

3. Коваленко А.А. Постановочные композиции в подготовке спортсменов-танцоров. Спортивные танцы: Бюллетень. 2000. №3. С. 12-19
4. Коваленко А.А. Программно-методическое обеспечение подготовки в спортивных танцах .Спортивные танцы: Бюллетень., 2001. № 6. С.8-10.
5. Матвеева Е.М. Хореографическая подготовка фигуристов: метод, рекомендации. Москва, 1990. 16 с.
6. Нилов В.Н. Бальный танец: программа и метод, пособие. Москва, 2001. - 68 с.
7. Семенова И. Е. Преподавание хореографических дисциплин для тренеров и исполнителей спортивных танцев: учеб. пособие, Москва, 1999. - 44 с.
8. Сергієнко Л. П. Спортивна метрологія: теорія і практичні аспекти. Київ, 2010. 776 с.

References

1. Borisenko S. I. Povyshenie ispolnitelskogo masterstva gimnastok na osnove sovershenstvovaniya horeograficheskoy pldgotovki: avoref. dis.na zdobuttya kand.ped.nauk: 13.00.04. SPb, 2000. 21s.
2. Kaul N. Kak nauchitsya tantsevat. Sportivnyie balnyie tantsyi. Rostov n/d, 2004. 352 s.
3. Kovalenko A.A. Postanovochnyie kompozitsii v podgotovke sportsmenov-tantsorov. Sportivnyie tantsyi: Byulleten. 2000. 3. S. 12-19
4. Kovalenko A.A. Programmno-metodicheskoe obespechenie podgotovki v sportivnyih tantsah .Sportivnyie tantsyi: Byulleten., 2001. 6. S.8-10.
5. Matveeva E.M. Horeograficheskaya podgotovka figuristov: metod, rekomendatsii. Moskva, 1990. 16 s.
6. Nilov V.N. Balnyiy tanets: programma i metod, posobie.Moskva, 2001. 68 s.
7. Semenova I. E. Prepodavanie horeograficheskikh distsiplin dlya trenerov i ispolniteley sportivnyih tantsev: ucheb. posobie, Moskva, 1999. - 44 s.
8. Serhienko L. P. Sportivna metrologiya: teoriya i praktichni aspekti. Kiyiv, 2010. 776 s.

УДК: 615.825:613.25

Гулбани Р.Ш.
кандидат педагогических наук, доцент
Виничук Я. А.
магистр кафедры физической реабилитации и здоровья человека
Классический частный университет г. Запорожье

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

В статье представлен анализ средств и методов физической реабилитации при дегенеративно-дистрофическом поражении позвоночника. Подробно изложены положительные стороны физических упражнений предлагаемых при рассматриваемой патологии. Рассмотрены положительные и наиболее эффективные стороны методики остеопатии. Представлены результаты, полученные в ходе исследования, и выполнен сравнительный анализ, на основе которого составлена программа и практические рекомендации. Выполнена оценка состояния подвижности и гибкости мышц и суставов шейно-грудного отдела позвоночника простыми и доступными средствами. Предложены комплексы средств физической реабилитации, основным компонентом которых являются самомассаж, элементы остеопатии и корригирующие упражнения.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофическое поражение шейно-грудного отдела, физическая реабилитация, элементы остеопатии, корригирующие упражнения

Гулбані Р.Ш., Вінічук Я.А. «Сучасні засоби фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічних поразку хребта». У статті представлений аналіз засобів і методів фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічних ураженнях хребта. Детально викладені позитивні сторони фізичних вправ пропонує при даній патології. Розглянуто позитивні та найбільш ефективні боки методики остеопатії. Представлені результати, отримані в ході дослідження, і виконано порівняльний аналіз, на основі якого складена програма і практичні рекомендації. Виконано оцінку стану рухливості і гнучкості м'язів і суглобів шийно-грудного відділу хребта простими і доступними засобами. Запропоновано комплекси засобів фізичної реабілітації, основним компонентом яких є самомасаж, елементи остеопатії і коригуючі вправи.

Ключові слова: дегенеративно-дистрофічні ураження шийно-грудного відділу, фізична реабілітація, елементи остеопатії, коригуючі вправи

Gulbani R.Sh., Vinichuk Ya.A. «Modern means of physical rehabilitation in degenerative-dystrophic damage of the spine». The greatest frequency and severity of clinical manifestations is observed in people of the most working age of 30-50 years. The article presents an analysis of the means and methods of physical rehabilitation for degenerative-dystrophic lesions of the spine. The positive aspects of the physical exercises offered by the pathology under consideration are described in detail. The positive and most effective aspects of the osteopathy technique are considered. The results obtained during the study are presented, and a comparative analysis is performed, on the basis of which the program and practical recommendations are compiled. The state of

mobility and flexibility of the muscles and joints of the cervico-thoracic spine was assessed using simple and affordable means. The degree of pain sensitivity was determined by the M. Weis method. Complexes of means of physical rehabilitation are proposed, the main component of which is self-massage, elements of osteopathy and corrective exercises. The positive effect of exercises that stretch and at the same time strengthen the deep muscles of the body was revealed. Moreover, in combination with the use of relaxing postures and relaxation breathing, the effectiveness of exercises increased significantly. The positive effect of the elements of osteopathy on the reduction of pain was determined. Practical recommendations provided.

Keywords: degenerative-dystrophic lesion of the cervical-thoracic department, physical rehabilitation, elements of osteopathy, corrective exercises

Постановка проблемы. Одним из самых уязвимых органов человека является его позвоночник, что определяется как постоянной нагрузкой на него, так и особенностями строения. Нами отмечено, что вертеброгенная патология занимает одно из первых мест по распространенности болезней опорно-двигательного аппарата населения различных стран мира, успешное лечение больных остеохондрозом позвоночника [1,3,5,7].

Нетрадиционные методы физической реабилитации, применяемые для восстановления больных с остеохондрозом позвоночника, разрозненные и не систематизированные. Многими авторами подчеркивается в связи с этим необходимость разработки комплексной методики реабилитации, основанной на применении различных методов физической медицины с использованием нетрадиционных подходов и построения индивидуальных программ реабилитации тематических больных [1,5,6].

Анализ литературных источников. Распространенность шейных синдромов не уступает распространенности патологии поясничных. Так, по М. Стокгольма 2,6% всех обратившихся в амбулаторные учреждения составляли пациенты с брахиалгиями – они обращались даже чаще, чем больные ишиалгиями. В шейном отделе позвоночника дегенеративные поражения характеризуются рядом отличий по сравнению с такими же нарушениями поясничного уровня. Это определяется как анатомо-физиологическими особенностями шейного отдела, так и другими статико-динамическими нагрузками [3,4].

Шейный отдел – это наиболее подвижная и поэтому уязвимая часть позвоночника по травматическим повреждениям. Данный риск обусловлен слабым мышечным корсетом в области шеи, а также небольшими размерами и низкой механической прочностью позвонков шейного отдела. Дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника (ДДПП) – заболевание, при котором поражаются межпозвоночные диски и хрящи межпозвоночных дисков. Из-за изменений, происходящих в них, появляются дистрофические процессы в суставах с дугообразными отростками. Остеохондроз, чаще употребляемый термин, диагностирующий эту патологию, поражающий верхний отдел позвоночника, в нашем случае шейный остеохондроз, вызывает болезненные ощущения в руках, онемение пальцев, физическую слабость рук, а нередко и сильные головные боли. Бессонница, или нарушение сна, обычная составляющая проблем со здоровьем у данной патологии [3,4].

Развивающийся остеохондроз, часто протекает без выраженных неприятных ощущений и нередко принимается врачами как заболевание внутренних органов. Больные остеохондрозом проходят многочисленные обследования, в ходе которых оказывается настоящий диагноз. Признаки остеохондроза можно найти у большинства людей старше 20 лет, ведущих малоподвижный образ жизни, страдающих лишним весом и не занимающихся своим здоровьем. Наибольшая частота и выраженность клинических проявлений отмечается у лиц самого трудоспособного возраста 30-50 лет.

В литературе встречаются два ошибочных, на наш взгляд, утверждения. Первое – шейный остеохондроз не оказывает существенного влияния на сердечно-сосудистую систему. А второе – постулирует патогенетическую связь между ишемической болезнью, с одной стороны, и шейным остеохондрозом, с другой, без достаточных аргументов. Поэтому необходимо подчеркнуть диагноз шейного остеохондроза обязательно должен быть подтвержден рентгенологически, хотя рентгенологические признаки его не всегда проявляются клинически [4]. Наиболее распространенными методами консервативного лечения остеохондроза являются: физиотерапия, мануальная терапия, массаж, лечебная физкультура, гимнастика (ЛФК), лекарственная терапия [1,2,5].

Выбранное направление исследования соответствует научному плану Классического частного университета «Теоретико-методические основы физического воспитания и физической реабилитации разных групп населения» номер госрегистрации 0107U004193.

Цель статьи, задачи

Цель работы – обоснование, разработка и экспериментальная оценка эффективности комплексной методики физической реабилитации при ДГУ шейно-грудного отдела позвоночника.

Основная **задача** исследования – оценка состояния шейно-грудной зоны испытуемых, проведение реабилитационной программы, и анализ результатов полученных в ходе эксперимента.

Для решения поставленной задачи были применены следующие **методы исследования**: анализ литературных источников, медико-биологические методы, методы физической реабилитации, педагогический эксперимент, методы математической статистики.

Результаты анализа и обобщения данных источников литературы, позволили сделать вывод, что успешное лечение больных остеохондрозом позвоночника, зависят от правильного ведения восстановительных мероприятий, особенно на ранней стадии заболевания. Методы физической реабилитации, применяемые для восстановления больных с остеохондрозом позвоночника, очень разнообразны. Многими авторами подчеркивается в связи с этим необходимость разработки комплексной методики реабилитации, основанной на применении различных методов физической медицины с использованием нестандартных подходов и построения индивидуальных программ реабилитации тематических больных.

Поэтому, наше внимание привлекла остеопатия, один из видов мануальной терапии.

Остеопатия – сравнительно молодое направление практической медицины, одна из составных частей мануальной терапии. Остеопатия совсем недавно признана официальной медициной, как высокоэффективный и безопасный метод воздействия на структурные компоненты опорно-двигательной системы и внутренних органов. Эта методика может использоваться для лечебных целей, а также для оздоровления организма и профилактики патологических состояний.

Наука остеопатия была открыта в 1874 году врачом-терапевтом Эндрю Тейлором Стилл, человеком, который старательно пытался выявить более эффективную систему лечения. По мнению доктора Стилл, все болезни или недомогания являются препятствиями на пути свободного потока материальных и энергетических элементов в теле, нарушая, таким образом, внутренний процесс самолечения [6].

В настоящее время остеопатия – новое, хорошо забытое старое средство в восстановительной медицине.

Изложение основного материала исследования. Исследование проводилось на базе кабинета ЛФК, подстанции ЗОР Хортицкого района г. Запорожья.

Благодаря литературным источникам мы осветили с разных сторон все необходимые вопросы, что в дальнейшем способствовало более объективным выводам по всей дипломной работе.

Медико-биологические методы исследования состояли из следующего: антропометрия и тестирования; оценка состояния гибкости шейного и грудного отдела позвоночника по методике В. Епифанова; оценка подвижности грудной клетки – экскурсия грудной клетки, методом сантиметрии; альгезиометрия – оценка болевой чувствительности по шкале М. Вейса. Хотя боль и является индивидуальной интегративной функцией личности, но это первый показатель, который заставляет обратиться к врачу.

Результаты предварительной оценки показали, что у обследованных женщин очевидные нарушения рассмотренных показателей. Менее нарушена общая гибкость позвоночника. Оценкой экскурсии грудной клетки мы можем судить о дегенеративно-дистрофические процессы грудного отдела позвоночника. В обеих группах эти показатели далеки от нормы, составляет от 20 до 40 мм. И составляют примерно половину нормы. У всех обследованных женщин мы констатировали уровень средней болевой чувствительности.

Частные задачи, которым мы следовали были такие: обеспечить пространственное освобождение сдавленных нервных корешков; во время постельного режима улучшить дыхание, кровообращение, обмен веществ; сохранить мышечный тонус и препятствовать развитию крупных мышечных атрофии; поддерживать перистальтику кишечника; уменьшить спазм паравerteбральной мускулатуры; постепенно мобилизовать позвоночник после выхода из острой фазы заболевания; усилить мышцы грудной клетки, создать природный мышечный корсет; устроить привычки правильной осанки при стоянии, сидении и некоторых видах бытовой деятельности и трудовых процессов. Чтобы избежать перегрузки позвоночника и для профилактики рецидивов, важно устранить возможные функциональные блоки в некоторых сегментах позвоночника с помощью приемов мануальной терапии, а также направлено тренировать ограниченные движения в сегментах с помощью ауто мобилизации [1,2,4,5,6].

Элементы остеопатии. В остеопатии используется работа с патофункциональным барьером. При выполнении прямых техник, остеопат выходит на барьер ограничения и осуществляет манипуляцию – с быстрым, коротко импульсным и мало амплитудным преодолением этого барьера. При этом обязательно применяется принцип рычага, сбор параметров ограниченного движения, влияние на движение ритма дыхания (например, при вдохе усиливается экстензия – разгибание грудного и флексия – сгибание поясничного отдела позвоночника), тяги окружающих суставов мышечных групп, влияние на сустав фаціальных рестрикций – повреждений [1,6].

После окончания программы реабилитации, которая в обеих группах продолжалась в течение 30 дней, мы получили следующие результаты. В обеих группах была выполнена реабилитационная программа и в обеих группах результаты изменились в лучшую сторону, что говорит о хорошей работе реабилитологов и участников эксперимента. Различия между группами наблюдаются в количественном изменении подвижности шейного и грудного отделов. Из шести позиций оценки подвижности шейного отдела, по четырем, в экспериментальной группе результаты улучшились статистически достоверно при $P < 0,05$, а в контрольной только по двум.

Из всех рассмотренных параметров оценки гибкости, в экспериментальной группе достоверно улучшились результаты по всем позициям: всего позвоночника, гибкости грудного отдела и экскурсии грудной клетки. И, как следствие, значительно изменилось состояние здоровья наших испытуемых. В обеих группах реабилитация дала положительные результаты: достоверно снизилась болевая чувствительность, но в экспериментальной она вышла на уровень – чувство дискомфорта, а в контрольной на уровень – легкий тупая боль, слабое жжение.

В среднем результат в экспериментальной группе улучшился от исходного состояния на 61,8%, а в контрольной – на 36,3%.

Сравнение результатов предварительного и окончательного обследования показало положительные изменения по всем параметрам. Но в контрольной группе результаты только приблизились к норме, из десяти параметров только по трем достоверно улучшились. А в экспериментальной группе из десяти исследуемых параметров восемь полученных достоверные положительные изменения.

Выводы. Остеохондроз наблюдается у всех после 20 лет, но не всех он беспокоит. В лечении и профилактике проявлений шейного, и не только, остеохондроза необходимо, прежде всего, понять причину обострений. Если не было прямой травмы шеи, то проблемы в ней возникают из-за перегрузки при адаптации под другие нарушения в организме. Если боль в шее возникает утром, то надо искать проблемы со стороны внутренних органов, прикуса и психо эмоциональные нарушения. Или рассматривать самую банальную проблему, например, как неудобная подушка, так как меняется позиция и

подвижность позвонков в горизонтальном положении, и любой подъем головы может вызвать неприятные ощущения, переходящие в патологические.

При длительном существовании данной патологической ситуации перегружаются мышцы шеи, у них возникают участки напряжения, которые запускают боль. Результаты, которые мы получили, свидетельствуют о том, что физические упражнения, мануальная терапия и вытяжения позвоночника позволяют достичь положительных результатов. А упражнения, которые изучили и самостоятельно выполняли участники экспериментальной группы, позволят в дальнейшем поддержать положительный результат и контролировать нормальное состояние позвоночника. Упражнения необходимо рассматривать как важнейшее звено, которое укрепляет и усиливает лечебное воздействие, стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсации, улучшая обмен веществ и репаративные процессы, восстанавливая нарушенные функции позвоночника, улучшают трофику внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. А приемы остеопатии позволяют значительно уменьшить боль и скованности движений в позвоночнике, содействуют восстановлению нормальной амплитуды движений, и что очень важно на наш взгляд – не травмоопасны!

Практические рекомендации. Перед выполнением комплекса рекомендуется самомассаж шеи и мышц плечевого пояса. В период обострения рекомендуется осторожно выполнять наклоны, повороты, вращения головой и туловища; не работать поднятыми руками и запрокинутой головой; не носить тяжестей; не переохлаждаться и избегать сквозняков; для сна и отдыха нужна небольшая подушка или валик под шею. В положении лежа при переворачивании на другой бок голову от подушки не отрывать! Вставать с постели с поворотом на бок.

Перспективы дальнейших исследований. Дальнейшие исследования предполагается направить на поиск средств и программ, способствующих укреплению опорно-двигательного аппарата и для общей профилактики нарушений в бесценной опоре нашего организма – позвоночнике.

Литература

1. Буланов Л.А. Лечение позвоночника и суставов. Традиционные и нетрадиционные методы. /Л.А. Буланов. – М.: АСТ. Астрель, 2009. – 186 с.
2. Гулбани Р.Ш. Система коригуючих вправ (Корекційне й підтримуюче тренування): Методичні рекомендації дисципліни для студентів / Р.Ш. Гулбані. – Запоріжжя: КПУ, 2011. – 24 с.
3. Кашуба В.А. Биомеханика осанки / В.А. Кашуба – К.: «Олимпийская литература», 2003. – 279 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 472 с.
5. Петрик Е.И. Корректирующая гимнастика для женщин / Петрик Е.И., Лучко П.Л. – 1985. – №10. – С.80-81
6. Стилл Э.Т. Остеопатия «до и после» / Э.Т. Стилл. – М. : Олимпия, 2005. – 528 с.
7. Физиотерапия: Пер. с польского. / Под ред. М. Вейса, А. Зембаго. – М. : Медицина, 1996. – 496 с.

Reference

1. Gross NA Physical rehabilitation of children with musculoskeletal / NA functions Gross. – Moscow: Eksmo, 2000. – 224 p.
2. Lukas A. 500 exercises for the spine. Corrective exercises to correct posture, strengthen the musculoskeletal system and improve health. / A. Lucas. – Ed. 3rd. – St. Petersburg. : Science and Technology, 2010. – 208 p., Silt.
3. Okamoto, Fundamentals fizichnoї rehabilitatsії / Geri Okamoto. – Lviv: Galickogo vidavnicha spilka, 2002. – 294p.
4. Sitel A. Therapeutic posture-movements of A.B.Sitel. / A.B.Sitel. – М.: Metaphor, 2009. – 432 p.
5. Physiotherapy: Per. from Polish. / Ed. M. Weiss, A. Zembatoi. – М.: Medicine, 1996. – 496 p.

УДК: 615.825:613.25

Гулбани Р.Ш.

кандидат педагогических наук, доцент

Суханова А.С.

магистр кафедры физической реабилитации и здоровья человека

Классический частный университет г. Запорожье

ПРОФИЛАКТИКА ЛЮМБАЛГИИ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У МУЖЧИН 25-35 ЛЕТ

В статье показаны причины и механизмы развития люмбалгии поясничного отдела позвоночника, проанализированы различные подходы к лечению и реабилитации данной патологии. Представлены и проанализированы изменения, происходящие в позвоночнике и в организме в целом в данной болезни. Определено, на основе научно-исследовательской литературы и на собственных практических тренингах, что спинальная боль при люмбалгии характеризуется от резкой, нестерпимой боли на первом этапе до боли умеренной интенсивности на этапе ремиссии, но отличается значительной продолжительностью, если не предпринимать определенных профилактических мер и действий. Систематизирован комплекс средств физической реабилитации при люмбалгии. Особое внимание направлено на упражнения, уменьшающие мышечный спазм с помощью растягивания и релаксации. В перспективе необходимо вводить, с обязательным обучением профилактических упражнений, лечение физическими методами, поэтому научный потенциал лечения люмбалгии не исчерпан и перспективен.

Ключевые слова: люмбалгия, боль в пояснице, гиподинамия, физическая реабилитация, корригирующие упражнения, релаксация