

4. Мірончук Н.М. Формування культури міжособистісних взаємин старших підлітків у позаурочній діяльності: Автореф. дис.. кандидата пед. наук /НПУ ім. Драгоманова. – К., 2007. – 24 с.
 5. Мясищев В. Н. Психология отношений / Под ред. А. А. Бодалева. – М.: Изд-во „Институт практической психологии”, Воронеж: НПО „МОДЭК”, 1995. – 356 с.
 6. Філософія. Підручник / За заг. ред. Горлача М. І., Кременя В. Г., Рибалка В. К. – Харків: Консул, 2000. – 672 с.

УДК: 796:616.71

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ
У ФЕХТОВАЛЬЩИКОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ**

Юрченко А. А.,
Колтыго В.И.,
Ревуцкий И.В.,
Гуриненко Б.С.

Национальный университет физической культуры и спорта Украины

У статті представлені результати аналізу карт диспансерного обліку кваліфікованих фехтувальників, які перебувають на обліку в Українському центрі спортивної медицини.

В статье представлены результаты анализа карт диспансерного учета квалифицированных фехтовальщиков, состоящих на учете в Украинском центре спортивной медицины.

The article presents results analyzing the cards dispensary skilled fencers who are registered at the Ukrainian Center for Sports Medicine.

Ключові слова: фізична реабілітація, фехтування, больові синдроми.

Ключевые слова: физическая реабилитация, фехтование, болевые синдромы.

Key words: physical rehabilitation, fencing, pain syndromes.

Постановка проблеми. Интенсификация тренировочного процесса вносит различные изменения в состояние психоэмоциональной сферы, сердечнососудистой и нервно-мышечной систем, вызывая кроме развития утомления, состояния перенапряжения, перетренировки, обострение хронических заболеваний и травматизм у спортсменов [4]. Поэтому актуальное значение, как в прошлом, так и в настоящее время приобретают вопросы использования различных методов и средств физической реабилитации для восстановления спортивной работоспособности, а также профилактики травматизма в спорте [5,6].

Цель работы – определить основные травмы и заболевания спины у высококвалифицированных фехтовальщиков и рассмотреть основные средства и методы их физической реабилитации.

Методы и организация исследования. Для проведения исследования использовались следующие методы: анализ и изучение научно-методической литературы и интернет ресурсов, системный анализ карт диспансерного учета квалифицированных фехтовальщиков, находящихся на учете в Украинском центре спортивной медицины. Исследования проводились на базе Украинского центра спортивной медицины.

Результаты исследования. Проведенный анализ литературных источников свидетельствует, что болевой синдром в спине (БНС) может быть результатом многочисленных заболеваний костей, мягких тканей и других органов и систем, часто он локализован далеко от настоящего «очага патологии» [2]. По данным ряда автора [2, 8], в возрасте 18-32 лет причинами БНС в 20% случаев являются дегенеративные процессы в межпозвонковых дисках, в 19% - спондилоартриты, в 15% – сколиоз, в 7% – спондилолистез. Остеохондроз, как причина болевого синдрома в позвоночнике выявлялся в 6% случаев, с такой же частотой отмечены деформации тел позвонков [8].

В 40% случаев боль в нижней части спины имеет хронический характер. Несмотря на то, что у 90% больных, страдающих болью в нижней части спины (БНС) отмечается спонтанное улучшение в течении трех месяцев. 90% из них испытывают рецидив боли [4].

В этой связи нами по данным карт диспансерного учета было проведено изучение диагнозов 30 спортсменов высокой квалификации разных возрастов с болями в спине (табл. 1). Среди обследуемых – 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 18 до 32 лет. Среди них МСУ были представлены 10 спортсменами, ЗМС – 10 спортсменами и МСМК также 10 спортсменами.

Таблица 1

Диагнозы заболеваний и травм у фехтовальщиков высокой квалификации

№ п/п	ФИО	Пол	Разряд	Диагноз
1	П-ь Р.	м	МС	Протрузия межпозвонковых дисков в отделе L4-L5, L5-S1
2	П-к А.	м	МСМК	Протрузия межпозвонковых дисков кзади с компрессией дурального мешка L4-L5, L5-S1

3	Г-о Б.	м	МСМК	Дискогенная люмбоишиалгия слева
4	Ю-с К.	м	МС	Центральная протрузия межпозвонковых дисков ТН11-ТН12 , циркулярная протрузия L5-S1
5	Г-к Р.	м	МС	Деформация грудной клетки , лево сколистическая осанка
6	Л-о О.	ж	МСМК	Остеохондроз 1-2 степени
7	Х-а Е.	ж	МС	Левосторонняя люмбоимшалгия
8	М-я А.	ж	МСМК	Центральная протрузия межпозвонковых дисков L4-L5
9	Ч-а Е.	ж	МС	Остеохондроз 1-2 степени
10	С-а О.	ж	МС	Остеохондроз 1-2 степени
11	К-о Д.	м	МСМК	Центральная протрузия с акцентом влево L5-S1
12	Ч-к Д.	м	ЗМС	Левосторонняя радикула в отделе L4-L5
13	Н-н Б.	м	ЗМС	Остеохондроз 1-2 степени
14	М-в В.	м	МСМК	Правосторонняя люмбалгия
15	Г-й А.	м	МСМК	Остеохондроз 2-3 степени
16	Ш-а Я.	ж	ЗМС	Остеохондроз 1-2 степени
17	К-я Е.	ж	МС	Задняя грыжа межпозвонкового диска L4-L5 с признаками вторичного относительного спинального стеноза
18	П-а А.	ж	МСМК	Протрузия межпозвонкового диска L5-S1 кзади
19	П-а К.	ж	МС	Остеохондроз 1-2 степени
20	К-о А.	ж	МС	L4-L5 грыжи Шморля
21	Ш-н О.	м	ЗМС	Признаки хондроза межпозвонкового диска ТН11-ТН12, протрузии межпозвонковых дисков ТН11-ТН12, L5-S1
22	Л-о В.	м	ЗМС	Остеохондроз 1-2 степени
23	Т-к В.	м	ЗМС	Парамедиальная протрузия вправо на уровне диска L5-S1
24	К-а А.	м	МС	Центральная протрузия межпозвонковых дисков ТН11-ТН12 , циркулярная протрузия L5-S1
25	П-к Д.	м	МСМК	Признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, передние хрящевые узлы тел позвоночников L4-L5
26	Ж-р О.	ж	ЗМС	Сколиотическая осанка
27	П-к Г.	ж	ЗМС	Правосторонняя люмбалгия, парамедиальная протрузия вправо на уровне диска L5-S1
28	Х-н О.	ж	ЗМС	Остеохондроз 1-2 степени
29	Х-я О.	ж	ЗМС	Центральная протрузия межпозвонковых дисков ТН11-ТН12
30	К-к И.	ж	МСМК	Протрузии межпозвонковых дисков L4-L5, L5-S1

Обобщая данные карт диспансерного учета можно констатировать, что боль в спине у 11 спортсменов спровоцирована преимущественно остеохондрозом (1, 2 и 3 степени) а также радикулитом; у 13 – протрузией или грыжей межпозвонковых дисков, у 4 – дискогенной люмбоишиалгией; у 2 – деформациями грудной клетки и позвоночника.

По данным автора [6, 7] основными причинами которые вызывают функциональные нарушения в организме фехтовальщиков и в том числе приводят к травмам спины, являются: тренировочные нагрузки, превышающие физические возможности; участие в тренировках и соревнованиях в период болезни или сразу после нее; недостаточная физическая подготовленность и неполноценная разминка; слабая общая адаптация к резкому изменению условий внешней среды и пояскому времени; нарушения правил гигиены и режима (недосыпание, курение, неполноценное питание, перегрузки в работе, учебе, неустроенный быт); эндогенные факторы (очаги хронической инфекции, гиповитаминозы, эндокринные нарушения и т.д.)

Как известно применение различных средств и методов физической реабилитации позволяют ускорить процесс восстановления работоспособности спортсмена и служат хорошей профилактикой травматизма [8].

Поскольку боль в спине – это лишь синдромальный диагноз, потому в каждом конкретном случае нужно составить индивидуальную программу либо план процедур физической реабилитации [2, 3].

Основными и наиболее эффективными средствами восстановления работоспособности и профилактики травматизма в физической реабилитации являются: лечебная физкультура; массаж и физиотерапевтические процедуры [1].

Лечебная физкультура – метод лечения, который использует принципы физической культуры для лечения заболеваний и повреждений, предупреждения их заострений и осложнений, возобновления здоровья и работоспособности [8].

Различают четыре основных механизма лечебного влияния физических упражнений на организм больного: тонизирующее действие физических упражнений; трофическое действие физических упражнений; формирование компенсаторных функций; нормализация функций [2].

К средствам лечебной физкультуры принадлежат физические упражнения и естественные факторы. Главными среди них являются физические упражнения, которые используются в виде гимнастических, идеомоторных, спортивно-

прикладних упражнений и игр.

Приступая к занятиям лечебной физкультурой, больному стоит выбрать наиболее подходящие комплексы. Начинать нужно из самых простых упражнений. Потом можно переходить к более сложным. Главным правилом в занятиях лечебной гимнастикой должно быть соответствие избранного комплекса его назначению. Больной может сам выбрать подходящие для себя упражнения, которые дают неплохие результаты.

При выполнении физических упражнений необходимо помнить, что они не должны быть соединены с болью и особенно ее усилением. Сначала тренировки могут сопровождаться некоторыми болевыми ощущениями, которые должны постепенно ослабевать. Через 2-3 занятия организм привыкнет к нагрузкам, и выполнять упражнения будет более легко. Однако стоит помнить, что боль – это сигнал опасности, которым нельзя пренебрегать.

Начинать выполнять особенно новые упражнения нужно всегда очень осторожно, избегая размашистых движений и больших усилий. Набирать амплитуду и динамику движений нужно постепенно. При острых болях в спине выбирать совсем безболезненные упражнения очень трудно, потому начинать занятия нужно лишь после прохождения острого периода. Лучше оставить в покое позвоночник на несколько лишних дней, чем вынуждать себя заниматься гимнастикой через силу, которая обычно лишь затягивает выздоровление. Не следует бояться, что позвоночник за несколько дней потеряет подвижность. Гибкость, потерянную в период отдыха, можно достаточно легко возобновить.

Занятия лечебной физкультурой должны стать привычкой. При хронической форме болезни тренироваться нужно ежедневно, при острой – когда боли начинают ослабевать. Успеху занятий способствует их регулярное проведение на постоянном месте в одно и то же время. Ежедневное выполнение таких упражнений по 10-15 мин. постепенно приведут к заметным результатам. Польза от занятий может отразиться не сразу, потому необходимо запастись терпением и выдержкой.

Реабилитация с помощью массажа. Массаж – это специально организованные механические влияния на определенные участки человеческого тела с целью возобновления нарушенных функций, повышения физической и умственной работоспособности [1].

Существуют множество различных видов массажа, среди которых выделяют: спортивный, лечебный, гигиенический, косметический [4]. Основными рекомендациями для массажа при болях в спине являются выполнение массаж, который способствует уменьшению боли, усилению кровотоку и лимфотоку в той зоне, где травмирован спортсмен.

Физическая реабилитация с помощью физиотерапевтических процедур также широко используются в комплексе средств физической реабилитации при лечении разных заболеваний и с целью их профилактики [3, 4]. Различают естественные физические лечебные факторы – солнце, воздух, климат, вода, лечебные грязи и искусственные, которые получают с помощью специальных аппаратов путем трансформации преимущественно электрической энергии в разные виды и формы.

Физические лечебные факторы, как и другие средства физической реабилитации очень действенны поскольку вызывают в организме полисистемную реакцию. Они влияют на кровоток и обращение лимфы, тонус сосудов, процессы микро циркуляции, ферментативную активность и обмен веществ, иммунитет, деятельность ЦНС и внутренних органов, опорно-двигательный аппарат [8].

Выводы. Анализ карт диспансерного учета позволил установить, что проблема заболевания позвоночника и его травм у фехтовальщиков высокой квалификации – одна из наиболее актуальных. Поэтому восстановление спортивной работоспособности спортсменов и профилактика получения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, в том числе и позвоночника, в фехтовании, является важным вопросом, требующим решения. Обзор специальной литературы позволил выявить наиболее распространенные и эффективные средства физической реабилитации, а также практические и методические рекомендации их использования при травмах и заболеваниях позвоночника.

В виду этого перспектива дальнейших исследований заключаются в составлении программы по физической реабилитации травм и заболеваний позвоночника высококвалифицированных фехтовальщиков на основе индивидуального подхода, а также проверка ее эффективности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Васичкин В. И. Энциклопедия массажа / В. И. Васичкин, — Санкт-Петербург. — 2002. — 408с.
2. Григорьева В. Н., Куликова О. А., Корнилова Л. Е. Сочетанное применение психотерапии и кинезотерапии в нейрореабилитации больных с хроническими болевыми синдромами / В. Н. Григорьева, О. А. Куликова, Л. Е. Корнилова // Лечебная физическая культура и массаж. — 2003, №5. — 71-78 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін — К.: Олімпійська література. 2000. — 423 с.
4. Платонов В. Н. Травматизм в спорте: проблемы и перспективы их решения / В. Н. Платонов // Спортивная медицина. — 2006. — №1. — С. 54—78.
5. Пономарев А. Н. Фехтование: от новичка до мастера / А. Н. Пономарев — М.: ФиС, 1987. — С. 45-58.
6. Таунтон Д. Е. Ошибки в тренировочном процессе / Д. Е. Таунтон // Спортивные травмы. — К.: Олимпийская литература, 2002. — С.176—183.
7. Третилова Т. Р. Врачебный контроль в фехтовании / Т. Р. Третилова — М.: Физкультура и спорт, 1960. — 88 с.
8. Физическая реабилитация / Под. ред. Попова В.С. — Ростов-на-Дону. Феникс, 1999.