

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ ХУДОЖЕСТВЕННО-ПРОМЫШЛЕННЫЙ ИНСТИТ

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ ТВОРЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ



№4

ХАРЬКОВ 1999

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ ХУДОЖЕСТВЕННО-ПРОМЫШЛЕННЫЙ ИНСТИТУТ

№4

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ
ТВОРЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

ББК
75.1

УДК 796.072.2

Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сб. научных трудов под ред. Ермакова С.С. - Харьков: ХХПИ, 1999. - № 4, 36 с.

ISBN 5-7763-2357-6

(Русск., укр. яз.)

В сборник включены статьи, освещающие новые технологии физического воспитания молодежи и подготовки спортсменов. Рассмотрены проблемы физического воспитания студентов творческих специальностей.

Сборник предназначен для учителей и преподавателей физического воспитания, тренеров и спортсменов.

Рецензенты: кандидат педагогических наук, доцент Федоров Е.М., кандидат педагогических наук, доцент Гринченко И.Б.

Издается по решению ученого совета Харьковского художественно-промышленного института (протокол № 4 от 27.12.1996 г.) при поддержке фонда “Содействия образовательным, творческим и спортивным поискам”.

Редакционная коллегия:

1. Ермаков С.С. (главный редактор) - доктор педагогических наук, профессор;
2. Бизин В.П. - доктор педагогических наук, профессор;
3. Верич Г.Е.. - доктор медицинских наук, профессор;
4. Друзь В.А. - доктор биологических наук, профессор;
5. Клименко А.И. - доктор биологических наук, профессор;
6. Ложкин Г.В. - доктор психологических наук, профессор;
7. Сак Н.Н. - доктор медицинских наук, профессор.

Сборник утвержден ВАК Украины и входит в перечень №3 научных изданий, в которых могут публиковаться основные результаты диссертационных работ.

ISBN 5-7763-2357-6

©Харьковский художественно-промышленный институт, 1999

ЧАСТЬ I
ОЛИМПИЙСКИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПОРТ

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ «ПАУЭРСЛАЙДИНГ»

Подкопай Д.О.

Харьковский государственный институт физической культуры

Поиск новых направлений, методик и педагогических систем физических упражнений, для решения целостной задачи оздоровления организма в целом, коррекции веса тела, особо актуально в последнее десятилетие. Интерес к подобным направлениям физической культуры очень широк во всем мире, а на просторах СНГ отмечается особое стремление использовать целостные системы и отдельные методики. Разнообразные направления фитнеса и аэробики, в подавляющем большинстве североамериканского и австралийского происхождения, а также индустрия физкультурных тренировочных программ для широких масс любителей физической активности в нашей стране ещё не достаточно развиты. Диссертационная разработка «Пауэрслийдинг» потенциально может восполнить временное отставание украинской сферы фитнеса и аэробики.

Пауэрслийдинг /п.с./ как система физических упражнений обуславливается наличием чёткой систематики упражнений, которая, в свою очередь, основана на нескольких классификационных признаках. Эти признаки выражены следующим: видом упора спортсмена, возможной траектории движений, биомеханической характеристикой совокупных движений элементов п.с. Особый раздел систематики рассматривает дифференциацию упражнений п.с. в зависимости от анатомического строения звеньев тела человека и воздействия на конкретные мышечные группы.

Конкретизация определяющих требований к упражнениям, объединённым системой п.с. предусматривает следование определённым основам систематики в самых разных условиях для занятий пауэрслийдингом.

Другими словами, занятия по п.с. допустимо проводить там, где будут выполняться условия и требования п.с. как классифицированной системы физических упражнений.

Более чем три года занятий проблемой обучения пауэрслийдингу и исследования влияния этой системы на организм человека привели к многократному практическому опробованию возможностей п.с. в самых разных условиях и местах проведения занятий, изучению самых различных вариантов инвентаря и материально-технической базы.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ В ВОДЕ. Спортсмен руками держится за бортик / поручень/ бассейна или за непотопляемый островок. На стопах - поплавки, не позволяющие ногам погрузиться в воду. В горизонтальном положении тела возможно выполнять множество упражнений и элементов п.с. в скольжении по поверхности воды. При закреплении за поручень /островок/ стоп, с поплавками на кистях можно выполнять упражнения для ВПП, рук и мышц пресса.

Прекрасное дополнение к классической аквааэробике, применяемой как в искусственных бассейнах, так и в естественном водоёме.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ В МЫЛЬНОЙ ПЕНЕ. В ванночку из гладкого материала, отталкивающего воду, произвольного размера и высотой не менее 5 см наполняют мыльной пеной. Спортсмен выполняет упражнения в скольжении во всех исходных положениях без стоперников и с захватом за бортик ванночки.

После занятия необходимо принять душ. Необходимо отметить, что пена достаточно быстро высыхает и требуется регулярное добавление тёплой пены или воды.

Эта разновидность п.с. довольно проста в применении, безвредна для кожных покровов тела человека.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ В ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ. В данной разновидности п.с. применяется лечебная грязь одинаковой вязкости и структуры /без комков или других инородных тел/. Глаза спортсмена защищены пластиковыми очками.

Данная разновидность п.с. может входить в курс реабилитационных мероприятий санаторно-курортного лечения в различных профилакториях и пр. учреждениях подобного профиля. В качестве стоппера на твёрдых гладких поверхностях могут использоваться вакуумные устройства с переменным давлением и эластичной мембраной создающей герметичную область пониженного давления между площадкой и опорой спортсмена, что создаёт значительное сцепление и устойчивость при выполнении упражнений п.с. Такое устройство может быть как стационарно закреплённое, диаметром минимум 50 см и бортом /поручнями/ по периметру, так и мобильное, для каждой опоры /кисть/ спортсмена. В качестве смазки могут применяться жидкие смазки /талък, скольжение в войлочных или шерстяных слайдерах/.

В данной разновидности п.с. возможно применение практически всего арсенала упражнений во всех исходных положениях и со всеми видами упора. Доступный подбор места проведения занятия и большие технические возможности делают эту разновидность п.с. достаточно перспективной.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ НА ПЕСКЕ. На выровненной поверхности сухого однородного крупнозернистого песка спортсмен выполняет упражнения и элементы п.с. с опорой на широкие тарелкообразные упоры из пластика, картона и т.п. /для слайдеров/. Роль стопперов выполняют погруженные в песок пальцы и кисти.

Осторожно следует выполнять элементы с отрывом рук, стоп или прыжками, а также в ветреную погоду, т.к. возникает опасность засорить глаза или дыхательные пути песком.

Достаточно оригинальное применение средств п.с. на пляжах в зонах отдыха, позволяющее заниматься корригирующей системой физических упражнений.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ НА МОКРОЙ ТРАВЕ. Скольжение производится по густой, мягкой и мокрой траве с длиной стеблей около 10 см. Спортсмен скользит на опорах, подобным тем, которые применяются для занятий п.с. на песке. Однако в этой разновидности п.с. скольжение проводится по ходу укладки стеблей травы, что отражается на методике выполнения упражнений п.с. и, разумеется, уменьшает возможности использования всего арсенала средств п.с. Необходимо также отметить, что некоторые виды трав обладают сетью мелких шипов, способных поранить не защищенную одеждой часть кожного покрова спортсмена /осока, крапива и т.д./. Поэтому рекомендуется использовать спортивные костюмы с длинными рукавами, плотные носки и перчатки.

Пауэрслайдинг на мокрой траве является, скорее показательным применением упражнений и элементов, призванным продемонстрировать возможности новой системы физических упражнений.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ НА ЛЬДУ. При выполнении упражнений в

скольжении слайдерами служат пластиковые «чашки», а стопперами - металлические пластинки с шипами, длиной до 1 см, которые размещаются на кисти или стопе спортсмена.

Достаточно травмоопасная разновидность п.с. Холод ото льда провоцирует охлаждение связок и мышц, что для п.с. имеющего множество упражнений с большими амплитудами движений в суставах, чревато травмами, растяжениями и воспалением простудного характера связочного аппарата суставов и внутренних органов.

Для предотвращения явлений подобного рода занятия по ледовому п.с. желательно проводить после интенсивной разминки, в тёплых спортивных костюмах и продолжительностью не более 40-50 мин. непрерывного выполнения упражнений.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ НА РОЛИКОВОЙ ОПОРЕ. Применение для создания эффекта скольжения роликовой подвижной опоры разнообразных технических решений, позволит выполнять разные по систематике упражнения п.с. практически на любой ровной поверхности /асфальт, бетон, плитка и т.д./. Определённые трудности в использовании роликовой опоры для слайдеров могут возникнуть при выполнении резких поворотов /более 90 град./ и резких изменений направления движений.

Однако эта разновидность п.с. является очень перспективной именно из-за универсальности требований к площадке, внешней эффектности движений и использовании популярного спортивного снаряда.

ПАУЭРСЛАЙДИНГ НА СПЕЦИАЛЬНЫХ ОПОРАХ В ДВИЖЕНИИ ЗА ЛИДЕРОМ /ПУЛЛИНГ—СЛАЙД/. Исключительно показательный вид, выполняемый подготовленными спортсменами-профессионалами.

На опорах спортсмена /стопы, колени, локти, кисти/, фиксируются металлические чашки, возможно из твёрдых сплавов. Спортсмен, держась за поручень или балку, установленную на подвижной базе /автомобиль, мотоцикл и т.п./ на высоте 20—50 см от земли, движется за лидером на 2, 3, 4 точках опоры, выполняя, при этом, комплекс элементов показательной программы.

Из описания этой разновидности можно понять, что выполнение упражнений п.с. описанным способом представляет некоторую опасность для здоровья спортсмена, поэтому существует требование использования страховочных приспособлений /поясная лонжия/ и защитных средств /шлемы, корсеты, мягкая защита для суставов и т.д./.

Возможности использования средств системы Пауэрслайдинг в самых разнообразных условиях могут значительно расширить сферу применения и активизировать популяризацию п.с. как нового направления фитнесовских систем физических упражнений.

КУЛЬТУРНО-СПОРТИВНІ ЗАХОДИ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

Палагнюк Т.В.

Чернівецький державний університет ім. Ю.Федьковича

Фізична культура, як і культура в цілому, - продукт творчої діяльності суспільства. На кожному історичному етапі вона змінюється в залежності від можливостей, які надає їй суспільство, і в той же час вона успадковує національні та світові цінності, створені людством на попередніх етапах розвитку.

Термін фізична культура має і більш вузьке значення. Так, говорять про фізичну культуру особистості, розуміючи під цим втілені в самій людині результати використання матеріальних та духовних цінностей, які відносяться до фізичної культури в широкому розумінні, тобто засвоєні людиною певні знання, вміння, навички, досягнуті на основі використання засобів фізичного виховання, показники соматичного розвитку тощо [1].

В процесі розвитку цілісної культури нації її суттєвими складовими стали і такі різновиди (форми, способи) діяльності, які спеціально спрямовані на вдосконалення людиною самою себе, на перетворення своєї власної природи. Саме до таких компонентів культури відносяться і культурно-спортивні заходи.

Як і культура суспільства в цілому, культурно-спортивні заходи в своїй основі ґрунтуються на народній фізичній культурі. Адже в життєдіяльності суспільства функція духовного і тілесного відтворення і вдосконалення людини відноситься до основ буття, життєдіяльності нації. Реалізується ця функція і на професійному рівні (на основі наукової педагогіки фізичної культури [2]) створюється навчально-виховний процес в системі освіти) і на не-професійному рівні у сфері побуту, громадських і релігійних свят та інших сфер життєдіяльності суспільства, як механізм соціалізації (педагогіка, складовою якої є фізична культура, фольклор, танцювальне мистецтво) [3].

Важливими чинниками, що зумовлюють суттєві етнічні особливості культурно-спортивних заходів є звичаї, традиції, обряди, ритуали, які, поєднуючись з відповідними елементами фізичного виховання і спорту створюють цілісну систему культури у її специфічній сфері, а саме – цілеспрямованого впливу на природний фізичний, психічний та моральний розвиток людини.

Народні традиції, як спосіб передачі від покоління до покоління загальноприйнятих, загальнообов'язкових перевірених минулим досвідом форм, способів, життєдіяльності людей є також необхідною передумовою ефективного виховання молоді, забезпечення її подальшого повноцінного існування та розвитку. Метою традицій є закріплення і відтворення в нових поколіннях адекватних способів життєдіяльності, типів мислення і поведінки. Формами реалізації традицій в народній культурі виступають звичаї, свята, обряди.

Про тісний взаємозв'язок фізичної культури і спорту загальної культури свідчить багаточисельні приклади синкретизму народних засобів фізичного виховання, в яких тісно переплітаються як елементи фольклору, так власне і елементи спрямованого використання фізичних вправ.

Досвід теорії і практики переконливо засвідчує, що культурно-спортивні заходи і в сучасних умовах розвиваються і вдосконалюються. Є декілька тенденцій їх розвитку. По-перше, це збереження в пам'яті народу засобів свят попередніх років, періодів, епох. По-друге, це реконструкція культурно-спортивних заходів в умовах сучасності, особливо в системі релігійних і побутових свят та в системі навчально-виховного процесу. І по-третє, це виникнення і стійке побутування модерних народних заходів у сучасному середовищі. Важливим кроком до наукового вивчення і систематизації всього багатства культурно-спортивних свят є дослідження особливості їх функціонування в різноманітних сферах життєдіяльності суспільства.

Процеси національного відродження в Україні, необхідність формування та відтворення соціального, психічного і фізичного здоров'я нації вимагають посиленої уваги до відродження національної культури. В цьому аспекті одним

із напрямків оптимізації становлення національної системи фізичного виховання є адекватне врахування особливостей культурно-історичного середовища і традицій українського народу у сфері проведення культурно-спортивних заходів. Творче використання традиційних заходів, в першу чергу, в регіонах їх розповсюдження, дає змогу суттєво підвищити масовий характер їх запровадження в побут народу, особливо молодь. Адже подібні засоби відтворення витворені самим народом на ґрунті врахування місцевих умов, традицій, особливостей тощо і відображають світоглядні, культурологічні, етнографічні особливості регіону і, що дуже важливо, несуть в собі виховні, рекреаційні та оздоровчі функції.

Безпосередній обмін культурно-спортивними заходами, що побутують в регіонах України, дає змогу встановити їх етнологічну спільність та сприяти їх взаємному збагаченню. Педагогічний добір культурно-спортивних заходів повинен здійснюватися згідно з критеріями і принципами доцільності, основними з яких виступають як фактори сучасної життєдіяльності народу, так і закономірності, що лягли в основу принципів народної фізичної культури.

Відродження національної культури впродовж останніх років спричинилося і до певного поштовху у справі популяризації культурно-спортивних заходів. Узагальнення досвіду проведення системи сучасних свят набуває непересічного значення, оскільки такий аналіз сприятиме не лише відродженню національних традицій, а й поширенню елементів здорового способу життя, фізичної культури серед найширших верств українського народу.

Література

1. *Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры: Учеб. для ин-тов физ. культуры. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 543 с.*
2. *Тер-Ованесян А.А. Педагогические основы физического воспитания. – М.: Физкультура и спорт, 1978. – 206 с.*
3. *Приступа Є.Н. Народна фізична культура українців. – Львів: УСА, 1995. – 254 с.*

ЧАСТЬ II
ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ
ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ И
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ УДАЛЕНИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Лазарева Е.Б.

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

В наше время в структуре неврологической заболеваемости взрослого населения около 48% составляют болезни периферической нервной системы [7] из которых 60-80% занимают поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника [8].

В то же время, внимание большинства авторов сосредоточено на консервативных реабилитационных мероприятиях при радикулитах и корешковых синдромах пояснично-крестцового отдела позвоночника. Выработана четкая методология ЛФК и гидрокинезотерпии в зависимости от стадий заболевания - острой стадии и ремиссии в сочетании с медикаментозным лечением [1, 3, 4,]. Однако недостаточно освещен вопрос применения лечебной гимнастики в послеоперационном периоде согласно новых методов хирургического вмешательства. Нет работ, посвященных применению гидрокинезотерапии после операционного вмешательства на позвоночнике по поводу удаления грыжи диска [2,5]

Все эти данные требуют нового подхода к организации и обеспечению восстановительной реабилитации больных прооперированных по поводу грыжи межпозвонкового диска [6,9].

Цель исследования. Разработать методики комплексного применения ЛФК и гидрокинезотерапии в системе реабилитации больных с дискогенной патологией в зависимости от уровня повреждения, для повышения эффективности восстановительного лечения и сокращения его сроков.

В диссертационной работе статистическому анализу подвергнуты результаты комплексного обследования и лечения 67 больных прооперированных по поводу дискогенной патологии 39 из них занимались по методике предложенной лично автором. Полученный материал обработан с использованием адекватных методов математического анализа.

Методы исследования: Клинические данные включали анамнез, осмотр, рентгенографию, антропометрические и физиологические измерения.

При анализе данных анамнеза обращали внимание на возраст, в котором впервые появились симптомы заболевания, период(ы) обострения и ремиссии болезни, механизм травмы, осложнения, сопутствующие заболевания и признаки миопатии.

Особо выделялись зоны потери чувствительности и уровень поражения нервных корешков. Подвергались анализу основные показатели двигательной сферы больных, характеризующие их статику и локомоцию. При осмотре обращали внимание на позу больного, степень выраженности поясничного лордоза.

При неврологическом исследовании детально оценивалось состояние мышц спины и нижних конечностей, а также чувствительность, трофику кожи, глубокие рефлексы и координацию движений.

Подробно изучали статику и динамику всех отделов позвоночника.

Почти все эти показатели количественно градуировались (по степеням) для более точной оценки их динамики под влиянием лечения.

Измерения амплитуд движений в суставах проводились при помощи гониометра В.А. Гамбурцева.

Тонус мышц нижних конечностей при помощи миотонометра, относящегося к классу приборов рычажно-механического дискретного (прерывного) действия.

Состояние нервно-мышечной системы регистрировались на электронейромиографе "Биомедика" Италия.

Реограмму записывали на микропроцессорном реоанализаторе РА5-01. Он позволяет определять диагностические показатели центральной, периферической и регионарной гемодинамики косвенными методами - путем автоматизированной обработки реосигналов.

Реабилитационные мероприятия были разделены на три периода.

В первом периоде физической реабилитации применялась методика лечебной физической культуры, во втором периоде комплексная методика лечебной физической культуры и гидрокинезотерапии и в третьем периоде больным, занимающимся по предложенной нами методике были, даны рекомендации по дальнейшим реабилитационным мероприятиям в течение 2-3 месяцев.

Основной акцент делался на восстановление трофики, чувствительности, двигательных функций, и конкретных групп мышц, в зависимости от пораженного сегмента, т.е. методика была строго дифференцирована для каждого больного.

Применение комплексов начинается с момента поступления в стационар. Проводится обучение больного правильно дышать, поворотам в постели, правильному вставанию и подготовке его сердечно-сосудистой и дыхательной системы к оперативному вмешательству

Сразу после выхода больного из наркоза в день операции проводится тренировка грудного, диафрагмального и альтернативного дыхания, лечение положением (жесткая постель, упор для стоп), движения стопами и разнообразные движения верхними конечностями.

Нагрузка на 5 поясничный позвонок при поднимании прямых ног вверх из положения лежа на спине достигает 280 кг. Следовательно, после операции такое движение не возможно. Однако необходима раннее применение ЛГ Поэтому, мы предлагаем со 2 дня выполнять упражнения на подвесах, обеспечивающие разгрузку позвоночника на уровне пораженного сегмента. Двигательный режим щадящий. Наряду с щажением оперированного позвоночно-двигательного сегмента проводится активная тренировка не только дистальных мышечных групп, но и абдоминальных и ягодичных мышц для облегчения подъема больного с постели. С 2-3 дня больной переводится в вертикальное положение, начинается тренировка ходьбы в облегченном положении с разгрузкой позвоночника. На 4 день после операции двигательный режим переводится в щадяще-тренировочный. К комплексу упражнений добавляется ходьба по лестнице вверх, до усталости мышц нижних конечностей.

Комплекс гидрокинезотерапии подключается на 5-6 день после снятия швов и включает в себя упражнения в бассейне и физиотерапевтической ванне, в зависимости от обеспечения клиник.

Двигательная нагрузка на мышечно-суставной аппарат достигается: 1)ускорением темпа движений; 2)изменением направления движений в воде (созданием вихревых потоков воды); 3)выполнение упражнений в начале в воде, а потом вне ее (силовой контраст); 4)применением специальных приспособлений (ласты, водные пенопластовые гантели).

Предпринятые нами исследования были осуществлены на 67 больных перенесших удаление грыжи межпозвонкового диска, в течение первых 30 дней после операции.

Особенности клинических проявлений у больных с грыжами межпозвонковых дисков определяются, прежде всего, уровнем, характером, степенью тяжести поражения нервно-мышечных структур.

В нашей работе обследовано 67 лиц перенесших операцию на позвоночнике по поводу удаления грыжи межпозвонкового диска.

Все обследованные больные имели поражение на уровне 4 и 5 поясничного позвонка. Основными проявлениями болезни были - монорадикулярный синдром (у 33 больных) и поражение двух корешков - у 34 больных (Табл. 1,2).

Таблица 1

Уровень поражения позвоночника у больных с грыжами межпозвонковых дисков

Уровень поражения позвоночника	Количество больных	Относительное количество (%)
L ₄ - L ₅	18	27
L ₅	24	36
L ₅ - S ₁	16	24
S ₁	9	13
Всего	67	100

Таблица 2

Характер наблюдаемых нарушений у больных с грыжами межпозвонковых дисков

Уровень поражения позвоночника	протрузия диска	Грыжа диска	направление выпячивания			
			передне-боковое	задне-боковое	переднее	заднее
L ₄ - L ₅	4	14	7	6	1	4
L ₅	8	16	5	12	3	4
L ₅ - S ₁	2	14	4	9	1	2
S ₁	7	2	2	5	1	1
Всего	21	46	18	32	6	11

При рентгенографическом обследовании были выявлены грыжевые выпячивания в пердне- боковом направлении 27% больных, в задне-боковом 48 %, в переднем 9% и в заднем направлении у 15 % больных.

У 18 больных (26%) первые признаки заболевания отмечались более 10 лет назад, у 34 больных (51%)- более 7 лет и у 11 (16%) -более 5 лет. Лишь у 4 (6%)- больных симптомы заболевания проявились от 1года до 6 месяцев.

При сборе анамнеза выяснилось, что первые признаки заболевания у больных были отмечены в основном в трудоспособном возрасте (Табл.3.).

Таблица 3

Возраст больных с грыжами межпозвоночного диска

Уровень поражения позвоночника	17-20	21-30	31-40	41-50	свыше 50
L ₄ - L ₅	1	6	4	7	
L ₅	-	3	4	14	3
L ₅ - S ₁	1	5	7	2	1
S ₁		2	3	4	
Всего	2	16	18	27	4

У всех пациентов поступивших в стационар отмечалась частичная потеря чувствительности, ослабление мышц голени на пораженной стороне, у 47 (70%) больных выявлены частичные парезы стопы.

Чувствительные и двигательные нарушения сопровождались трофическими расстройствами на пораженной стороне в виде мраморного оттенка и истончения кожи, тапер- или гипотрихоза, ломкости ногтей, гипергидроза или ангидроза.

Вегетативно-сосудистые и трофические расстройства в виде синюшности конечности и похолодания отмечались у 32% пациентов, а также отмечались положительные симптомы натяжения Ласега, Турина.

У всех больных поступивших в стационар отмечался стойкий болевой синдром (Табл.4).

Таблица 4

Характер изменения нервно мышечных структур у больных с грыжами межпозвоночных дисков

Уровень поражения позвоночника	Парез пальцев	Парез стопы	выпадение чувствительности	сосудистые нарушения	болевой синдром.
L ₄ - L ₅	11	7	+	16	+
L ₅	15	9	+	21	+
L ₅ - S ₁	10	6	+	14	+
S ₁	6	3	+	9	+
Всего	42	25	67	60	67

При поражении корешка L₄ снижение коленного рефлекса отмечалось у 38% больных, чувство онемения по передней поверхности верхней трети голени у 74% пациентов.

При поражении корешка L₅ у 44% больных отмечалась гипотрофия передней группы мышц голени, слабость длинного разгибателя большого пальца ноги выявлена у 64% больных, что значительно меньше данных приведенных в литературе.

У 87.3% больных с поражением корешка S₁ отмечалось угнетение ахиллова рефлекса

У 4 больных наблюдались также явления неврита седалищного нерва, которые сопровождались, помимо выраженных симптомов натяжения, гомолатерального сколиоза, анталгической позы, болезненностью по ходу нервных стволов седалищного, больше- и малоберцового нервов, выпадением ахиллова рефлекса и расстройством чувствительности в типичной зоне.

У 52 больных возникающие миотонические рефлексы, вызывая

сокращения мышц и их повышенный тонус, в свою очередь, вызывали изменение позы (отклонение корпуса в сторону с наклоном вперед), напряжение длинных мышц спины со сглаженностью поясничного лордоза, гипералгизией в паравертебральных зонах, а также у 37 % больных отмечались патологические стопные рефлексы

В ходе исследования все больные были разделены на 4 группы:

1 группа (n 14) - пациенты занимающиеся по методике проводимой в институте нейрохирургии АМН Украины им. ак. А.П. Ромоданова.

2 группа (n 14) - пациенты, занимающиеся по методике проводимой в институте нейрохирургии с добавлением гидрокинезотерапии по составленной нами методике.

3 группа (n 17) - больные, занимающиеся по предложенной нами методике.

4 группа (n 22) - больные, занимающиеся по предложенной нами методике с добавлением гидрокинезотерапии.

Контрольную группу составили 12 здоровых человек обслуживающего персонала НИИ нейрохирургии им. ак. Ромоданова. Их средний возраст 36.2 ± 11 лет.

Распределение больных по группам проводился в зависимости от их желания.

Эффективность предложенной нами комплексной дифференцированной методики лечебной физической культуры и гидрокинезотерапии проверялась при помощи нейрофизиологических, реографических и инструментальных методов исследования.

Таким образом, данные проведенных исследований методом гониометрии позволили судить о степени восстановления функций в пораженном суставе, проследить ее динамику и выявить четкие отличия между измерениями в разных группах больных.

У пациентов занимающихся по предложенной нами методике восстановление функции голеностопного сустава произошло раньше, безболезненней, и в более полном объеме. Причем преимущества предложенной нами методики проявились особенно ярко в третьем периоде. Так через 3-4 месяца после операции разница между показателями угла сгибания в первой группе и данными, полученными в контрольной группе, составила 25%, во второй группе этот показатель составлял 21%, в третьей 17%, и в четвертой 12%.

Оценка мышечного тонуса, проводимая у больных после удаления грыжи диска, посредством метода миотонометрии, также показала, что к исходу третьего периода восстановления тонус мышц на больной ноге в третьей и четвертой группах практически не отличалась от данных в контрольной группе. В связи с проведением занятий в воде во втором реабилитационном периоде при измерении показателей миотонотетрии основное внимание обращали на показатели тонуса мышц в покое, так как влияние водной среды на состояние мышечных групп не давало возможности достоверно оценить происходящие изменения.

Результаты проведенных нами физиологических исследований на группах больных перенесших удаление грыжи межпозвонковых дисков показывают, что определение регионарного мышечного кровотока дает возможность в совокупности с данными неврологического обследования

судить о предпочтительном применении предложенной нами комплексной методики ЛФК и гидрокинезотерапии.

Метод клинико-электронейромиографического исследования больных прооперированных по поводу удаления грыжи межпозвонкового диска дает четкое представление о происходящих изменениях в нервно-мышечных структурах и позволяет проводить раннюю диагностику и объективную количественную оценку поражения периферических нервных волокон корешков нерва.

В результате восстановительной реабилитации показатели ЭНМГ нормализовались у 16 из 18 больных четвертой группы, тенденция к нормализации электронейромиографических показателей отмечалась у 13 больных третьей группы. У 29 больных наряду с улучшением ЭНМГ наблюдалось и клиническое улучшение, которое выражалось в уменьшении болевого и рефлекторно-тонического синдрома, увеличении силы в мышцах больной ноги, отстройке чувствительности и появлении рефлексов. По данным электронейромиографии после проведения восстановительной терапии у больных, занимающихся по нашей методике, выявлено улучшение определяемых характеристик (латентного периода Н-рефлекса, амплитуд максимального и минимального М-ответа, мотосенсорных характеристик, количество двигательных единиц и скорость проведения импульса по нерву). У 5 больных появился Н-рефлекс.

При определении глубины поражения нервов интерес представляет измерение проведения импульса по двигательным и чувствительным волокнам большеберцового и малоберцового нервов.

У четырех больных с нижним парапарезом СПИ не определялась из-за отсутствия мышечного ответа на раздражение нерва. У остальных больных СПИ была снижена - ниже 35 м/с. К концу третьего периода показатели скорости проведения импульса по эфферентным и афферентным волокнам нерва в четвертой группе 48.9 ± 3.94 м/с и 52.1 ± 4.39 м/с достоверно отличались от показателей других групп.

Таким образом, изучив данные электронейромиографии, можно утверждать преимущество применения предложенной нами комплексной методики физической реабилитации по сравнению с обычной.

Показатели регионарной гемодинамики у тематических больных охватывали как артериальный, так и венозный кровоток. Изменения изучаемых показателей сильно проявлялись в раннем послеоперационном периоде и к 3-4 месяцу после операции в группе занимающихся по нашей методике приблизились к норме.

В связи с вышеперечисленными факторами можно судить об эффективности применения предложенной нами комплексной, дифференцированной методики физической реабилитации по сравнению с ранее применяемыми. Применение данного комплекса восстановительных мероприятий позволило значительно сократить сроки реабилитации, уменьшить последствия дегенеративно-дистрофических изменений в нервно-мышечном аппарате, создать прочную базу для дальнейшего лечения больных перенесших операцию на позвоночнике по поводу удаления грыжи межпозвонкового диска.

Литература

1. *АНТОНОВ И.П. НЕДЗВЕДЬ Г.К. Режимы двигательной активности при лечении больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза // Тез.докл.*

- Х эстонской республиканской конф. по курортологии и физиотерапии. -Пярну.- 1988.-С. 6-8.*
2. БЕЛАЯ Н.А., ЛЕБЕДЕВА И.П., МИРОТВОРЦЕВ Ю.К. Физические упражнения и плавание в лечебном бассейне. - Кисловодск.- 1974. 34с.
 3. БЛАГОДАТСКИЙ М.Д. МЕЙЕРОВИЧ С.И. Диагностика и лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита. - Иркутск: из-во Иркутского ун-та.- 1987.- 270с.
 4. ВАСИЛЬОВА-ЛИНЕЦКА Л.Я. Кліно-фізіологічне обґрунтування системи диференційного застосування фізичних факторів у хворих поперековим остеохондрозом з рефлекторними синдромами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1993.- 43 с.
 5. ГЛАУРОВ А.Г. ЧЕРНЫЙ А.И. Гидротерапия больных с вертеброгенными формами пояснично-крестцового радикулита // Новые методы диагностики, лечения, профилактики основных форм нервных и психических заболеваний : Тез докл. Республиканская конф. невропатологов и психиатров.- Харьков.- 1982.-С. 187.
 6. ДУСМУРАТОВ М.Д. ЕПИФАНОВ В.А. Восстановление и лечение больных с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.- Ташкент: Медицина.-1984.- 159с.
 7. ЛУКАЧЕРГ.Л. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника.- М., 1985.- 238 с.
 8. МАЧЕРЕТ Е.Л., ЛЫСЕНЮК В.Л., ГОНГАЛЬСКИЙ В.В. Клинико-электрофизиологическая оценка неврологических проявлений остеохондроза позвоночного столба // Врачеб. дело.- 1988.- No 11.- с.83-85.
 9. ОГЛЕЗНЕВ К.Я. Анатомо-рентгенологическое обоснование микрохирургических методов лечения межпозвоночных грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника// Вопросы нейрохирургии.-1994.- № 3.-С.24-27.

**ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ, МАССАЖ, И ГИДРОТЕРАПИЯ В
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННЫМ ТИПОМ
НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ
ТРАД РЕДА ХАССАН**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

Как указывают многие авторы [1, 2, 8, 11, 12 и др.] актуальность изучения проблемы лечения и физической реабилитации в том числе нейроциркуляторной дистонии (НЦД) определяется такими основными факторами: высоким удельным весом этих больных среди всех больных с патологией сердечно-сосудистой системы, неуклонным ростом данной патологии в последние годы, все большим «омоложением» НЦД, недостаточной эффективностью всех видов лечения и восстановления этой категории больных.

Особо подчеркивается, при этом, тот факт, что многие вопросы, касающиеся патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения, нуждаются в уточнении [3, 4, 6].

Нейроциркуляторная дистония, на сегодняшний день, определяется как самостоятельное сосудистое заболевание из класса начальных форм нейрорегуляторных заболеваний, в котором наряду с системными и локальными нарушениями циркуляции большое место занимают нарушения адаптации [5, 9].

Общая клиническая структура НЦД включает в себя как функциональные нарушения нервной системы практически на всех уровнях регуляции, так и циркуляторные нарушения всех уровней организации с обменными и дистрофическими изменениями, биоэлектрическими и биоэнергетическими сдвигами в организме.

Цель работы. Усовершенствовать, разработать и внедрить в восстановительное лечение больных нейроциркуляторной дистонией комплексные программы физической реабилитации на основе физических упражнений избирательного характера, массажа, гидро и механотерапии.

Методы исследования. Методология выполненной работы основывается на объективной оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы больных нейроциркуляторной дистонией в динамике адекватного восстановительного лечения, направленного на сокращение сроков возвращения больным трудовых навыков и улучшения функционирования сердца и сосудов.

Исследования были проведены на базе Главного военного клинического госпиталя МО Украины, кардиологическом центре Октябрьской больницы, кафедре физической реабилитации УГУФВиС.

В работе использованы физиологические, антропометрические, педагогические методы исследования, методы математической статистики.

Работа проводилась с больными **НЦД смешанного типа** - 117 человек [56 мужчин (47,9%) и 61 женщина (52,1%)]. Эта категория больных отличалась разнонаправленными изменениями артериального давления - у одних и тех же пациентов в разные периоды обследования могут наблюдаться как гипер-, так и гипотонический тип артериального давления.

Для данной категории больных характерны частые головные боли и боли в области сердца, спастические проявления в нижних конечностях, тошноты, рвоты, головокружения, шум в голове, двоение в глазах, ощущения страха, «замирания сердца», иногда до потери сознания.

Больные жалуются на быструю утомляемость, неустойчивость равновесия, общую слабость, ощущение усталости после сна, тягостными ощущениями в ногах - холод или ощущения жара, повышенная потливость, парестезии, боли в суставах.

При смешанном типе НЦД, который, как указывалось ранее, встречался чаще всего, пациенты распределились следующим образом: больные в возрасте от 16 до 20 лет составляли 15,4%, больные в возрасте 21-30 лет - 18,8%, больные в возрасте от 31 до 40 лет и 41 до 50 лет - самые многочисленные - 26,5% и 27,3% соответственно, и больные свыше 50 лет составляли около 12,0% всех обследованных.

Оценка социальных взаимоотношений важна для данной категории больных, так как она помогает в характеристике степени нарушений вегетативной регуляции кардиоваскулярной системы и характеризует положение пациента в обществе, включая способность оставаться одному, взаимодействовать с другими больными и обслуживающим персоналом, соотносить свои потребности с потребностями окружающих.

5 баллов - **полная независимость** - пациент адекватно общается с соседями по палате, обслуживающим персоналом, навещающими людьми, контролирует свое поведение, принимает критику, не допускает обидных для окружающих слов и высказываний;

4 балла - **частичная независимость** - больному требуется больше времени для выполнения социальных действий - общения с медперсоналом, соседями по палате и др.;

3 балла - **частичная зависимость** - больному необходима помощь только в незнакомых или стрессовых ситуациях и не более 10% времени;

2 балла - **зависимость** - минимальная помощь больному - не более 25% времени;

1 балл - **умеренная помощь** - помощь больному требуется не более 50% времени;

Кроме того, для оценки функциональных возможностей больных использовался **индекс активности Хамрина и Волина**, который предполагает для оценки двигательной, психической функций и уровень самообслуживания оценивать по сумме баллов, которое складывается из классификатора по специальной таблице. При этом сумма баллов по всем разделам для здоровых составляет 92. Индекс активности ниже 50 баллов соответствует выраженным двигательным и психическим нарушениям, невозможности самообслуживания. Оценка от 50 до 83 баллов характеризует умеренное нарушения, а более 83 - незначительные изменения функционального состояния пациентов.

О состоянии парасимпатического отдела вегетативной нервной системы можно в большей степени судить по результатам первых трех тестов, так называемых «ЧСС- тесты».

В то же время 4 и 5 тесты («АД-тесты») позволяют оценить тонус симпатического ее отдела (табл. 1).

Таблица 1

Количественная характеристика результатов вегетативных тестов (7)

Название теста	Норма	Пограничный результат	Патология
1. Изменение ЧСС (уд/мин) при медленном дыхании (6 в 1 мин) в положении лежа	15	11 - 14	10
2. Индекс 30:15	1,04	1,01-1,03	1,0
3. Коэффициент Вальсальвы	1,21	1,11-1,20	1,10
4. Снижение систол.АД (мм рт.ст.) при ортопробе	10	11 - 29	30
5. Повышение диаст.АД (мм рт.ст.) при изометрическом напряжении	16	11 - 15	10

Для выявления скрытых нарушений вегетативного обеспечения кардиоваскулярной системы все пять тестов следует повторить через 10 минут после любой дозированной физической нагрузки.

Успех физической реабилитации больных, с НЦД определяется комплексом мероприятий, обеспечивающих адекватное расширение двигательного режима при условии повышения переносимости физических нагрузок. В этот комплекс включались помимо медикаментозного лечения физические методы, в частности лечебная физкультура, дозированная ходьба, массаж, гидрокинезотерапия, а также механотерапия.

При разработке процедур лечебной гимнастики за основу нами взяты (по критериям ВОЗ) комплексы лечебной физкультуры, получившие одобрение в широкой клинической практике и дополнены упражнениями, способствующими улучшению мозгового кровообращения, повышению

адаптации экстракардиальных факторов кровообращения и упражнений, направленных на ликвидацию остеохондроза шейного отдела позвоночника.

В начале курса использовались дыхательные упражнения статического, а затем динамического характера (особенно диафрагмальное дыхание) в исходных положениях лежа на спине и на боку с согнутыми в коленях ногами (увеличивают вентиляцию нижних и нижнебоковых отделов легких).

Во время занятий проводилась частая смена положений тела повороты на бок, на живот, на спину, постепенный переход в положения сидя на стуле и стоя.

По мере улучшения состояния больных во время занятий применялись упражнения со снарядами (палки, мячи) и на снарядах (со стулом, на скамейке).

Всем больным в комплексную программу реабилитации включали упражнения для профилактики и устранения проявлений остеохондроза в шейном и грудном отделах позвоночника.

Наряду с тенденцией к ускорению темпа обязательно учитывалась индивидуальная переносимость больным нагрузки и особенности клинического течения заболевания, расширение двигательного режима производилось на фоне постепенного усложнения комплексов лечебной физкультуры.

Кроме методик массажа и лечебной гимнастики нами применялась методика мобилизации шейного отдела позвоночника.

В отличие от манипуляционной техники, используемой в мануальной терапии, приемы мобилизации, направленные на растягивание мышц ротаторов позвоночника, никогда не превышают физиологической подвижности в суставах, вызывают приятные ощущения у пациента, способствуют устранению мышечного гипертонуса, улучшают трофику мышц и интервертебральных суставов.

Пассивные движения в шейном отделе позвоночника проводятся из положения пациента сидя. Массажист стоит сзади, фиксируя его голову, и выполняет осторожные наклоны вправо-влево, вперед-назад, ротацию в обе стороны, отмечая различие амплитуды движений. При ограничении наклона головы к груди, за счет гипертонуса мышц разгибателей шеи, проводится их пост изометрическая релаксация (ПИР).

Как правило, объем движений в шейном отделе позвоночника после проведения ПИР восстанавливается полностью или частично, возникает стойкая гипотония мышц, устраняются болевые ощущения.

Дифференцированное применение массажа в сочетании с пассивными движениями и ПИР является эффективным средством лечения остеохондроза в подострой и хронической стадиях заболевания.

Применение лечебной физкультуры предусматривает также и использование в комплексной терапии лечебной гимнастики в бассейне.

Исходя из этиологии заболевания, становится очевидной важность поведения процедур в водной среде т. к. при погружении в воду АД снижается на 10 мм ртутного столба

По мнению А.Ф. Каптелина (10) функциональная терапия проводимая в водной среде, способствует релаксации напряженных и укреплению расслабленных мышц, снижает болевой синдром, оказывает

тренирующее действие функцию сосудов, а также положительно влияет на общий психо-эмоциональный статус больного.

Влияние температуры воды имеет большое значение для проведения физических упражнений в воде. Теплая вода способствует расширению сосудов, уменьшению болей, снижению ригидности мышц и спастических явлений, улучшению обмена в мышцах. Она оказывает положительное влияние на вегетативную нервную систему, психологическое состояние больного, особенно в тех случаях, когда он с трудом передвигается.

Считается приемлемой температура воды в бассейне в диапазоне 28° — 32° . С лиц с гипертоническим типом НЦД, а также применимыми и более высокие температуры (35° — 37° C) при проведении процедур у лиц с гипотоническим типом НЦД.

Упражнения в воде положительно влияют на функцию респираторно-кардиальной системы. Как при гимнастических упражнениях, так и при плавании (в горизонтальном и вертикальном положениях тела) возрастает циркуляция крови и лимфы за счет давления воды на поверхность тела, которое достигает 100 г/см^2 и изменяется в зависимости от глубины погружения тела.

Необходимо также учитывать, что давление воды на грудную клетку в известной степени противодействует расширению грудной клетки при вдохе. В связи с этим практическое значение приобретают дыхательные упражнения в воде.

Таким образом, принимая во внимание особенности выполнения движений в водной среде, можно применять при проведении процедуры в бассейне больший объем специальных и общеукрепляющих физических упражнений, чем при лечебной гимнастике в зале лечебной физкультуры у той же категории больных.

При проведения исследований по изучению динамики показателей инструментальных исследований больные были разделены нами на следующие группы.

1 группу составили больные ($n = 16$) со смешанным типом нейроциркуляторной дистонии, которым восстановительное лечение проводилось по общепринятой методике.

2 группу составили больные ($n = 23$) со смешанным типом нейроциркуляторной дистонии, которым восстановительное лечение проводилось по предлагаемой методике.

Социальные взаимоотношения оценивались по 5 балльной системе, изложенной во втором разделе нашей работы.

Данные этих исследований представлены в таблице 2.

Как следует из данных, представленных в таблице 2, больных с оценкой 1 балл, т.е. тем, которым требуется умеренная помощь в группах с новой методикой восстановительного лечения оказалось меньше, чем в обычных группах больных.

У обследованных больных наблюдалось также улучшение сна, повышение работоспособности.

Отрадно, что и симптоматика проявлений цереброваскулярного синдрома у пациентов всех групп имела достаточно выраженную тенденцию к уменьшению.

Особенно это касалось симптомов «головные боли», «тяжесть в

голове».

Вместе с тем, частота проявлений мигренозных приступов в группах не только не уменьшилась, а даже несколько увеличилась, что свидетельствует о сложной природе провоцирования мигренозных приступов, которые имеют в своей основе изменение биохимического состава периферической крови.

Таблица 2

Показатели социальных взаимоотношений у больных со смешанным типом НЦД в конце восстановительного лечения по обычной и предлагаемой нами методикам физической реабилитации (в %)

Социальные взаимоотношения		
(в баллах)	1 группа	2 группа
1 балл	1,1	0,3
2 балла	4,5	2,8
3 балла	7,8	4,5
4 балла	75,5	76,9
5 баллов	11,1	12,8

При оценке индекса активности Хамрина и Волина, интегрирующий оценку одновременно двигательной, психической функций и уровень самообслуживания, оказалось, что оценку ниже 50 баллов (выраженные двигательные и психические нарушения) получили в группах больных, которые использовали обычную программу занятий по физической реабилитации, 14,2%, а у группах больных, которые использовали в занятиях новую программу - 6,1%; оценку от 50 до 83 баллов (умеренные нарушения) в конце исследования имели среди больных, занимающихся по обычной методике - 55,6% , а в группах, занимающихся по предлагаемой программе 46,1%, а оценку от 83 до 92 баллов (незначительные нарушения) в первых группах - 30,2%, а во вторых - 38,8%.

В группах больных, которым предлагали программу занятий по физической реабилитации с включением упражнений по предупреждению развития остеохондроза, 9,0% больных в конце тренирующего периода получили оценку 92 балла и выше, что предполагает нормальные величины, характерные для здоровых людей.

Данные изучения функций центрального отдела вегетативной нервной системы представлены в таблице 3.

Результаты исследований, представленных в таблице 3, свидетельствуют о том, что во всех группах, где применялась предлагаемая нами методика физической реабилитации число больных, относящихся к нормальному типу показателей функционального состояния вегетативной нервной системы, оказалось больше, чем в группах больных, занимающихся по обычной методике.

В группах больных со смешанным типом НЦД по индексу Кердо разница в группах больных, занимающихся по новой методике и обычной методике физической реабилитации, составила 14,8% ($p > 0,05$); по минутному объему крови 13,3% ($p > 0,05$) и по дыхательному коэффициенту Хальденбранта 3,7% ($p < 0,05$).

Таблица 3

Показатели функционального состояния вегетативной нервной системы у больных НЦД разных типов в конце восстановительного лечения по обычной и предлагаемой нами методикам физической реабилитации (в %)

Показатели функций ВНС	1 группа	2 группа
Индекс Кердо:		
норма	33,1	47,9
симпатикотония	36,2	30,4
парасимпатикотония	30,7	21,7
Минутный объем крови:		
норма	39,4	52,7
симпатикотония	37,4	32,1
парасимпатикотония	32,2	15,2
Дыхательный К Хальденбранта:		
1	8	9
норма	40,8	44,5
симпатикотония	34,7	33,3
парасимпатикотония	24,5	19,5

Соответствующие показатели больных с проявлениями симпатикотонии и парасимпатикотонии оказались больше в группах, которые восстанавливались по обычной методике физической реабилитации.

Еще одно, на наш взгляд, достаточно интересное отличие от других работ в этом направлении - большой набор разнообразных нагрузочных проб, которые позволили установить различия в изменении функционального состояния разных систем организма больных НЦД при применении комплексов физической реабилитации.

При изучении функционального состояния вегетативной нервной системы при нагрузочных пробах (индекс Кердо, изменение минутного объема крови, дыхательному коэффициенту Хальденбранта) оказалось превалирование больных с проявлениями симпатикотонии, затем парасимпатикотонии в начальный период исследования и большая нормализация указанных параметров в группах больных, которые восстанавливались по экспериментальной методике физической реабилитации.

Для последующего использования в отделениях восстановительной терапии можно рекомендовать применение индекса Кердо, как наиболее информативного показателя.

Выводы: Предлагаемая программа физической реабилитации отличается гибкостью своего построения, учитывается тяжесть и тип НЦД, отсутствие стабильности сердечно-сосудистой системы и организма больного, а также возможность развития осложнений на стационарном этапе. Направленность программы заключается в возможности в более короткие сроки по сравнению с общепринятыми методиками восстановить здоровье больного.

Физическая реабилитация больных по предлагаемой нами методике позволила по сравнению с обычной методикой физической реабилитации существенно улучшить показатели социально-бытовых навыков - функцию независимости, социальные взаимоотношения, индекс активности Хамрина и Волина.

Применяемые функциональные нагрузочные пробы позволили выявить скрытые сдвиги и нарушения регуляции кровообращения, а также

объективно и положительно оценить предлагаемую восстановительную терапию. Наиболее информативными среди них оказались индекс Кердо.

Практические рекомендации

1. Программа физической реабилитации для больных нейроциркуляторной дистонией разных типов должна включать в себя комплекс средств и методов физической медицины, которые дополняют традиционное медикаментозное лечение.

2. Восстановительное лечение кинезотерапией предполагает гибкость построения индивидуальных программ с обязательным учетом типа нейроциркуляторной дистонии, тяжести течения заболевания, нестабильность сердечно-сосудистой системы и организма больного в целом, а также существующую возможность развития у тематических больных осложнений на стационарном этапе.

3. Подбор гимнастических упражнений должен осуществляться строго индивидуально для каждого больного с учетом факторов, влияющих на степень физической нагрузки. Учитывая особенности протекания нейроциркуляторной дистонии и показания к госпитализации у этих больных в программу в обязательном порядке должны включаться специальные упражнения для шейного отдела позвоночного столба, направленные на устранение и профилактику остеохондроза.

4. В период восстановительной терапии необходимо использовать комплексную программу реабилитации с широким использованием взаимодополняющих средств и методов физической терапии - лечебной физической культуры, массажа, гидро- и механотерапии и др.

5. Учитывая часто встречающиеся у больных разных типов нейроциркуляторной дистонией нарушения психо-эмоциональной сферы, рекомендуется проводить сеансы физической реабилитации с обязательным акцентом физических нагрузок, направленным на повышение психического статуса данной категории больных.

Литература

1. *Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония: особенности клинической симптоматики, диагностика и лечение: Дисс... докт. мед.наук.- М., 1987.- 34 с.*

2. *Башматова Н.В. Нейроциркуляторная дистония: механизмы формирования, клинические особенности, диагностика и обоснование лечения: Автореф. дис... докт. мед.наук /Укр. НИИ кардиологии им. акад. Стражеско.- К., 1992.- 40 с.*

3. *Башматова Н.В., Кресюн В.И., Драгомирецкий В.Д. Состояния микроциркуляции и вегетативной регуляции у больных нейроциркуляторной дистонией и хронической очаговой инфекцией верхних дыхательных путей и их динамика под влиянием различных методов лечения // Деп. в Укр ИНТЭИ N 1853 Ук 92 от 26.11.1992.- 15 с.*

4. *Башматова Н.В., Бажора Ю.И., Драгомирецкий В.Д. Математической прогнозирование результатов криотонзиллотомии и вероятности развития нейроциркуляторной дистонии у больных хроническим тонзиллитом // Деп. в Укр НИЭТИ N 1854 Ук 92 от 26.11.1992.- 17 с.*

5. *Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация.- Л.: Медицина, 1988.- 247 с.*

6. Вадачкория М.К. Кардиальная форма нейроциркуляторной дистонии у лиц летного состава и вопросы врачебно-летней экспертизы: Автореф. дис... кандидата медицинских наук. - Тбилиси, 1972. - 28 с.

7. Вегетативная дистония у лиц, подвергавшихся радиационному воздействию при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: (Клиника и диагностика) : Методические рекомендации Всесоюзного научного центра радиационной медицины АМН СССР.-Киев, 1991.- 24 с.

8. Грошев В.Н., Криволапов Н.А., Попова Н.В. Нейроциркуляторные дистонии в подростковом возрасте // Педиатрия.- 1995.- N 6.- С. 33 - 35.

9. Казец А.И., Илькова Е.Л., Исакова Л.А. Течение процессов адаптации у больных нейроциркуляторной дистонией во время курортного лечения // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, М., 1995.- N 2.- с. 9-11.

10. Каптелин А.Ф. Гидрокинезотерапия в ортопедии и травматологии. М.: Медицина. - 1986

11. Покалев Г.М., Трошин В.Д. Нейроциркуляторные дистонии.- Горький: Волго-Вятское кн. издательство, 1977.- 319 с.

12. Сорокина Е.И. Физические методы лечения в кардиологии.-М.: Медицина, 1989.- 384 с.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ОФП И СПОРТИВНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКОЙ СТУДЕНТОК ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ВУЗОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БАСКЕТБОЛОМ

Цвеченко Г.В.

Харьковский художественно-промышленный институт

Специфика вузов художественного профиля предопределяет целый ряд условий, которые необходимо принимать во внимание. Одно из главных условий этой специфики является то, что студенты художественных вузов в основной своей массе имеют низкий уровень физического развития. Связано это с тем, что в школьном возрасте, когда занятия в общеобразовательной школе приходилось совмещать с занятиями в художественных кружках, изостудиях, специализированных художественных школах, времени на физические упражнения и спорт, игры на свежем воздухе оставалось слишком мало. Одной из особенностей студентов художественных вузов является ранняя художественная специализация. Обучение начинается еще в дошкольном возрасте и носит систематический характер. Такая специализация, если она не сочетается с разносторонней двигательной деятельностью, с занятиями физическими упражнениями и играми, неизбежно затрудняет развитие растущего организма [2].

Еще одно условие этой специфики - это малая численность студентов. В ХХПИ на пяти курсах учатся менее 500 студентов, т.е. на первый курс поступает около 100 человек. Провести должный отбор в секцию баскетбола не представляется возможным, потому что девушек занимавшихся когда-либо баскетболом на первом курсе 1-2%, иногда - 0%. По результатам ежегодного опроса, проводимого в начале года, только 4-5% девушек выражает желание заниматься в секции баскетбола. Причем 3-4% - новички, 1% - со 2-3 разрядом. Перворазрядницы встречаются очень редко - 0,2% в год. Методика отбора для больших вузов не подходит, т.к. она включает несколько этапов с различными критериями. Перечислим такие критерии двух этапов отбора. Первый этап (первичный отбор): состояние здоровья, рост, координация движений,

рациональность движений, желание студентов, контрольные нормативы. Второй этап (углубленный отбор): наличие специальных качеств баскетболистов, конституционные признаки, характерные особенности, способность к расслаблению, контрольные нормативы [1]

В условиях малых вузов необходимо проводить набор всех желающих, прошедших медосмотр. На втором этапе - подбор студенток после просмотра тренером занятий по физическому воспитанию на первом курсе и результатов контрольных нормативов. Третий этап - подбор в течение года студенток, которые после изучения элементов баскетбола на занятиях по физическому воспитанию изъявили желание заниматься в спортивной секции баскетбола.

Критерием оценки спортивной секции является количество подготовленных разрядниц, результат участия в спортивных соревнованиях. Мастерство тренера, действенность применяемой им методики обучения определяется количеством и качеством подготовленных спортсменов.

Ежегодно желающие заниматься в секции женского баскетбола - это на 70-80% новички и 20-30% разрядники. Вновь поступившие составляют около 50% от студенток 2-5 курсов. На протяжении последних пяти лет наблюдалась закономерность, если следовать общепринятой методике обучения, то к концу второго курса 60-70% занимающихся повышают спортивный разряд, а на последующих двух курсах прогресс не отмечается. Основным недостатком является низкий уровень физического развития, общей физической подготовленности студенток, приступающих к занятиям баскетболом. По результатам контрольных нормативов показатели быстроты, выносливости, силы находятся на уровне ниже среднего. 100м пробегалось в пределах от 18,2 до 21,0с, 1000м - от 5мин 05сек до 5мин 50сек, прыжок в длину - от 1м54см до 1м92см, подниманий в сед из положения лежа - от 20 до 32 раз за 1мин.

С первого дня занятий недостаточная общая физическая подготовка начинает сдерживать рост спортивно-технической подготовленности, замедляет процесс обучения. Хотя к концу года результаты контрольных нормативов несколько возрастают, но не намного (табл. 1). Выносливость оценивается по результатам длительного бега - тесту Купера. Этот тест связан с оценкой расстояния, пробегаемого в доступном темпе за 12 мин. Общепринятым тестом оценки быстроты является бег на 100 метров. С оценкой скоростно-силовых качеств в наибольшей степени взаимосвязан результат в прыжке в длину с места, поскольку в данном тесте в работу включается большинство мышечных групп. Силу оценим по двум тестам: поднимание туловища из положения лежа на спине, руки за головой и разгибание рук в упоре лежа.

Таблица 1

Динамика физического развития баскетболисток ХХПИ

ТЕСТЫ	На сентябрь 1997	На май 1998
1. Расстояние, пробегаемое за 12 мин, м	1575	1820
2. Бег 100 м, с	20,4	17,9
3. Прыжок в длину с места, см	162	179
4. Сгибание и разгибание рук в упоре лежа, раз	2	16
5. Поднимание в сед из положения лежа руки за головой за 1 мин, раз	19	36

Тактико-техническая подготовка возрастает по сравнению с начальным уровнем гораздо сильнее. Но на последующих этапах было отмечено, что уровень ОФП остающийся на том же уровне, сдерживает и рост технической подготовки.

При начальном обучении необходимо большее внимание обратить на развитие основных физических качеств (выносливости, силы, быстроты) студенток, начинающих заниматься баскетболом.

На основании вышеизложенного можно сказать, что занятия баскетболом в художественных вузах по программе первого года обучения без применения дополнительных специальных средств развития отдельных физических качеств незначительно повышает ОФП, которая в дальнейшем сдерживает рост технической подготовки студенток баскетболисток. На первом году обучения объем ОФП и СФП, направленных на развитие основных физических качеств, должен быть повышен до 50-60% к общему объему занятий по баскетболу. Сначала это приведет к замедлению роста технической подготовки, но затем рост технических показателей будет выше.

Литература

1. Бабушкин В.З. Баскетбол в вузе. - Харьков: Основа, 1992. - 180 с.
2. Буряковский Н.К., Смирин Л.А. Программа и методические рекомендации к профессионально-прикладной физической подготовке студентов художественных вузов. - Харьков, 1990. - 64 с.

СПОСІБ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ЯК ОБ'ЄКТИВНИЙ ПОКАЗНИК ВИКОРИСТАННЯ ВАЛЕОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ

Книш Т.В.

Волинський державний університет ім. Лесі Українки

Для якісного здійснення валеологічного виховання дітей дошкільного віку студенти - майбутні вихователі за час навчання у вищому навчальному закладі повинні отримати професійні знання і навички, які в подальшому повинні трансформуватися в корисні для здоров'я звички, валеологічну поведінку. Цей процес залежить від багатьох факторів [4, 5], які інколи здійснюють свій вплив у різних напрямках. Дотепер ефективність валеологічної освіти у педагогічних вищих навчальних закладах /ВНЗ/ оцінюється за показниками рівня отриманих знань, в той час як в реальному житті використання отриманих знань і навичок валеологічної поведінки не прослідковується.

Тому доцільним було оцінити ефективність сучасних програм валеологічного виховання і навчання майбутніх педагогів дитячих дошкільних закладів шляхом вивчення показників їх способу життя, ставлення до свого власного здоров'я, його оцінки.

Одним з показників здорового способу життя є дотримання елементів режиму дня - сну, харчування, рухової активності, відпочинку - так званих компонентів, спрямованих на задоволення вегетативних потреб організму, його життєзабезпечення. Численні дослідження елементів режиму дня у студентів різних ВНЗ, виконані у 80 - 90-ті роки [2, 7, 10, 11], свідчать про суттєве їх порушення: постійно мають дефіцит сну від 35 до 65% студентів, основною причиною порушень режиму сну є перевантаження позааудиторними заняттями; постійного режиму харчування дотримуються лише 6% студентів перших курсів 14,8% - старших. Вільний час більшість студентів проводить у пасивному відпочинку: співвідношення активного відпочинку до пасивного становить 20 - 55%.

Скороченню динамічного компоненту в режимі дня студентів сприяє відсутність фіксованих розкладом занять з фізвиховання на старших курсах.

Питома вага студентів, що самостійно займаються фізкультурою і спортом становить у різних вузах 23-38% [9]. Ранкову гігієнічну гімнастику виконують 18,8% студентів першого курсу педвузу, 20,9% - другого, 16,3% - третього. На старших курсах ця звичка помітно послаблюється, інтерес до фізичної культури і спорту, фізичних вправ і число тих, що систематично займаються ранковою гімнастикою, скорочується в 2 - 2,5 рази [3,6,8].

За спеціально розробленою анкетною нами проведено опитування 133 студентів першого і другого курсу ВДУ /спеціальність «дошкільне виховання»/ після засвоєння навчальних дисциплін «педіатрія і основи шкільної гігієни», «основи медичних знань». До 1998р. вивчення валеології для студентів спеціальності «дошкільне виховання» навчальними планами не передбачалось.

Об'єктивним відтворенням рівня набутих валеологічних знань і ступеня їх використання як відображення здорового способу життя є режим дня студентів. здоровий спосіб життя характеризується, перш за все, дотриманням нормованих величин тривалості і організації сну, перебування на свіжому повітрі, режимом і якістю харчування, об'ємом фізичної активності - компонентами забезпечення сприятливого фізіологічного фону для продуктивної розумової праці і ефективного навчання.

Ми одержали результати, які свідчать про те, що тривалість нічного сну майже у третини студентів /29,3%/ нижче фізіологічної норми, кожен п'ятий студент /18%/ пізно лягає спати у зв'язку з великим обсягом позааудиторної навчальної роботи. Цей контингент студентів формується вже на першому курсі з осіб з недостатнім рівнем загальноосвітньої підготовки, з осіб, що мають 3 і більше років перерви між закінченням школи і навчанням у ВНЗ. Незважаючи на певні знання правильної організації нічного сну і його роль у профілактиці перевтоми, отримані при вивченні навчальних предметів, 93,5% студентів не проводять прогулянку перед сном, 11% - не провітрюють приміщення перед сном і 86% - під час сну.

Встановлено значні порушення режиму харчування. Три-чотириразове харчування мають переважно студенти, які проживають з батьками, у 15,1% відсутній сніданок, у 64,6% - другий сніданок, 8,6% не обідають, 14,6 - не вечеряють, харчування якісно не повноцінне: сніданок представлений переважно /34,9%/ бутербродами з чаєм або кавою, обід - першою або другою стравою /54,5%/, вечеря - другою стравою /24,3%/, в кращому варіанті доповнена салатом і чаєм /26,8%/.

Серед основних причин нерегулярного і неякісного харчування студенти відзначили матеріальні труднощі /35%/, відсутність умов для харчування в навчальному закладі або гуртожитку, додаткові обов'язки - робота, домашні заняття /29%/, відсутність достатніх знань /36%/ про основні принципи раціонального харчування, добові норми калорійності харчування, потреби в білках, жирах, вуглеводах, еквіваленти заміни дорогих продуктів більш дешевими тощо.

36% студентів перебувають на свіжому повітрі менше 2 годин, практично лише під час переходів і переїзтів з дому до навчального закладу і назад. Не враховують, що час прогулянок треба рівномірно розподіляти протягом дня. Особливе значення для збагачення крові киснем і підвищення працездатності мають прогулянки до початку занять і перед сном.

Спортом займаються лише 4,9% студентів, ранкову гімнастику виконують 24,5%, загартовуючи процедури у тому чи іншому вигляді

використовують 37,2%. Більшість студентів ставиться до фізкультури позитивно, але це ставлення декларативне, фіксовані заняття Фізкультурою 4 години на тиждень на молодших курсах не забезпечують необхідного рівня рухової активності /20-30 тисяч кроків на день. За даними вітчизняних авторів, фізичне виховання в учбовому процесі взагалі вимагає, як мінімум, триразових занять на тиждень впродовж, всього періоду навчання, з припиненням на третьому курсі фіксованих занять дефіцит рухової активності ще збільшується.

У режимі дня студентів вільний час більше 4 годин налічується у 46%, але використовується він не раціонально, причому переважають пасивні форми відпочинку /71,2%/. Слід відзначити, що незначна частка студентів у вільний час займається читанням художньої літератури, відвідує художні виставки, заклади культури і мистецтва, тобто недостатньо працює над підвищенням свого культурного рівня, хоч резерви вільного часу для цього є.

Узагальнюючи аналіз відповідності елементів режиму дня фізіологічним нормативам і гігієнічним рекомендаціям, дає підставу констатувати, що у 100% студентів мають місце два порушення з п'яти основних елементів режиму дня, у 75% - цих порушень три і більше.

Хоч обстежений контингент майбутніх педагогів дошкільного виховання - дівчата, але серед них досить поширені шкідливі звички.

Як свідчать дані анонімого опитування, не вживають алкоголь лише 14,1% студентів, рідко - 52,9%, 1-2 рази на місяць - 21,3%, 1 раз на тиждень - 9,5%, часто - 2,2%. Вперше алкоголь вживали з нагоди дня народження /48%/ і сімейних свят /15%/, в колі сім'ї /до 40%/ і ровесників /60%/. У 70% студентів алкоголь вживає батько, у 34% - мати, у 46% - брати або сестри.

Поширеність тютюнопаління становить 16,3%. Всі ті, що палять, прилучились до тютюнопаління в шкільні роки. Половина з них ставиться скептично до можливості позбутися цієї шкідливої звички.

Відомо, що паління розповсюджене значною мірою навіть серед студентів медичних ВНЗ. За даними авторів на третьому курсі палять 53% юнаків і 22% дівчат, на шостому - відповідно 54% і 19%, незважаючи на високий рівень інформованості про негативний вплив паління на організм.

Отримані нами дані про поширеність шкідливих звичок серед майбутніх педагогів - вихователів співпадають з даними Т.Н.Маляренко і співавторів [8], які відзначали досить низький рівень гігієнічних знань у студентів педагогічного ВНЗ і їх застосування. Наприклад, 40% студентів вважали, що тютюнопаління не впливає на розумову працездатність.

ВИСНОВКИ

1. Рівень валеологічних знань студентів - майбутніх вихователів дошкільних закладів освіти недостатній як дотримання здорового способу життя, так і збереження власного здоров'я; у майбутніх педагогів за час навчання у ВНЗ не формується валеологічний світогляд і валеологічна поведінка.

2. Результати проведених досліджень дають підставу вважати існуючу систему професійної валеологічної підготовки педагогів - вихователів дошкільних закладів неефективною, обумовлюють необхідність викладання навчального предмету «валеологія та охорона здоров'я дітей» і розробки спеціальної науково обґрунтованої програми їх професійної валеологічної освіти.

Література

1. Алексеев И.Г. Самойлов Н.Г. Активность функциональных систем организма в течение рабочего дня.// Акт. проб. соврем. физиологии - К., 1986. - с.134-135.
2. Астахова Е.В. О некоторых тенденциях в развитии физической активности

- студентов педагогического вуза //Здоровый образ жизни и физ. культура студентов: социологические аспекты. - М., Харьков, 1990.- С.45-51.
3. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения /под ред. Е.И. Гончарука. - К.: КМИ, 1989. - 204 с.
4. Гундаров И.А., Киселева И.В., Копина О.С. Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни // Медицина и здравоохранение. Серия формирования здорового образа жизни. Обзорная информация. - М., 1989. - 83 с.
5. Ибрагимов У. Использование утренней гимнастической гимнастики для оптимизации умственной работоспособности студентов //Теор. и практ. физкультуры. - 1990.- №12.- с.36-37.
6. Квасов С.Е., Изуткин Д.А. Факторы образа жизни и здоровья студентов за период их обучения в вузе//Сов. здравоохр. - 1980.- №11.- с. 26-30.
7. Магльованій А.В. Фізична культура як підсистема в системі охорони здоров'я і здорового способу життя //І всеукр. науково-практ. конф. «Здоров'я і освіта», Львів. - 1993. - ч.1. - с. 162-163.
8. Маляренко Т.Н., Ротанева Ю.И., Свердлина Л.С., Василевская Г.Г. Уровень гигиенических знаний студентов педагогического института //Гигиена детей и подростков - важнейшее звено профилакт. медицины: тез. докл. всес. научно-практ. конф., М., 1989. - ч.1. - с.197-199.
9. Мильнер Е.Г. Формула жизни: медико-биологические основы оздоровительной физической культуры. - М., Физкультура и спорт, 1991. С.112.
10. Пономаренко И.И., Демченко Ч.П., Зуевский Ю.Б., Хуртузова Л. Применение некоторых средств физической культуры для профилактики нейроциркулярной дистонии у студентов //Гигиена и санитария. - 1988. - №5. - С.44-47.
11. Саркисянц Э.Э., Миннибаев Т.Ш., Сараджева О.П. и др. Бюджет времени студентов - важный критерий гигиенической оценки организации обучения в вузе //Гиг. и сан.- 1998.- №4.- С.35-38.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>ЧАСТЬ I. ОЛИМПИЙСКИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПОРТ</i>	3
ПОДКОПАЙ Д.О. Возможности использования физических упражнений «Пауэрслидинг»	4
ПАЛАГНЮК Т.В. Культурно-спортивні заходи в процесі розвитку суспільства	6
<i>ЧАСТЬ II. ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА</i>	9
ЛАЗАРЕВА Е.Б. Лечебная физическая культура и гидрокинезотерапия у больных перенесших удаление грыжи межпозвонкового диска	10
ТРАД РЕДА ХАССАН Физические упражнения, массаж, и гидротерапия в реабилитации больных со смешанным типом нейроциркуляторной дистонии	16
ЦВЕЧЕНКО Г.В. Зависимость между ОФП и спортивно-технической подготовкой студенток художественных вузов, занимающихся баскетболом	24
КНИШ Т.В. Спосіб життя студентів як об'єктивний показник використання валеологічних знань	26

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Периодичность издания сборников научных трудов ХХПІІ - 1 номер в месяц.

Требования к статьям:

Текст объемом 3 и более страниц формата А4 (64 знака в строке, 40 строк на страницу) на русском (украинском) языках передать по электронной почте (или дискету с текстом обычной почтой) в редакторе WORD8 по адресу: E-mail: root@design.kharkov.ua на имя “for Yermakov” (или Ермакову С.С.). В статью можно включать рисунки, таблицы, фотографии и другой иллюстративный материал.

Если Вы не пользуетесь электронной почтой, то текст можно отправить и обычной почтой по адресу: 310068, г. Харьков, ул. Полевая, д. 8, к. 111, Ермакову Сергею Сидоровичу. В этом случае требования к тексту следующие: объем 3 и более страниц, 64 знака в строке, через 1.5 интервала, белая бумага размером 210x297 мм, стандартные поля, без иллюстративного материала и таблиц, черные и четкие символы, текст печатать в 1 экз. на обычной машинке или лазерном принтере. К тексту желательно приложить почтовую карточку (конверт). Материалы рекомендуется пересылать в конверте среднего формата, например С-5 (162x229 мм).

Редакция на протяжении месяца вышлет по указанному Вами адресу 1 экз. сборника.

Справки по E-mail: root@design.kharkov.ua или тел. (0572) 27-47-87 (с 20.00 до 22.00) Ермаков Сергей Сидорович.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Анализ переписки редакционной коллегии с авторами статей за период 1996 - 1998 г. показывает, что последние имеют неодинаковое представление о формализованных показателях статей. Речь идет об определении общего объема статьи, ее вида и др.

Редакционная коллегия считает целесообразным напомнить авторам, что сборник научных работ - это "сборник материалов исследований, выполненных в научных учреждениях, учебных заведениях и научных обществах" [1]. "Согласно стандартной схеме научным считается издание результатов теоретических, экспериментальных исследований, а также подготовленных научными работниками к публикации памятков культуры, исторических документов и литературных текстов" [1]. Поэтому статьи, которые присылают авторы в редколлегию ХХПИ, должны отвечать вышеуказанным требованиям.

Основной единицей измерения научной информации для рукописей является авторский лист. "Авторский лист - единица учета печатного произведения, которая берется для измерения труда авторов. Составляет 40000 печатных знаков (букв, цифр, разделительных знаков и т.п., учитывая также промежутки между словами), 22/23 страницы машинописного украинского текста, 3000 кв. см иллюстрированного материала" [1].

Общий объем научного издания определяется в "условных печатных листах, приведенных к формату бумажного листа 60x90 см" [1].

При написании статьи рекомендуется разработать ее план [2]. Для статьи объемом 5-6 страниц (см. требования редколлегии ХХПИ) план может иметь такой вид:

- 1) *введение* - постановка проблемы в самом общем виде и ее связь с важными практическими задачами страны (5-10 строк);
- 2) *последние исследования и публикации*, на которые опирается автор, выделение нерешенных частей общей проблемы, которым посвящается данная статья (обычно эта часть статьи составляет 10 строк);
- 3) *формулирование целей статьи* (постановка задачи); этот раздел весьма важен, так как из него читатель определяет полезность для себя данной статьи; цель статьи должна вытекать из постановки общей проблемы и обзора ранее выполненных исследований, т.е. данная статья должна ликвидировать какие-то «белые пятна» в общей проблеме (постановка задачи - 5-10 строк);
- 4) *изложение собственно материала исследования* (4-5 страниц). Небольшой объем позволяет выделить главное в материалах исследования; иногда, например, приходится ограничиться только формулированием цели исследований, кратким упоминанием о методе решения задачи и изложением полученных результатов. Поскольку редколлегией не предусмотрены строгие ограничения относительно максимальной количества страниц (рекомендуется 3-7 страниц, но можно и больше), то целесообразно описать методику исследования полнее;
- 5) *заключение*, в котором даются выводы по данному исследованию и в краткой форме намечаются перспективы исследований, приводится список литературы.

Литература

1. *Ганжуров Ю. Наукова публікація як тип видання /Бюл. ВАК України, 1998. – №3. – С. 27-29.*
2. *Методические рекомендации по работе над кандидатской диссертацией по техническим наукам для соискателей ученых степеней и аспирантов всех форм подготовки /Сост. А.Т.Ашерев, А.И.Губинский. - Харьков: УЗПИ, 1988. - 64 с.*

Оригинал-макет подготовлен в компьютерном центре Фонда

Подп. к печати 22.02.99. Формат 60x80 1/16. Бумага: типогр.

Печать: ризограф. Усл. печ. л. 2.25. Тираж 300 экз.

ХХПИ, Харьковский художественно-промышленный институт,

Украина, 310002, Харьков-2, ул. Краснознаменная, 8.

Отпечатано с оригинал-макета в типографии Фонда

Харьков-2, ул. Краснознаменная, 8.