munchen.
10. Oberbeck H., (1989). *Seitigkeitsphanomene und Seitigkeitstypologie im Sport*, Verlag Karl Hofmann, Schorndorf.
11. Ogurenkov V., (1959). *Levša v boksie*, Fizkultura i Sport, Moskwa.
12. Osiński W., (2003). *Antropomotoryka*, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Poznań.
13. Osiński W., (1994). *Motoryczność człowieka - jej struktura, zmienność i uwarunkowania*, Monografie, Podręczniki, Skrypty Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, 310: 121-146.
14. Passian J., Suchenwirth R. & Ferneru, (1969). *Die Lateralisation der manuellen Leistung in Abhängigkeit vom Lebensalter*, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 37, 319-331.
15. Peiper A., (1956). *Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit*, Leipzig.
16. Pocolujev A., (1951). *Voprosy rozvitja levoj ruki u školnikov-sportsmenov, changes and conditions*). Diss.Kand., Leningrad.
17. Starosta W., (2008). *Stronne różnicowanie techniki ćwiczeń zawodników rozmaitych dyscyplin sportu*, International Association of Sport Kinetics, Warszawa - Supraśl.
18. Starosta W., (1975). *Symetria i asymetria ruchu w sporcie*, Sport i Turystyka, Warszawa.
19. Starosta W., (1990). *Symetria i asymetria w szkoleniu sportowym*, Poradnik dla Trenera, z.15, Instytut Sportu, Warszawa.
20. Starosta W., (2003). *Symetryzacja techniki ćwiczeń - metoda rozwijania koordynacji ruchowej*, [w:] W. Starosta [red.], *Motoryczne zdolności koordynacyjne {Motor co-ordination abilities}*. International Association of Sport Kinetics, Warszawa, 451-502.
21. Szuman S., (1957). *Rozwój motoryki niemowlęcia*, Kultura Fizyczna, 11.
22. Uchtomski A.A., (1951). *Fizjologija dwigatel'nogo aparata*, Sobr. Soczinnienija, Leningrad.
23. Ulatowski T. (red.), (1981). *Teoria i metodyka sportu*, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa.
24. Ulatowski T. (red.), (1992). *Teoria sportu*, Urząd Kultury Fizycznej, Warszawa.

УДК 616-004.6:616-009.614:616-009.55:616-009.12

Ховавко О.Ю.

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ОГОРТАНЬ ХВОРИХ З ПАРАПАРЕЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА ЛІКАРНЯНОМУ ЕТАПІ ЗА МЕТОДОМ ХОВАВКО О.Ю.

У статті проаналізовано сучасні погляди науковців з фізичної терапії на існуючі методи фізичної терапії хворих, після видалення міжхребцевих килів поперекового відділу хребта на лікарняному етапі лікування. Проаналізовано статистичні дані кількості дорослих громадян, які звернулись за допомогою в лікарню, що мали дискогенну радикулопатію. Розглянуто сучасні методи діагностики міжхребцевих килів. Розглянуто проведення реабілітаційних заходів починаючи з передопераційного періоду. Освітлено існуючі методи лікування болю післяопераційного періоду. Описані існуючі режими, засоби і методи фізичної терапії хворих, що перенесли хірургічне втручання поперекового відділу хребта, на лікарняному етапі фізичної терапії.

Описано особливості використання лікувально-реабілітаційних обгортань хворих, що мають парапарез нижніх кінцівок з больовим синдромом, після видалення міжхребцевих килів поперекового відділу хребта на лікарняному етапі

лікування за методом Ховавко О.Ю.

Метод є запатентованою корисною моделлю та відноситься до медицини, а саме фізична терапія та ерготерапія. Метод обгортань має широку дію та може застосовуватись при багатьох патологіях не тільки у клініці нервових хвороб, а також в ортопедії та травматології.

Ключові слова: лікувально-реабілітаційні обгортання за методом Ховавко О.Ю., фізична терапія, парапарез, лікарняний етап фізичної терапії, міжхребцеві кили, якість життя.

Ховавко А.Ю. особенности использования лечебно-реабилитационных обертываний больных с парапарезом нижних конечностей на клиническом этапе по методу Ховавко А. Ю. В статье проанализированы современные взгляды научных работников на физическую терапию и на существующие методы терапии больных, после удаления межпозвоночной грыжи поясничного отдела позвоночника на клиническом этапе физической терапии. Проанализированы статистические данные количества взрослых граждан, обратившихся за помощью в больницу, имевших дискогенную радикулопатию. Рассмотрены современные методы диагностики межпозвоночной грыжи. Рассмотрено проведение реабилитационных мероприятий начиная с предоперационного периода. Описаны существующие методы лечения боли в послеоперационный период. Описанные существующие средства и методы физической терапии больных, перенесших хирургическое вмешательство поясничного отдела позвоночника, на больничном этапе физической терапии.

Описаны особенности использования лечебно-реабилитационных обертываний больных с парапарезом нижних конечностей и болевым синдромом, после удаления межпозвоночной грыжи поясничного отдела позвоночника на клиническом этапе физической терапии по методу Ховавко А.Ю.

Метод является запатентованной полезной моделью и относится к медицине, а именно физическая терапия и эрготерапия. Метод обертываний имеет широкое действие и может применяться при многих патологиях, не только в клинике нервных болезней, а также в ортопедии и травматологии.

Ключевые слова: лечебно-реабилитационные обертывания по методу Ховавко А.Ю., физическая терапия, парапарез, клинический этап физической терапии, межпозвоночная грыжа, качество жизни.

Khovavko A. Peculiarities of the use of medical and rehabilitation wratches of patients with paraparesis of the lower extremities at the clinical stage by the method of Khovavko Aleksandr

The article analyzes the modern views of researchers on physical therapy and on existing methods of treating patients after the removal of an intervertebral hernia of the lumbar spine at the clinical stage of physical therapy. Analyzed the statistical data on the number of adult citizens who applied for help to the hospital who had discogenic radiculopathy. The modern methods of diagnosis of intervertebral hernia are considered. Considered the conduct of rehabilitation activities from the preoperative period. Existing treatments for pain in the postoperative period are described. The described existing means and methods of physical therapy of patients undergoing surgical intervention of the lumbar spine at the hospital stage of physical therapy.

The features of the use of treatment and rehabilitation wraps of patients with paraparesis of the lower extremities and pain syndrome are described, after the removal of an intervertebral hernia of the lumbar spine at the clinical stage of physical therapy according to the method of Khovavko Aleksandr Yriyovich.

The method is a patented utility model and refers to medicine, namely physical therapy and occupational therapy. The wrapping method has a broad effect and can be used in many pathologies, not only in the clinic of nervous diseases, but also in orthopedics and traumatology.

Key words: treatment and rehabilitation wraps according to the method of Hovavko Aleksandr Yriyovich, physical therapy, paraparesis, clinical stage of physical therapy, intervertebral hernia, quality of life.

Вступ. За статистичними даними, підрахованим відділенням медичної статистики Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, на основі відомостей про роботу нейрохірургічних відділень (ліжок) України, статистика за 2017 рік містить наступні цифри, а саме – кількість дорослих громадян, які звернулись за допомогою в лікарню, що мали дискогенну радикулопатію склала 19.994 чол., з них 12.759 було прооперовано. За даними на 2012 рік, кількість звернень до медичних установ склала 18.821 випадків, з яких 10.442 чол. було прооперовано. Дані наведені з урахуванням всіх 110 нейрохірургічних відділень України [2, с. 276].

Проаналізувавши, наведені вище дані, можна сказати наступне, кількість хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання зростає з кожним роком, що в свою чергу потребує підвищення уваги до розвитку методів та засобів фізичної терапії саме в післяопераційний період. Також, значна поширеність побічних явищ таких як парези, втрата чутливості, пролежні, больові синдроми, говорять про зростання рівня інвалідизації у працездатному віці, що в свою чергу має загрозу для економіки в країні. Актуальність теми зумовлює й те, що вже відомі методи та засоби фізичної терапії не є достатніми для максимального відновлення втрачених функцій.

Мета – розкрити особливості та охарактеризувати використання лікувально-реабілітаційних обгортань хворих з парапарезом нижніх кінцівок на лікарняному етапі за методом Ховавко О.Ю.

Завдання дослідження:

1) Освітити погляди авторів наукових джерел з фізичної терапії на існуючі методи реабілітації хворих, після видалення міжхребцевих килів поперекового відділу хребта (між хребцева грижа) на лікарняному етапі лікування.

2) Описати особливості використання лікувально-реабілітаційних обгортань хворих, що мають парапарез нижніх кінцівок з больовим синдромом, після видалення міжхребцевих килів поперекового відділу хребта (між хребцева грижа) на лікарняному етапі лікування за методом О.Ю.Ховавко.

Результати дослідження та їх обговорення. Н.І. Богдановська звертає нашу увагу на тому, що кила міжхребцевого диску – найбільш часта причина поперекової радикулопатії, одного з найважчих варіантів вертеброгенних больових синдромів, що характеризується особливо інтенсивним і стійким болем та, звичайно, супроводжується різким обмеженням рухливості. Хоча на частку радикулопатії припадає близько 5% випадків болю в спині, саме вона є найбільш частою причиною стійкої втрати працездатності. Найчастіше в ініціації болю при грижі диска вирішальну роль відіграє механічна компресія корінця й/або спинномозкового ганглія. Проте стійка підтримка інтенсивного больового синдрому може бути пов'язана не стільки з механічними факторами, скільки із вторинними токсичними, дисімунними та дисметаболічними процесами. Речовина пульпозного ядра, будучи хімічним подразником для нервової тканини, сприяє виникненню місцевої запальної реакції, набряку, мікроциркуляторних розладів. Це викликає локальне роздратування чутливих рецепторів і м'язовий спазм, що приводить до обмеження рухливості в ураженому відділі за рефлекторним механізмом. Тривале існування спазму призводить до порушення постави, розвитку патологічного рухового стереотипу й підтримує больовий синдром [2, с. 134].

Згідно наказу МОЗ України №487 від 17.08.2007р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» діагностика дорсалгій ґрунтується на клінічній картині захворювання та променевих методах дослідження, до яких відносять оглядову рентгенографію поперекового відділу хребта та магнітно-резонансну томографію. Виявити ураження диску та оцінити його стан на різних етапах розвитку патологічного процесу дозволяють комп'ютерна томографія (КТ) і магнітно-резонансна томографія (МРТ) [5, с. 111].

В той час, коли консервативні методи не допомагають з усунення симптомів, що викликає міжхребцева кила, виникає потреба в хірургічному лікуванні, а саме в декомпресії ураженого сегмента. Результати лікування хворих з парапарезом нижніх кінцівок та больовим синдромом залежить не лише від хірургічного втручання з видалення кила міжхребцевого диска, а й від індивідуально побудованої програми фізичної терапії, що дозволить в найкоротші строки з мінімальними проявами супутніх ускладнень, відновити чутливість, рухову діяльність, усунути больовий синдром, відновити опорну функцію та повернути високий рівень життя. Саме нейрохірургічне втручання дає умови для реабілітаційних заходів, які саме в свою чергу повинні починатись з самого раннього етапу реабілітації.

Серед дегенеративних захворювань хребта, як повідомляє К.І. Горбатюк, провідне місце посідає стеноз хребтового каналу (СХК). Його виявляють у 8% населення. Зазначену патологію діагностують переважно у пацієнтів похилого та старечого віку, рідше – в осіб середнього віку та молодих. Клінічними ознаками СХК у поперековому відділі хребта є радикулопатія, нейрогенна кульгавість, парези кінцівок, атрофія м'язів, порушення чутливості в кінцівках та аногенітальній зоні, які пов'язані з компресією міжхребцевих нервів і корінців кінського хвоста. Основне завдання хірургії – провести максимально радикальне втручання з мінімальною травматизацією пацієнта. Раніше цього було тяжко досягти, але поява малоінвазивних технологій хірургічних доступів вирішила цю проблему. Класичним методом лікування СХК залишається декомпресивна ламінектомія в поєднанні з встановленням стабілізуювальних систем у разі наявності/появи нестабільності оперованого сегмента хребта [4, с. 36-37].

Марченко О.К. наголошує на актуальності проведення реабілітаційних заходів починаючи з передопераційного періоду, який направлений в основному на попередження важких післяопераційних ускладнень.

В післяопераційний період головний вектор фізичної терапії спрямований на відновлення трофіки, чутливості, рухових функцій, конкретних груп м'язів в залежності від ураженого сегмента [5, с. 335].

Основною проблемою післяопераційного періоду є знерухомленість хворого. Хворий знаходиться на суворо постільному режимі, який в свою чергу включає – допоміжні рухи, приймання їжі, туалет здійснюються за допомогою медичного персоналу. Допускаються дихальні вправи і рухи у дистальних відділах кінцівок. Час перебування в даному режимі складає до 2 днів, за тим хворого переводять в вертикальне положення. Виключають рухи, що скручують хребет, а також виключають сидяче положення. Однак в момент відновного лікування виникає потреба укріплення паретичних м'язів.

У зв'язку з вимушеною гіпокінезією та гострим больовим синдромом, а також з неврологічним проявом захворювання, у 98% хворих виражена атрофія м'язів нижніх кінцівок та у 83% ослаблені м'язи спини.

В подальшому хворого переводять до постільного режиму, який характерний активною поведінкою хворого у ліжку, самостійним прийманням їжі і самостійним переходом у положення сидячи, потім — стоячи. Основне вихідне положення при виконанні комплексів ранкової гігієнічної і лікувальної гімнастики, самостійних занять — лежачи. Застосовують вправи малої інтенсивності, а наприкінці режиму — помірної. Фізіологічна крива навантаження у цьому режимі має один підйом з незначними коливаннями в основній частині заняття

Напівпостільний режим (палатний) — це перебування хворого у ліжку половину денного часу, а в другій — сидіння, ходьба тощо. У цьому режимі застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття, лікувальну ходьбу, елементи працетерапії, а наприкінці його дозволяється піднімання по сходах, вихід на прогулянку та вправи помірної інтенсивності.

Вільний режим. Хворий більшу частину денного часу перебуває за межами палати. Призначають, окрім форм ЛФК, спортивно-прикладні вправи, пра-цетерапію, а при показаннях — механотерапію, заняття на тренажерах, гідрокінезитерапію. Використовують вправи помірної інтенсивності і у меншій кількості — великої [6, с. 196].

Додаткове посилення кровопостачання корінців попереково-крижового відділу спинного мозку, як повідомляє В.Н. Мошков може бути досягнуто вправами на координацію. При заняттях за щадним режимом ці вправи виконуються за рахунок вправ для дрібних і середніх суглобів кінцівок. Вправи для плечових суглобів виконуються з коротким плечем важеля, на який діє тяжкість рук, оскільки виконання вправ випрямленими руками супроводжується напруженням м'язів спини. Положення для виконання вправ на координацію - лежачи на спині.

Заняття починається з укладання хворих. Укладання повинне забезпечувати зменшення болю у спокої.

Посилення болю свідчить про натягнення корінців, що не повинне мати місця. Тривалість заняття – 25-30 хв. [8, с. 348]

І.Н. Сосин пропонує електрофорез лікарських і, в першу чергу, знеболювальних препаратів. Проводиться

електрофорез постійним або низькочастотним електричним струмом. У цих випадках введення лікарських речовин поєднується з позитивним впливом на організм електричного струму. Широко застосовується суміш А.П. Парфенова (новокаїну - 0,2 г, совкаїну - 0,1 г; тримекаїну - 0,3 г; 0,1% розчину адреналіну - 1 мл; дистильована вода - 100 мл). Для посилення ефекту рекомендується до 100 мл такої суміші додати 20 мл 25% розчину димексиду. Електрофорез вказаної суміші проводиться як у стадії загострення, так і у стадії ослаблення болю [10, с. 85].

Проаналізувавши сучасні методи реабілітації на лікувальному етапі можна відмітити, що існуючі методи не мають істотного впливу на відновлення чутливості, рухової діяльності, зменшенню болю. Судячи з заходів, які застосовуються в післяопераційний період, а одним з важливих елементів є знерухомленість хворого, можна сказати, що відсутність рухів може призвести до появи пролежнів, контрактур, атрофію м'язів. Період перебування на суворо постільному режимі може збільшитись від 2 днів і більше, якщо в післяопераційну рану потрапила інфекція. В даному випадку необхідний метод який би відновлював трофіку тканин, зменшував больовий синдром, відновлював чутливість та рухову діяльність, при цьому хворий максимально був би знерухомлений.

Таким чином, проаналізувавши попередній досвід, нами був запропонований метод лікувально-реабілітаційних огортань за методом Ховавко О.Ю. Даний метод є запатентованою корисною моделлю та відноситься до медицини, а саме фізична терапія та ерготерапія. Метод огортань має широку дію та може застосовуватись при багатьох патологіях не тільки у клініці нервових хвороб, а також в ортопедії та травматології.

Метод унікальний тим, що в період суворо постільного режиму можливе відновлення амплітуди рухів паретичних кінцівок (рис. 1), покращення чутливості, відновлення сили м'язів та профілактика пролежнів, контрактур.

Особливістю даного методу є те, що метод комплексно впливає на організм хворого, а саме стимулює нервову систему (відновлюється чутливість, рухова діяльність), покращується кровообіг (виникнення гіперемії), покращується стан шкіри, відновлюються дренажні властивості, стимулює циркуляцію лімфи, підвищує імунітет, знижується біль в м'язах (гіпертонус, спастика), покращується настрої хворого (має седативний ефект).



Рис.1. (а) Максимальне згинання паретичної кінцівки на 4 день після видалення між хребцевого кила L4-L5. (б) Максимальне згинання паретичної кінцівки після однієї процедури огортання.

Важливим є те, що засіб можливо застосовувати хворим на гіпертонію, з підвищеною нервовою чутливістю, хворим з остеопорозом. Також важливим моментом є зменшення тиску на скелет реабілітолога, що є зниженням ризику професійних хвороб.

Механізм дії відбувається через проникнення поживних речовин через спеціальні бинти, якими огортається хворий. Час процедури до 90 хв.

Курс процедур складає від 5 до 20 сеансів. Під час дії речовин відбувається стимуляція рецепторів, покращуються обмінні процеси, мікроциркуляція.

Однією з переваг лікувальних-огортань є те, що на пацієнта не здійснюється тиск, що може призвести до пошкодження опорно-рухового апарату хворим з остеопорозом. Також, застосування методу не потребує спеціальних знань, достатньо пройти семінар на протязі одного дня. Це говорить про те, що родичі хворого можуть приймати участь у лікуванні, що є економічно вигідною моделлю.

Використання запропонованого методу дає можливість боротись з наслідками хвороби на всіх етапах реабілітації, допомогти існуючим методам лікування, та дати надію хворим одужати.

Висновки. Таким чином, аналіз літератури з медицини та фізичної терапії дає змогу зробити висновок, що актуальною на сьогоднішній день є проблема фізичної терапії хворих за парепарезом нижніх кінцівок після видалення між хребцевих килів поперекового відділу саме на лікарняному етапі лікування, як показують статистичні дані кількість хворих з кожним роком все зростає. Спираючись на наш досвід, можна відмітити про супутні погіршення здоров'я хворих, які перенесли хірургічне втручання на поперековому відділі хребта, але при тому реабілітаційні процеси повинні відбуватись з максимальним ефектом, а саме відновлення чутливості, рухової діяльності, профілактику пролежнів, контрактур, атрофії м'язів, та повернення до максимального рівня життя.

Проаналізовано та доведено ефективне використання лікувально-реабілітаційних огортань за методом Ховакво О.Ю.

Література

1. Антонов И.П. Поясничные боли / И.П. Антонов, Г.Г. Занько // Минск: Медицина 2001. 128 с.
2. Богдановська Н.І. Комплексна реабілітація хворих із грижами між хребцевих дисків із застосуванням ізометричних навантажень: Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: Збірник наукових праць, №3 (19) 2012 С. 276
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский // Рига: Наука, 2004. 288 с.
4. Горбатюк К.І. Порівняння клінічних результатів відкритої і малоінвазивної декомпресії та стабілізації при стенозі поперекового відділу хребта: Український нейрохірургічний журнал, №1 2018 С. 36-37
5. Марченко О.К. Основы физической реабилитации / О.К. Марченко// ученик для студентов вузов. К.: Олимп. лит., 2012. – 335 с.
6. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / О.К. Марченко// навчальний посібник Київ: Олімпійська література, 2006. 196 с.
7. Морозов И.Н. Дифференцированная кинезотерапия после оперативного удаления грыж межпозвоноковых дисков поясничного отдела позвоночника: пособие для врачей / И.Н. Морозов, О.П. Мотякина // Н. Новгород: Медицина, 1998, 248 с.
8. Мошков В.Н. Лечебная физкультура в клинике нервных болезней / В.Н. Мошков// М.: Олимп, 1999 348 с.
9. Попелянский А.Я. Принципы комплексного лечения больных остеохондрозом позвоночника / А.Я. Попелянский, Г.А. Иваничев// Спб: Медкнига, 2005. 246 с.
10. Сосин И.Н. Клиническая физиотерапия / И.Н. Сосин// Київ: Здоров'я, 1996. 85 с.

References

1. Antonov I.P., & Zanko G.G. (2001). *Poyasnichnie boli [Lumbar pain]*. Minsk: Medicina [in Russian]
2. Bogdanovska N.I. (2012) *Kompleksna rehabilitaciya hvorih iz hrizami vzhrebevih disciv iz zastosuvanyam izometrighnih navantazen: fizichne vihovania, sport I kultura zdorovia u suchasnomy suspilstvi [Integrated rehabilitation of patients with hernias between vertebral disks with the use of isometric loads: Physical education, sports and health culture in modern society]*. *Zbirnik naukovih praz*, 3, 276
3. Gorbatur K.I. (2018) *Porivnyana klinichnih rezultatuv idkritii I maloinvazivnoi dekompresii ta stabilizacii pri stenozi poperekovogo vidilu hrehta [Comparison of clinical outcomes of open and non-invasive decompression and stabilization at stenosis of the lumbar spine]*. *Ukrainski neyrohrurgichniy zurnal*, 1,36-37
4. Marchenko O.K. (2006). *Fizichna rehabilitaciya hvorih iz travmami I zahvuruvanyam nervovoi sistemi [Physical rehabilitation of patients with injuries and diseases of the nervous system]*. Kyiv: Olimpiyska literature
5. Marchenko O.K. (2012). *Osnovi fizicheskoy rehabilitazii [basics of physical rehabilitation]*. Kyiv: Olimpiyska literatura
6. Morozov I.N. & Motyakina O.P. (1999). *Diferencionaya kinezioterapiya posle operativnogo udaleniya griz mezdupozvonochnih discov poyasnichnogo otdela pozvonochnika: posobie dlya vrachey [Differential kinesitherapy after surgical removal of hernias of intervertebral discs of the lumbar spine: a manual for doctors]*. N.Novgorod: Medizina [in Russian]
7. Moshkov V.N. (1999). *Lechebnaya fizkultura v klinike nervnih bolezney [Therapeutic medicine in the clinic of nervous diseases]*. Moskva: Olimp [in Russian]
8. Popelyanski A.Y. & Ivani chev G.A. (2005). *Principi kompleksnogo lecheniya bolnih osteohondrozom pozvonochnika [Principles of complex treatment of patients with spinal osteochondrosis]*. Spb: Medkniga [in Russian]
9. Sosin I.N. (1996) *Klinicheskaya fizioterapiya [Clinical phzioterapij]*. Kyiv: Zdorovia
10. Veselovsky V.P. (2004). *Prakticheskaya vertobronevrologia i manualnaya terapiya [Practical vertebral neurology and manual therapy]*. Riga: Nauka [in Russian]

УДК 613 : [2 + 796 + 615.851]

Хорошуха М. Ф.

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Хохлов А. В.

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, м. Київ

ЕКСПРЕС-МЕТОД САМООЦІНКИ ІНТЕГРАЛЬНОГО (ФІЗИЧНОГО, ПСИХІЧНОГО, ДУХОВНОГО) ЗДОРОВ'Я ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ

На підставі багаторічних досліджень автора обґрунтовані методологія і методи кількісного визначення рівня інтегрального (фізичного, психічного, духовного) здоров'я людини. Встановлено, що спрямованість тренувального процесу чинить специфічний вплив на характер змін трьох статусів інтегрального здоров'я юних спортсменів. Так, у підлітків видів спорту швидкісно-силового характеру високий рівень інтегрального здоров'я досягається, в основному, за рахунок приросту середніх значень показників фізичного та психічного здоров'я і в меншій мірі духовного, тоді як у представників видів спорту на витривалість, навпаки, – за рахунок високих значень показників духовного та психічного статусів здоров'я і в меншій мірі відносно невисоких величин фізичного здоров'я. Показано можливість використання розробленого експрес-методу в педагогічній практиці для проведення самоконтролю за ефективністю занять фізичними навантаженнями, а також в якості скринінг-тесту для оцінки різних сфер здоров'я юних спортсменів.