

характера перелома со значительным стенозом спинномозгового канала применялась методика двухэтапного хирургического лечения. На первом этапе выполнялась декомпрессия за счет ламинэктомии, ТПФ, на втором — переднебоковой спондилодез.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Оценивая результаты хирургического лечения, пациентов с переломами тел позвонков в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника разделили на 3 группы. К первой отнесли 53 (72,6 %) пациента с хорошими результатами. Критериями данной группы являлись: отсутствие жалоб, полное восстановление функции позвоночного столба, отсутствие неврологической симптоматики, корректное стояние винтов. Ко второй отнесли 13 (17,8 %) пациентов с удовлетворительными результатами: сохранение умеренного болевого синдрома при восстановленной функции позвоночного столба, кифотическая деформация оперированного сегмента до 10°, некорректное стояние винтов ТПФ. К третьей отнесли 7 (9,6 %) пациентов с неудовлетворительными результатами: нагноение раны в послеоперационном периоде, наблюдаемое у 6 (8,2 %) пациентов, а также усталостный перелом винта ТПФ, наблюдаемый у 1 (1,2 %) пациента.

#### **Выводы**

Объем задней декомпрессии спинного мозга должен соответствовать характеру повреждения. ТПФ позволяет выполнить интраоперационную многоплоскостную репозицию поврежденного сегмента. Она в свою очередь устраняет травматический стеноз позвоночного канала и восстанавливает опороспособность позвоночника, уменьшает или полностью устраняет болевой синдром, а так же имеющуюся неврологическую симптоматику. Стабильная фиксация поврежденного сегмента объясняет быстреее костное сращение, способствует более ранней реабилитации.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение) / Н. Е. Полищук [и др.]. — Киев: Книга плюс, 2001. — С. 21–35.
2. Шевцов, В. И. Наружная транспедикулярная фиксация при лечении больных с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника / В. И. Шевцов, А. Т. Худяев, С. В. Люлин. — Курган: Дамми, 2003. — С. 9–28.
3. Воронович, И. Р. Повреждения позвоночника / И. Р. Воронович, А. М. Петренко // Травматология и ортопедия: рук. для врачей: в 3 т. / под ред. Ю. Г. Шапошникова. — М.: Медицина, 1997. — Т. 1: Травматология, Гл. 1. — С. 17–69.

**УДК 796.332:159.9**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ФУТБОЛИСТОВ**

**Вишневская В. О.**

**Научный руководитель: А. Н. Сергеенко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Современный спорт характеризуется значительными физическими, нервно-психическими и эмоциональными нагрузками и способность преодолевать утомление, в значительной степени обуславливает достижение высоких спортивных результатов. На данный момент медико-биологические средства восстановления достигли своего пика, в связи с чем, многие авторы отмечают, что на первое место выходят психологические методы восстановления работоспособности.

#### **Цель**

Выявить и проанализировать психологические методы восстановления работоспособности футболистов.

### **Материал и методы исследования**

Анализ научно-методической литературы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Высокая интенсификация тренировочного процесса способна вызывать срыв адаптации к неизбежно нарастающим нагрузкам. Для нормализации психического утомления в период напряженных тренировок, и особенно, соревнований, используют психологические методы восстановления: внушение, гипноз, сон-отдых, аутогенную тренировку, психорегулирующую тренировку, приемы мышечной релаксации [1].

Методы психорегуляции принято разделять следующим образом:

1. По способу воздействия — методы гетерорегуляции (воздействие извне) и ауторегуляции (самовоздействие).
2. По содержанию — вербальные методы (использующие как основное средство воздействия слово) и невербальные (действующие через первую сигнальную систему).
3. По технике оснащения — аппаратурные и безаппаратурные.
4. По особенности реализации — контактные и бесконтактные.

Гипносуггестивные методы психорегуляции. Это вербальные методы гетерорегуляции. В них входят фракционный гипноз и гипноз с приемами репортажа. Фракционный гипноз. Используется, когда нет уверенности в действии гипноза. Методика гипноза проводится дробным способом и позволяет добиться более глубоких стадий гипноза. Через 2–3 минуты после введения спортсмена в гипнотическое состояние его будят, спрашивают об ощущениях, просят рассказать о переживаниях. Сообщения спортсмена служат исходным пунктом для дальнейших этапов гипнотизирования [2].

Внушение в состоянии бодрствования. В спорте внушение в состоянии бодрствования используется очень широко. Его применяют опытные тренеры, хорошо знающие психологию своей команды. Данные методы разделяют на разъяснение, убеждение и внушение наяву. В целях активизации процессов восстановления их используют редко. Однако, обоснованная беседа о значении восстановительных мероприятий, необходимости различных видов отдыха, соблюдения режима дня заметно повышают эффективность восстановления [1].

Невербальные методы гетерорегуляции. Их разделяют на аппаратурные и безаппаратурные. Первые, в свою очередь, бывают контактные и бесконтактные.

Плацебо-эффект и косвенное внушение. Плацебо — это нейтральное вещество, внешне напоминающее фармакологический препарат (таблетки, порошки, и т. п.). Врач команды предписывает футболисту употребление плацебо как активатора восстановительных процессов, параллельно проводя внушение эффективности препарата. Косвенное внушение рекомендуется применять при засыпании или пробуждении, когда спортсмен находится в дремотном состоянии. В этих случаях достигается наибольший эффект. Косвенное внушение потенцирует эффективность других психорегулирующих воздействий [3].

Бесконтактные методы. Большое распространение получило локальное температурное воздействие на различные части тела с целью закрепить ощущение тепла в момент суггестии. Для этого используются всевозможные портативные излучатели тепла: лампы соллюкс, электрообогреватели и т. п.

В восстановительных мероприятиях хорошо зарекомендовали себя акустические эффекты. Хорошо расслабляет прослушивание записи морского прибоя, шелеста листвы, шума дождя и т. п. Многие известные деятели медицины рассматривали музыку как эффективное средство воздействия на настроение и психическое состояние. И. Р. Тараханов экспериментально обосновал действие музыки на ЧСС и ритм дыхания. Его опыты показали, что радостная музыка ускоряет выделение пищеварительных соков, улучшает аппетит, повышает работоспособность и может на время снизить мышечную усталость. В.М. Бехтерев отметил, что даже удары метронома, вызывают замедление пульса и успокаивают или, наоборот — учащение пульса и соответствующее ощущение усталости и неудовольствия [4].

Аутосуггестивные методы психорегуляции. Объединяют средства активного самостоятельного управления психическим состоянием. В футболе умение сознательно управлять

процессами, происходящими в организме, является одним из решающих факторов достижения высоких результатов.

Под аутогенной тренировкой (АТ) понимают активный метод саморегуляции психических процессов и психоvegetативных функций. При восстановлении спортивной работоспособности выделяют две части АТ: успокаивающую и мобилизующую. Полный курс обучения составляет 1–12 занятий.

Релаксация входит составной частью во все модификации АТ, в тоже время является самостоятельным методом психорегуляции. В спорте наиболее приемлемый способ обучения релаксации предложен Г. Д. Горбуновым (1985). Занятие проводится перед сном. Сеанс длится 5–7 минут. Рекомендуется периодичность: через день или два подряд с перерывом на третий. Необходимо 5–6 сеансов и примерно такое же количество самостоятельного психотренинга [5].

Психомышечная тренировка. Данная тренировка включает в себя элементы релаксации, а также сочетание дыхательных упражнений и самовнушения.

### **Выводы**

Анализ научно-методической литературы показал, что психологическим методам отводится значительная роль в структуре восстановления работоспособности футболистов и современными исследователями отмечается их высокая эффективность. Однако ограниченное их применение привело к тому, что на сегодняшний день прослеживается недостаточная разработанность и недообследованность данных методов восстановления работоспособности. Также следует отметить, что для гетеросуггестивного воздействия необходим высококвалифицированный специалист поэтому этот метод является труднодоступным для использования его в повседневной практике.

Метод же АТ необходимо более широко использовать для восстановления работоспособности футболистов, поскольку он отличается высокой эффективностью и может использоваться спортсменом самостоятельно.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Перепекин, В. А.* Восстановление работоспособности футболистов / В. А. Перепекин. — М.: Олимпия Пресс, Терра-Спорт, 2005. — С. 85–87.
2. *Карвасарского, Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарского. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2000. — С. 75.
3. *Ильин, Е. П.* Психомоторная организация человека / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2012. — С. 145–148.
4. *Ильин, Е. П.* Психология спорта / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2003. — С. 189–192.
5. *Александров, А. А.* Аутотренинг / А. А. Александров. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2012. — С. 98–104.

**УДК 616-091:61(091)**

**ОЛЕГ АНАТОЛЬЕВИЧ ГОЛУБЕВ (1966–2007)**

*Вовк А. Н., Терешковец А. С., Мартемьянова Л. А., Турченко С. Ю.*

**Научный руководитель: ассистент А. С. Терешковец**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Олег Анатольевич Голубев — профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины УО «Гомельского государственного медицинского университета». Он был известен как ученый, экспериментатор, изобретатель, патентовед, преподаватель и патологоанатом.

О. А. Голубев родился 4 мая 1966 г. в Смоленске.

В 1989 г. закончил лечебный факультет Смоленского государственного медицинского института. По окончании института работал в должности врача-патологоанатома, а затем заведующего отделением общей патологии № 2 Смоленского областного патологоанато-