

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ТИЖДЕНЬ НАУКИ-2019.
Факультет управління фізичною культурою та спортом

Збірник тез доповідей щорічної
науково-практичної конференції серед студентів,
викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів

15–19 квітня 2019 року

Електронне видання комбінованого
використовування на DVD-ROM

м. Запоріжжя

УДК 001.89
Т39

*Рекомендовано до видання Вченою радою
Запорізького національного технічного університету
(Протокол №10 від 03.06.2019 р.)*

Упорядник Орлова О.М.

Редакційна колегія:

Наумик В. В., д-р техн. наук, професор (відпов. ред.)

Прушківський В. Г., д-р екон. наук, професор

Кузькін О.Ф., канд. техн. наук, доцент

Глушко В.І., канд. техн. наук, доцент

Климов О.В., канд. техн. наук, доцент

Антонов М.Л., канд. техн. наук, доцент

Савченко В.О., канд. техн. наук, доцент

Кабак В.С., канд. техн. наук, доцент

Касьян М.М., канд. техн. наук, доцент

Корольков В.В., канд. екон. наук, доцент

Дєдков М.В., канд. іст. наук, доцент

Васильєва О.О., канд. фіз.-мат. наук, доцент

Пуцина І.В., канд. пед. наук, доцент

Філей Ю.В., канд. юр. наук, доцент

Гайворонська Т.О., канд. філос. наук, доцент

Сажєєв В. М., канд. техн. наук, доцент

Висоцька Н. І., начальник патентно-інформаційного відділу

Тези доповідей друкуються методом прямого відтворення тексту, представленою авторами, які несуть відповідальність за його форму і зміст.

Т39 Тижень науки-2019. Факультет управління фізичною культурою та спортом. Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 15–19 квітня 2019 р. [Електронний ресурс] / Редкол. :В. В. Наумик (відпов. ред.) Електрон. дані. – Запоріжжя : ЗНТУ, 2019. – 1 електрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. – Назва з тит. екрана.
ISBN 978-617-529-228-0.

Зібрані тези доповідей, заслуханих на щорічній науково-практичній конференції серед студентів, викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів. Збірка відображає широкий спектр тематики наукових досліджень, які проводяться на факультеті управління фізичною культурою та спортом Запорізького національного технічного університету. Збірка розрахована на широкий загал дослідників та науковців.

ISBN 978-617-529-228-0.

© Запорізький національний
технічний університет (ЗНТУ), 2019

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ».....	7
<i>Мазін В.М.</i> Дизайн дослідження мотивації підлітків до занять фізичною культурою і спортом.....	7
<i>Чухланцева Н.В.</i> Впровадження інформаційних технологій для вдосконалення спортивної підготовки.....	9
<i>Чухланцева Н.В.</i> Відкриті освітні ресурси для самоосвіти студентів фізкультурних вищих закладів освіти.....	11
<i>Глуценко Н.В.</i> Вплив кондиційного плавання на фізичний стан жінок першого зрілого віку.....	13
<i>Порада О.В.</i> Ділова гра, як засіб активації інтеракції між викладачем і студентом у ЗВО.....	14
<i>Захарова О.М.</i> Здоров'я збережувальні технології в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту.....	16
<i>Сметанін С.В.</i> Використання тесту ksat для контролю спеціальної витривалості у карате-до.....	18
<i>Шамардина Г.Н., Кишко А.Ф.</i> Методические особенности учебно-тренировочного процесса стрелков из лука на этапе специализированной базовой подготовки.....	20
<i>Шамардина Г.Н., Панченков Б.С.</i> Технологии физической подготовки юных шашкистов на начальном этапе спортивной тренировки.....	21
<i>Курта Є.О.</i> Особливості законодавчого врегулювання приватної детективної діяльності в Україні.....	23
<i>Миргородський О.В.</i> Методика розвитку рухових якостей здобувачів повної середньої освіти на основі колового тренування.....	25

<i>Донец А.Ю., Глущенко Н.В.</i> Оптимізація режиму дня студентів вищів з використанням засобів фізичної культури.....	27
<i>Біла Х.С., Корж Н.Л.</i> Розвиток силової витривалості у юнаків 16-17 років засобами силової аеробіки «Floor work».....	28
<i>Івака С.С., Чередниченко І.А., Брухно Е.Л.</i> Фізична підготовка футболістів з використанням інформаційних технологій	30
<i>Фадєєва А.О., Шуба Л.В.</i> Спортивна аеробіка – шляхи розвитку.....	32
<i>Бондаренко А.О., Шуба Л.В.</i> Парковий волейбол – неолімпійський вид спорту.....	33
<i>Мальгінов Б.В., Буренко М.С.</i> Використання спортивних споруд після закінчення олімпійських ігор.....	35
<i>Ківа Д.О., Буренко М.С., Захарова О.М.</i> Охорона довкілля як пріоритетний напрям у діяльності міжнародного олімпійського комітету та оргкомітетів з підготовки олімпійських ігор.....	36
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ.....	38
<i>Романова Т.А.</i> Характеристика сучасних напрямів оздоровчих систем.....	38
<i>Бурка О.М.</i> Використання рекреаційного орієнтування як засобу фізичної терапії.....	40
<i>Присяжнюк О.А.</i> Використання антиоксидантів рослинного походження в косметології.....	42
<i>Присяжнюк О.А., Толкачова О.В.</i> Фізіологічна система омолодження шкіри обличчя засобами фізичної реабілітації	44
<i>Мирна А.І., Фетісова В. В.</i> Анімалотерапія як самостійний метод нетрадиційної медицини.....	46
<i>Рижкова М.В., Сардак О.О.</i> Аюрведичні аспекти оздоровчого йога-тренінгу.....	48
<i>СклярOVA І.А., Єрмолаєва А.В., Гагара В.Ф., Мазур О.Д.</i> Діагностика дисфункції м'язів тазового дна у жінок репродуктивного віку.....	49
<i>Мирна А.І., Попков Д.В.</i> Вплив спортивних бальних танців на порушення постави підлітків середнього шкільного віку	51

<i>Гагара В.Ф., Пікуш А.Ю.</i> Особливості фізичної реабілітації при попереково-крижовому остеохондрозі хребта у спортсменів-борців	53
<i>Гагара В.Ф., Федотов Є.В.</i> Дослідження впливу лікувальної фізичної культури на перебіг дегенеративно-дистрофічного процесу поперекового відділу хребта	55
<i>Гагара В.Ф., Чупик О.О.</i> Застосування занять аеробікою як засобу зміцнення здоров'я молодих жінок	57
<i>Гагара В.Ф., Дзундза О.С.</i> Роль фізіотерапевтичних засобів в реабілітації хворих на гостре порушення мозгового кровообігу	59
<i>Гагара В.Ф., Свадьбіна О.В.</i> Дослідження ефективності застосування занять оздоровчим плаванням в реабілітації дітей з порушенням постави	61
<i>Зинчук А.А., Бурка Е.Н., Куриленко К.И.</i> Влияние плавания на развитие опорно-двигательного аппарата детей грудного возраста	63
<i>Присяжнюк О.А., Ясько К.Р., Дем'янова К.С.</i> Аналіз захворюваності на виразкову хворобу шлунку та основні напрямки фізичної терапії	64
<i>Маляренко .Ю.О., Набока С.С.</i> Корекції плоскостопості у дітей 8-9 років в умовах шкільних занять	66
<i>Мирна А.І., Перелигіна Є.О.</i> Фізична реабілітація хворих з інфарктом міокарда на санаторному етапі лікування	68
<i>Маляренко Ю.О., Слободянюк Т.В.</i> Вплив плавання на дітей дошкільного віку	70
<i>Бурка О.М., Закутьська Т.М., Шарій А.Г.</i> Рекреаційні потреби осіб з перевтомою	72
<i>Бурка Е.Н., Мануйлова Л.В., Шадріна К.И.</i> Эрготерапия после инсульта	74
<i>Бурка О.М., Бусол Д.В.</i> Кінезіотейпування в фізіотерапії	75
<i>Бурка О.М., Бабіч К.О.</i> Інноваційні засоби функціонального тренінгу в фізичній терапії	76

<i>Присяжнюк О.А., Сафроненко І.Ю., Левіна Н.Г.</i> можливості застосування методик мозочкової стимуляції для дітей з порушеннями сенсорної інтеграції	78
<i>Присяжнюк О.А., Дубовик Д.М.</i> Сучасні інформаційні технології в медицині	80
<i>Бурка Е.Н., Процько А.А.</i> Кинезіотейпирование в спорті	82
СЕКЦІЯ «СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА ТА ЛОГОПЕДІЯ»	84
<i>Івахненко А.А.</i> Особливості мовленнєвих розладів у хворих у постінсультний період.....	84
<i>Пуцина І.В.</i> Актуальність розвитку мовленнєвого дихання у дітей з порушеннями мови.....	86
<i>Залановська Л.І.</i> Формування толерантності як один з важливих аспектів інклюзивної освіти	87
<i>Семенцова О.М.</i> Узагальнення уявлень про природу та психологічні особливості затримки психічного розвитку.....	90
<i>Залановська Л.І., Панченко В.Г.</i> Дидактична гра як засіб корекції дисграфії у молодших школярів	92
<i>Ганноцька Д.І., Семенцова О.М., Серета О.П.</i> Особливості корекції фонетичної складової мовлення у дітей дошкільного віку при стертій формі дизартрії	94

СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ»

УДК 796.015.83

Мазін В.М.

д-р пед. наук, проф. ЗНТУ

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ

Мотив – це узагальнений образ (імаго) матеріальних чи ідеальних предметів, які представляють цінність для людини і визначають сенс і, відповідно, напрямок її діяльності.

Мотив представлений суб'єкту у вигляді специфічних переживань, що характеризуються або позитивними емоціями від очікування втілення образів, або негативними - викликаними невідповідністю наявного положення ідеальному. Для усвідомлення мотиву потрібна внутрішня робота – мотивація, що являє собою психофізіологічний процес, який керує діяльністю людини, визначаючи спонукання до дії, спрямованість, організацію, активність і усталеність.

Однією зі сфер діяльності людини виступає спорт, який виступає сукупністю різномірних соціальних практик і він виконує в суспільстві не тільки розважальні та рекреаційні, а й виховні функції.

Мотивація підлітків до занять спортом часто вступає у суперечність з мотивами тренерів, що може привести до прихованих або явних конфліктів. Такі конфлікти часто заважають розкриттю спортивного потенціалу підлітків. Тому вважаємо, що дослідження, спрямована на поглиблення розуміння мотивації вихованців дитячо-юнацьких шкіл (зокрема, груп попередньої базової підготовки) до занять спортивною діяльністю є актуальним і своєчасним.

Вважаємо, що у такому дослідженні доцільно використовувати кількісну стратегію, пов'язану з використанням дедуктивного підходу, який спирається на позитивістський підхід природничих наук і є об'єктивістським за своєю сутністю. Кількісна стратегія ґрунтується на зборі числових даних і використанні для їх аналізу методів математичної статистики.

Серед можливих цілей дослідження мотивації до занять спортом (описання, пояснення, оцінка, порівняння, аналіз зв'язків, вивчення причинно-наслідкових залежностей) ми зосереджуємося на описових завданнях, які зазвичай вирішуються шляхом простого збору даних за

допомогою анкетування з використанням валідних методик з подальшою агрегацією даних.

Визначення загальної стратегії та цілей дослідження дозволяє приступити до визначення його дизайну, під яким розуміємо комбінацію вимог щодо збору та аналізу даних, необхідних для досягнення поставленої мети.

У нашому випадку, доцільно застосування так званого крос-секційного дизайну дослідження, який передбачає збір даних щодо великого числа одиниць спостереження, а також використання вибіркового методу з метою репрезентації генеральної сукупності. При цьому дані збирають один раз і вони носять кількісний характер. Далі розраховуються описові і кореляційні характеристики, робляться статистичні висновки.

При цьому вважаємо, що серед наявних методик визначення мотивації («Вивчення мотивації змагальної діяльності» та «Вивчення інтересу до спорту» Г. Бабушкіна, «Вивчення мотивів занять спортом» С. Тропнікова та ін.) найбільш адекватним меті нашого дослідження буде використання методики А. Шаболтас, призначеної для виявлення домінуючих цілей занять спортом, що включає в себе 10 мотивів-категорій, яким відповідають певні висловлювання (судження), подані у формі опитувальника.

Автор методики на основі емпіричних досліджень виділяє такі мотиви до занять спортом: емоційне задоволення; соціальне самоствердження; фізичне самоствердження; соціально-емоційний мотив; соціально-моральний мотив; досягнення успіху в спорті; спортивно-пізнавальний; раціонально-вольовий (рекреаційний) мотив; мотив підготовки до професійної діяльності; цивільно-патріотичний мотив.

Методика А. Шаболтас заснована на виборі одного з попарно поданих суджень. Кожне судження зіставляється з усіма іншими (тобто для 10 мотивів-категорій є 45 пар суджень для зіставлення). Таким чином, оцінка кожного мотиву-судження виконується 9 разів і дає можливість ранжувати мотиви за ступенем їх вираженості (у балах).

Сподіваємось, що опора на визначені підходи до дослідження мотивації підлітків груп попередньої базової підготовки до занять спортом сприятиме подоланню суперечності між різновекторними прагненнями суб'єктів виховного процесу, а також дозволить виявити приховані, проте найбільш впливові чинники, які визначають вибір юними спортсменами спортивної діяльності в якості простору для особистісного розвитку.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ

Невпинний рух розвитку світового спорту ставить принципово нові вимоги до науково-методичного забезпечення підготовки спортсменів. Виникає необхідність створення науково-методологічної інфраструктури, організації процесів управління та інформаційних технологій, призначених забезпечити ефективну розробку і впровадження в практику підготовки спортсменів новітніх досягнень науково-технічного прогресу. Інформаційні технології активно використовуються для розвитку спорту вищих досягнень, зокрема, їх впроваджують в процес тренувань і спортивного відбору, підготовки спортсменів і тестування їх фізичного стану. Інноваційні програмні засоби дозволяють більш ефективно і вдало проводити тренувальні заняття, контролювати фізичні навантаження спортсменів, робити прогнози щодо результатів того чи іншого спортсмена і сприяти отриманню високих результатів в змаганнях і іграх міжнародного рівня (наприклад, в Олімпійських іграх). Метою нашого дослідження є проведення аналізу існуючих розробок і інформаційних продуктів для науково-методичного забезпечення спортивної підготовки.

Наразі існує декілька основних напрямків вдосконалення підготовки висококваліфікованих спортсменів з використанням інформаційних технологій в сучасному спорті: біоелектрографія та її програмне забезпечення для спорту; сучасні методи функціональної діагностики (наприклад біокерування за допомогою БОС-тренінгу); комплексний контроль функціонального стану організму спортсменів з використанням телеметричної системи; моніторинг фізичного здоров'я різних груп населення як основа вдосконалення системи фізичного виховання і спорту; впровадження розглянутих методів в практику фізичної культури і спорту.

Розвиток і впровадження цих підходів в практику спорту має принципове значення для підвищення ефективності системи спортивного відбору, надійності прогнозу успішності змагальної діяльності та синтезу технологій, які зберігають здоров'я спортсмена в спорті вищих досягнень. Науково-методичне забезпечення (НМЗ) здійснюється під час поглиблених медичних обстежень; етапних комплексних обстежень; поточних обстежень; аналізу змагальної діяльності. Інформаційно-комунікаційні технології НМЗ підготовки спортсменів повинні забезпечувати: правильний вибір тестів і їх відповідність метрологічним критеріям надійності, об'єктивності та

інформативності; визначення оптимального обсягу показників для оцінки функціонального стану та рівня підготовленості спортсменів, його достатність, стандартизацію умов і джерел отримання інформації; відповідність методів контролю завданням тестування.

Для проведення етапних комплексних і поточних обстежень створені і використовуються наступні системи:

- Catapult (<http://www.catapultsports.com>) - система віддаленого моніторингу спортсменів за допомогою портативної бездротової аналітичної платформи, що забезпечує підвищення результативності роботи гравців без їх перевантаження, на основі фактичних даних;

- Myotest (<http://www.myotest.com>) - це комплексне рішення моніторингу фізичних показників спортсменів, збору і аналізу біомеханічних даних. Дане програмне забезпечення дає можливість проводити аналіз результатів біомеханіки спортсменів, можна вивчати і порівнювати показники за певний період часу і між декількома спортсменами, розміщувати і порівнювати інформацію в інтернеті;

- SMARTSPEED (<http://www.fusionsport.com>) - це система тренування, тестування і розвитку реакції. Бездротові ворота встановлюються на полі, корті або льодовому майданчику та віддалено контролюються планшетним комп'ютером. Всі дані автоматично зберігаються і надалі зберігаються на РС. Система дозволяє здійснювати таймінг і тестування, розвиток різних видів реакцій, тактичне моделювання вправ та ігор.

Для аналізу змагальної діяльності розроблені додатки для відеоаналізу, наприклад Dartfish (<http://www.dartfish.ru/home/home.jsp>). Програмне забезпечення використовує цифрову відеографіку, щоб забезпечувати зворотний візуальний зв'язок, не перериваючи тренування і дозволяє ретельно проаналізувати матчі, результативність команд і гравців, а також відтворює ситуацію гри зі створених архівів.

У програмах науково-методичного забезпечення спортивної підготовки також велика роль відводиться психологічній та психофізіологічній підготовці.

ВІДКРИТІ ОСВІТНІ РЕСУРСИ ДЛЯ САМООСВІТИ СТУДЕНТІВ ФІЗКУЛЬТУРНИХ ВИЩИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Викладачі вищих закладів освіти (ВЗО) наразі все частіше стикаються з нагальною потребою відповідати вимогам часу і використовувати всі новітні технічні засоби передачі інформації, адже сучасний студент - це людина, інформаційні компетенції якої набагато більш розвинуті, ніж всі інші, що також необхідні для людини, яка здобуває вищу професійну освіту. Внаслідок цього, створення відкритих освітніх ресурсів як відкритого джерела академічних знань має велике значення і важливість не тільки для викладачів, а й для державних організацій і структур. Відкриті освітні ресурси - цифрові матеріали, які можуть бути повторно використані для викладання, навчання, досліджень та іншого, які зроблені доступними за допомогою відкритих ліцензій.

Програма «Відкриті освітні ресурси» (OpenEducationalResources) була створена з ініціативи ЮНЕСКО в 2002 році з метою підтримки досягнень в освіті, поліпшення системи освіти, заохочення до обміну знаннями та накопичення професійних знань, доступних для будь-якої людини з будь-якої точки світу. Розробка цієї програми відбувається в межах напряму діяльності ЮНЕСКО «Освіта для всіх (EducationForAll)» і спрямована на посилення ролі освіти для всіх, незалежно від віку, статі та расової приналежності.

Застосування відкритих освітніх ресурсів можливе за декількома напрямками: використання відкритих даних для створення і вдосконалення навчальних інструментів і освітніх платформ та розробка на основі відкритих даних організаційних умов; використання інформаційних програм для координації освітніх процесів (розклад занять, заходів, інструменти для порівняння) та використання даних як матеріалу, з яким можуть працювати самі студенти - для створення своїх навчальних проектів або для самостійної оптимізації свого навчального процесу.

Одним з найбільших міжнародних проектів в цій галузі є LinkedIn, який за форматом являє собою консорціум освітніх організацій, в тому числі університетів, які так чи інакше зацікавлені в дослідженнях. За два роки свого існування цей проект встиг залучити до цієї теми ряд навчальних організацій і зібрати багато інформації про використання відкритих даних в освіті. Освіта розуміється в самому широкому сенсі: починаючи з освітніх інститутів і закінчуючи неформальним навчанням.

Як приклад користувальницького додатка для неформального взаємодії можна навести нідерландський проект Konnektid. Це система, яка шукає за географічною ознакою людей, що мають досвід в тому чи іншому виді діяльності і бажаючих цим досвідом поділитися. Людина, яка хоче чогось навчитися, шукає відповідний напрям за ключовими словами і в підсумку бачить, чи є поблизу хтось, з ким можна зв'язатися на предмет навчання. Чим більше людей підключаються до проекту, тим більше його потенційна ефективність.

Didactalia.net - це переважно іспаномовна система для пошуку навчальних матеріалів для викладачів і студентів, а також агрегатор освітніх ресурсів, зроблених на основі пов'язаних даних. Крім того, це співтовариство, в якому викладачі розміщують свої матеріали, щоб їх могли використовувати інші викладачі або студенти. Відвідуваність ресурсу оцінюється в 45 000 унікальних користувачів на добу.

Всі вищенаведені приклади демонструють використання відкритих даних для створення інструментів і вдосконалення освітніх процесів, але не в якості того матеріалу, з яким студенти (або викладачі) працюють безпосередньо. Тим часом, таке застосування також обговорюється і застосовується.

До відкритих освітніх ресурсів для вищої освіти можна віднести: сайти ВНЗ - університетів, академій, інститутів; сайти підрозділів ВНЗ (факультети, кафедри); персональні сайти / сторінки викладачів; сайти тематичних науково-освітніх проектів; сайти системи дистанційної освіти (їх відкриті частини).

Існуючі відкриті освітні ресурси можуть бути використані для: поглиблення власних знань; вивчення основних понять та ідей в своїй професійній сфері; визначення границь знань за межами своєї професійної діяльності; вивчення додаткового матеріалу стосовно досліджуваного предмета; розробка навчального плану для свого курсу; вивчення нових методів викладання; вирішення завдань, пов'язаних з роботою над своїми проектами; підготовки до майбутніх досліджень; планування напрямків дослідження.

Проаналізувавши існуючі на даний момент відкриті освітні ресурси, визначено, що ці джерела інформації є унікальним доповненням до існуючого освітнього процесу. Вони є корисними не тільки для студентів, а й для викладачів, які самі навчаються протягом всієї викладацької діяльності, отже відкриті освітні ресурси це своєрідний майданчик для обміну досвідом, знаннями, своєрідні курси підвищення кваліфікації.

ВПЛИВ КОНДИЦІЙНОГО ПЛАВАННЯ НА ФІЗИЧНИЙ СТАН ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ

Сьогодні в Україні особливо гостро постає питання поліпшення рівня здоров'я і фізичної підготовленості людей зрілого віку, що пов'язано з незадовільним їхнім станом та тенденцією до подальшого погіршення. У теперішній час безперечно актуальним є дослідження, котрі спрямовані на пошук нових шляхів підвищення загального фізичного стану жінок зрілого віку, зокрема, за рахунок використання фізичних вправ з найбільш високим загальнооздоровчим ефектом. На думку багатьох фахівців у галузі фізичної культури і спорту досить перспективним може бути впровадження у в "фізкультурне життя" жінок кондиційного тренування, зокрема плавання, яке здатне поєднувати в собі елементи оздоровчого та спортивного тренування.

Аналіз науково-методичної літератури за темою дослідження показав, що однієї з причин недостатньої ефективності системи занять з фізичного виховання серед жінок першого зрілого віку є застарілий підхід до змісту процесу фізичного виховання, котрий вже не відповідає інтересам сучасної людини та потребує ретельного перегляду на основі використання у цьому процесі новітніх оздоровчих технологій, зокрема, засобів кондиційного тренування.

Для підвищення ефективності процесу занять плаванням жінок першого зрілого віку нами була розроблена програма кондиційного плавання, яка спрямована на поступову адаптацію організму до фізичного навантаження, на розвиток і подальше збереження високого рівню функціонального стану та фізичної підготовленості та проведена її експериментальна оцінка.

Отримані в ході експерименту результати свідчили про те, що застосування в процесі занять фізичною культурою та спортом жінок першого зрілого віку в авторської програми з кондиційного плавання сприяло істотному поліпшенню їх загальної й спеціальної фізичної підготовленості й функціонального стану провідних фізіологічних систем організму (серцево-судинної й дихальної).

Встановлено, що к моменту закінчення річних занять за експериментальною програмою з кондиційного плавання у жінок спостерігалися достовірно ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) більше високі, ніж у контрольній групі, величини практично усіх параметрів, що характеризують стан спеціальної фізичної підготовленості й кардіо-респіраторної системи організму:

- для жінок експериментальної групи були характерні більше високі, ніж у представників з контрольної групи, рівні спеціальної швидкісної (на 19% - 43%), силової (на 27% - 43%), технічної (на 21% - 36%) підготовленості, гнучкості (на 21% - 79%) і спеціальної витривалості (на 62% - 73%);

- у жінок експериментальної групи к моменту завершення дослідження реєструвались достовірно більш кращі, ніж у контрольній групі, величини показників серцево-судинної системи (на 4% - 26%), системи зовнішнього дихання (на 12% - 27%) і показників, що характеризують ступінь напруги регуляторних систем організму (на 42% - 48%);

- у значної кількості жінок експериментальної групи (48,57%) спостерігалось поліпшення фізичного стану їхнього організму.

Отримані результати свідчили про високу ефективність розробленої й використаної серед жінок першого зрілого віку програми з кондиційного плавання в процесі занять фізичною культурою.

УДК 378.018

Порада О.В.

старш. викл. ЗНТУ

ДІЛОВА ГРА, ЯК ЗАСІБ АКТИВАЦІЇ ІНТЕРАКЦІЇ МІЖ ВИКЛАДАЧЕМ І СТУДЕНТОМ У ЗВО

Аналіз робіт сучасних науковців показує, що в умовах соціально-економічних і політичних зрушень в Україні і світі, загалом, найважливішим завданням вищої освіти є підготовка компетентного фахівця, який не лише володіє сукупністю професійних знань, практичних умінь і навичок, а виявляє здатність досягати поставленої мети в різних соціокультурних контекстах, що змінюються у відповідності до актуальних трендів професійного середовища. Саме тому важливим аспектом підготовки фахівця є формування навичок професійної самоактуалізації. Таким чином, для закладів вищої освіти (ЗВО) є важливим інтенсивний пошук нового в теорії та практиці професійної освіти і виховання, де особливої актуальності набуває інновація, активність та інтерактивність студентів.

Одним із методів інтерактивного навчання є ділова гра, використання якої в навчальному процесі ЗВО сприяє досягненню конкретних завдань, структуруванню системи ділових стосунків учасників, а також є засобом і методом підготовки й адаптації студентів до трудової діяльності та соціальних контактів.

Ділову гру розглядають як комплексну, багатофункціональну дію, у межах якої сполучено декілька взаємопов'язаних видів активності: аналіз і пошук розв'язання проблем, навчання, розвиток, дослідження, консультування, формування колективної діяльності.

Ділові ігри класифікують за часом проведення (ігри без обмежень часу, з обмеженням часу, в реальному часі); за оцінкою діяльності (гру кожного учасника оцінюють або ні); за остаточним результатом (ігри з жорсткими правилами та відкриті ігри); за завершальною метою (навчальні, пошукові, констатуючі); за методологією проведення (рольові, групові, імітаційні, організаційно-діяльнісні, інноваційні, ансамблеві); за сферою використання (промислові, дослідницькі, навчальні, кваліфікаційні); за призначенням (навчальні та дослідницькі).

Ділова гра, імітуючи окрему ситуацію, дає змогу розв'язувати конкретно сформульовані завдання та проблеми, розробляти методи розв'язання проблем. Вона має жорстку структуру і правила, її головною функцією є вироблення навичок та вмінь діяти у стандартних ситуаціях. Ділову гру використовують для засвоєння нового та закріплення старого матеріалу, вона дає можливість студентам зрозуміти і вивчити навчальний матеріал з різних позицій.

У вищому навчальному закладі застосовують різноманітні модифікації ділових ігор: імітаційні, операційні, рольові ігри, діловий театр, психо- і соціодрама.

Ми згодні з дослідниками, які зауважують, що застосування ділових ігор під час навчання у виші дає змогу максимально наблизити навчальний процес до практичної діяльності, врахувати реалії сьогодення, приймати рішення в умовах конфліктних ситуацій, відстоювати свої пропозиції, розвивати в учасників гри колективізм та відчуття команди, отримати результати за досить обмежений час.

Отже, використання ділових ігор в ході опановування студентами теоретичного матеріалу значно стимулює їхню навчально-пізнавальну діяльність, позитивно впливає на отримання нових професійних компетентностей й практичного досвіду, на розвиток мотиваційних, особистісних, ділових та інтегративних якостей, що є основою професійної самоактуалізації. Отже, ділові ігри є одним з засобів активації інтеракції між викладачем і студентом у ЗВО.

ЗДОРОВ'Я ЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ

На сучасному етапі реформаційних перетворень в Україні здоров'я громадян є одним із складників національного розвитку, у зв'язку з цим збереження та зміцнення здоров'я населення є головним завданням професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту. Сучасна освіта характеризується широким впровадженням технологічного підходу. Аналіз сучасних досліджень та публікацій свідчить про підвищення інтересу до взаємозв'язку здоров'я людини та її працездатності.

Поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності освітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я людей. Під здоров'язбережувальними технологіями вчені пропонують розуміти: - сприятливі умови навчання; - оптимальну організацію навчального процесу; - повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Пошук ефективної організації професійної підготовки студентів, педагогічних умов формування пізнавальної активності, що здатні створити сприятливу атмосферу для успішного розвитку, саморозкриття та самореалізації особистості, тривалий час залишається актуальним напрямом науково-педагогічних досліджень

Великого значення для майбутньої професійної діяльності відіграють заняття зі спортивних дисциплін, зокрема «Спортивно-педагогічного вдосконалення». Однак, нерозуміння сприятливого впливу фізкультурної діяльності на стан здоров'я, невисока мотивація до практичних занять, нерозвиненість навичок самоконтролю і неадекватне сприйняття стану власного організму призводять до формального відношення студентів до свого здоров'я, його збереження і зміцнення. У зв'язку з цим перед системою освітньої підготовки ставиться завдання обґрунтування змісту, засобів і методів, які сприяють ефективному формуванню готовності студентів до здоров'язбережувальної фізкультурної діяльності, підвищення рухової активності як провідних факторів фізичного виховання оздоровчої спрямованості.

До здоров'язбережувальних технологій ми відносимо різноманітні фітнес-програми.

Серед оздоровчих програм в процесі вивчення дисципліни «Спортивно-педагогічне вдосконалення» слід виокремити «Оздоровчі види гімнастики», яка включає оздоровчу аеробіку, ритмічну, гігієнічну та професійну гімнастику, стрейтчинг, пілатес та йогу. Ці програми мають ряд переваг серед інших видів фізичної активності: вони не вимагають великих приміщень і дорогого обладнання для занять, можуть проводитися зі студентами всіх курсів. Крім цього, ми вважаємо, що пілатес є чудовим засобом естетичного і морального виховання: завдяки таким вправам не лише покращується здоров'я, а й формуються красива фігура, правильна постава й енергійна хода, поліпшується координація рухів, виробляється сила волі, витримка і впевненість у собі.

В той же час, студенти стають більш дисциплінованими, організованими, витриманими. Фізичні вправи за системою пілатес допомагають поліпшити психічний стан, кровообіг і захистити організм від серцевих захворювань, і внаслідок цього підвищують гостроту мислення.

Серед напрямків подальших наукових пошуків важливо виокремити проблему визначення конкретних організаційно-педагогічних умов, спрямованих на формування здоров'язбережувальних компетентностей. Поряд з традиційними засобами і методами проведення навчально-тренувальних занять з метою професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту, необхідно впроваджувати у навчальний процес нетрадиційні форми і методи фізичних вправ, серед яких нами був визначений пілатес, як найбільш універсальна система для різних верств населення. У результаті проведеного аналізу фахової літератури, стає зрозуміло, що визначені основні узагальнені принципи здоров'язбережувальних технологій, відмічена їх виняткова важливість у формуванні здоров'язбережувальної компетентності, проте, немає чітких шляхів, організаційних і педагогічних умов упровадження зазначених технологій в сучасний навчально-педагогічний процес.

Отже, в період модернізації освіти України необхідно застосовувати в навчальному процесі новітні технології фізичного виховання оздоровчого напрямку, що використовуються у фітнес-клубах, центрах здоров'я для підвищення мотивації студентів до занять, тобто для професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту.

УДК 796.853.262
Сметанін С.В.
старш. викл. ЗНТУ

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ KSAT ДЛЯ КОНТРОЛЮ СПЕЦІАЛЬНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У КАРАТЕ-ДО

Останнім часом в нашій країні та закордоном все більше науковців присвячують свої праці вивченню окремих аспектів теорії та методики підготовки в карате-до. М.Г. Москвін, Ю.Д. Овчінніков, Л. Міллан зацентрували в своїх працях увагу на питаннях впливу занять з карате на моральні та вольові якості особистості в різні вікові періоди та в різних соціальних умовах. Ю.І. Тимофєєва, Є. Меріута, А.М. Венцес-Брітто зі співавторами, Г.Л. Іонетте зі співавторами та інші зосередили зусилля на аналізі різноманітних біомеханічних характеристик окремих рухів та прийомів карате за допомогою сучасних методів дослідження. В.Г. Саєнко, Д.С. Алхсов, А.Ю. Бокін та інші намагаються систематизувати та проаналізувати результати змагальної діяльності каратистів і вплив різноманітних факторів на їх успішність. Питаннями побудови та планування тренувального процесу та розвитку окремих фізичних якостей засобами карате займалися А.О. Акоюн та М.В. Опейкін, М.С. Скляр, О.В. Глебін, С.Н. Амелін та інші. Проте, не зважаючи на значний обсяг наукових праць, присвячених розгляду питань теорії та методології карате на сучасному етапі його розвитку, окремі питання залишаються не достатньо висвітленими у вітчизняній науковій та методичній літературі. Зокрема, питанням розвитку саме спеціальної витривалості і засобам її контролю в карате науковцями на теренах України та у країнах близького зарубіжжя майже не приділялось уваги.

В той же час в роботах закордонних фахівців нами було знайдено значний обсяг матеріалів стосовно новітніх методів контролю і аналізу спеціальної витривалості в карате, зокрема нашу увагу привернув розроблений Д. Нунаном у 2006 році так званий «Спеціальний аеробний тест карате» (Karate Specific Aerobic Test – KSAT), дослідженню валідності і результативності використання якого для контролю за підготовленістю атлетів в карате присвячено в останні роки багато закордонних наукових досліджень.

Дослідження проводилося на базі відділення СК «Прайд» в м. Запоріжжі. В дослідженні прийняли участь загалом 24 спортсмени Запорізької обласної федерації карате – юнаки 14-15 років, з рівнем кваліфікації відповідним 4-му кю (синій пояс), що випадковим чином за допомогою лотереї були розподілені на контрольну та експериментальну

групи по 12 чоловік у кожній, після перевірки однорідності та однотипності груп, допущених до участі в експерименті. Заняття у контрольній групі проводилися відповідно до загальноприйнятої методики, затвердженої Запорізькою обласною федерацією карате. Спортсмени в експериментальній групі в основній частині заняття протягом 7 місяців тренувального періоду з листопада по травень виконували за розробленою нами схемою комплексу вправ з використанням кругового методу почергово 1 та 2 рази на тиждень з перервами протягом одного тижневого відновлювального мікроциклу після 4-х тижнів тренувального мезоциклу. Наприкінці експерименту, у червні 2018 року були проведені контрольні випробування та атестаційний семінар, на якому в тому числі перевірялися і так звані «кондиційні вимоги», що відповідає контролю за розвитком спеціальної витривалості у загальноприйнятій для фізичного виховання термінології.

За допомогою спеціального розробленого Д. Нуаном тесту KSAT (Karate Specific Aerobic Test) ми визначили рівень розвитку спеціальної витривалості у каратистів 14-15 років в контрольній та експериментальній групі на початку, та наприкінці експерименту. Показники у спортсменів експериментальної групи мали наприкінці дослідження статистично значимі розбіжності з початковими показниками (на рівні $p < 0,05$, що у відносному вираженні склало 12,7%) та з показниками контрольної групи (на рівні $p < 0,1$ тобто 7,6%), в той час як показники за обраним тестом у спортсменів контрольної групи хоч і мали певну тенденцію до зростання, проте не були статично достовірні ($p > 0,1$ лише на 2,1%).

Для перевірки достовірності результатів даного тесту нами також виконувалися контрольні вправи, рекомендовані методичними вказівками Запорізької обласної федерації карате відповідно до атестаційних вимог за програмою WKF (World Karate Federation) та JKA (Japan Karate Association). Спортсмени експериментальної групи більш впевнено виконували вправи, пов'язані з проявом специфічних форм силової та швидкісної витривалості, демонстрували набагато кращі результати при контролі так званих «кондиційних вимог». Було помічено, що покращення рівня спеціальної витривалості позитивно вплинуло і на результативність спортивної діяльності учасників експериментальної групи під час проведення контрольних спарингів (куміте). На жаль, обсяг та завдання безпосередньо даної роботи не передбачав можливості розрахунку та аналізу кореляційної залежності між рівнем спеціальної витривалості та показниками змагальної діяльності у каратистів даної вікової групи, що може бути перспективним напрямком подальших досліджень.

УДК 799.322

Шамардина Г.Н.¹, Кишко А.Ф.²

¹ канд. пед. наук, проф. ЗНТУ

² президент федерации по стрельбе из лука Днепропетровской области

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА СТРЕЛКОВ ИЗ ЛУКА НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ

Внешняя легкость выполнения выстрела скрывает за собой многократные мышечные напряжения спортсмена. Изящность самого оружия является средством спортивной жесткой борьбы за каждое очко, за каждую центровую десятку (Л.В. Косыгина, 2000; И.А. Зозулина, 2001).

Этот вид спорта относится к технически сложным и предъявляет высокие требования к специальной физической подготовке спортсмена, его функциональному состоянию анализаторных систем организма (И.А. Зозулина, 2001, Е.В. Воронина, 2002).

Современная спортивная тренировка на этапе специализированной базовой подготовки стрелков должна носить специализированный характер. Специфичность заключается в том, что при выполнении выстрела особую роль играет развитие тонкой мышечной координации, состояние центральной нервной и нервно мышечной систем, что напрямую зависит от состояния анализаторных систем организма.

Практика соревновательной деятельности стрелков из лука на этапе специализированной базовой подготовки, когда спортсмены уже выходят на достаточно высокий уровень, показывает, что, тем не менее, физическая подготовка и функциональное состояние центральной нервной системы спортсмена на данном этапе еще не соответствует возросшим современным требованиям и жесткой конкуренции в спорте. Поэтому, поиск формирования методов развития специальной работоспособности, оптимизация структуры построения тренировочного процесса стрелков из лука имеет особое значение. Существенные напряжения сердечно-сосудистой системы при адаптации к специфическим нагрузкам силового характера, отсутствие должной способности к задержке дыхания при выполнении выстрела способствует увеличению колебаний оружия стрелков, влечет за собой ухудшение точности стрельбы.

Целью исследования было обосновать и экспериментально проверить методику построения учебно-тренировочного процесса стрелков из лука на этапе специализированной базовой подготовки направленную на повышение специальной подготовки.

Задачи исследования:

1. На основе литературного обзора определить современное состояние проблемы интенсификации тренировочного процесса стрелков из лука.

2. Выявить уровень специальной физической и функциональной подготовки спортсменов.

3. Экспериментально обосновать эффективность использования разработанной технологии учебно-тренировочного процесса для стрелков из лука на этапе специализированной базовой подготовки.

Анализ учебно-тренировочного процесса стрелков из лука позволил выявить, что тренировки носят узкоспециализированный характер. Длительное воздействие соревновательных нагрузок отражается на состоянии «спортивной формы» спортсменов и способствует снижению специальной физической подготовленности. Данный факт свидетельствует о низкой эффективности тренировочного процесса.

Повышению мастерства стрелков из лука способствует дифференцированное распределение тренировочной нагрузки с учетом разного уровня их специальной физической подготовленности. Отношение силы мышц правой руки, по отношению к силе лука, должна составлять не менее 62%. Отношение силы мышц вытянутой руки стрелка с учетом укомплектованного лука должна составлять не менее 86%. Критерием специальной выносливости лучника является максимальное время удержания лука в положении прицеливания, которое должно составлять не менее 40 с.

Как показали данные, полученные в ходе нашего исследования, методика учебно-тренировочного процесса квалифицированных стрелков из лука должно быть направлено на увеличение объема упражнений координационного характера специальной физической и функциональной подготовки.

УДК 794.24

Шамардина Г.Н.¹, Панченков Б.С.²

¹ канд. пед. наук, проф. ЗНТУ

² тренер-преподаватель ДЮСШ №1 г. Запорожье

ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ ШАШИСТОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПОРТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ

В отличие от других видов спорта, большинство из которых характеризуется активной двигательной деятельностью, шашечная игра - это единоборство двух интеллектов. Большая длительность отдельной партии (в турнире с участием мастеров и гроссмейстеров до 5 часов) и турнира в целом (в среднем две недели). Помимо собственно игры, шашисты затрачивают

время на подготовку к партиям и анализу сыгранных позиций, что еще больше увеличивает их рабочий день. Все это способствует увеличению нагрузок, которые испытывают участники шашечных соревнований.

Большая нагрузка на мозг и сердечно-сосудистую систему шашистов, что обусловлено перечисленными выше особенностями шашек как вида спорта и нередко вызывает серьезные сдвиги в организме спортсмена. Так, частота сердечных сокращений у участников турниров возрастает до 140 уд/мин. Известны случаи, когда за время ответственного соревнования шашисты теряли в весе до 10 килограммов.

Все вышеперечисленные особенности шашечной деятельности легли в работу по построению системы подготовки шашистов. Так, В.А. Алаторцев отмечает, что процесс шашечной тренировки состоит из общей и специальной подготовки, которые взаимосвязаны друг с другом. Исследуя вопросы шашечной подготовки, необходимо создать комплексную методику тренировки, разработать систему шашечных соревнований, позволяющей улучшить спортивные результаты и повысить уровень физической подготовки.

Общая подготовка, по мнению В.А. Алаторцева, направлена, прежде всего, на всестороннее шашечное образование и развитие необходимых качеств шашиста-спортсмена. Специальная подготовка шашиста осуществляется в непосредственной связи с овладением и совершенствованием мастерства на базе уже приобретенных навыков и умений общей подготовки. Эта особенность шашек оказывает детерминирующее воздействие на всю систему подготовки в целом, где в отличие от других видов спорта центральное место занимает специализированная шашечная подготовка, в то время как общая физическая подготовка решает лишь задачи общего характера, направленные на поддержание и укрепление здоровья спортсмена. Занятия этим видом спорта начинается в период младшего школьного возраста, когда создается фундамент всестороннего физического развития.

В последние годы по данным различных авторов отмечается резкое снижение уровня состояния здоровья и физической подготовленности школьников. Решение данной проблемы на наш взгляд актуально.

Исследованиями установлено, что чаще всего причиной различных отклонений в физическом развитии и состоянии здоровья детей является недостаточная двигательная активность, которая прогрессирует с каждым годом. Общепринятые уроки физической культуры в школе не могут в полной мере компенсировать недостаток двигательной активности детей. Поэтому возникает необходимость организации высокоэффективных занятий по физической подготовке в первую очередь для детей младшего школьного возраста, так как именно в этот возрастной период формируются важные

базовые умения и навыки, благоприятно развиваются практически все физические качества, и главное, создаётся фундамент двигательной деятельности.

В процессе занятий физической культурой и спортом осуществляется умственное развитие занимающихся, имеющее две стороны – образовательную и воспитательную. Первая связана с вооружением специальными знаниями, вторая – с развитием умственных качеств занимающихся (Н.И. Пономарев).

Проведенные предварительные исследования показали, что уровень физической подготовленности мальчиков и девочек младшего школьного возраста, которые занимаются шашками в ДЮСШ на этапе начальной подготовки первого года обучения, находится на уровне ниже среднего.

Полученные данные послужили базой для разработки методики построения учебно-тренировочного процесса, направленной на повышение физической и функциональной работоспособности юных шашкистов. Программа включала в себя специально подобранные физические упражнения и методы, которые в процессе учебно-тренированных занятий позволяют компенсировать недостающую двигательную активность, увеличить базу специальных двигательных умений и навыков. Внедрение результатов исследования в практику стабилизировало тренировочный процесс, улучшило спортивные результаты и повысило мотивацию для дальнейшего спортивного совершенствования.

УДК 342.72

Курта Є.О.

канд. юр. наук, доц. ЗНТУ

ОСОБЛИВОСТІ ЗАКОНОДАВЧОГО ВРЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНОЇ ДЕТЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

Приватна детективна діяльність у правоохоронній практиці на сучасному етапі становлення України як європейської держави є одним із завдань, вирішення якого сприятиме реалізації прав людини на життя, здоров'я та недоторканності, захист її законних прав та інтересів, особистого життя. В розвинених країнах світу забезпечення зазначених прав людини покладається не тільки на державні правоохоронні органи, але й на приватні організації (детективні бюро, приватні охоронні служби тощо) і надання приватних детективних послуг визнано на державному рівні та врегульовано законодавством.

На сучасному етапі розвитку нашої держави в законах немає прямої заборони на здійснення детективної діяльності, але й немає і законодавчого її регулювання. Діяльність деяких детективних агентств в умовах законодавчого вакууму у цій сфері іноді перетворюється на банальне фіктивне підприємництво та шахрайство. Проте їх виникнення і поширення на території України, навіть без належного правового регулювання, свідчить про об'єктивну затребуваність з боку суспільства у їх діяльності, але відсутність контролю та належного правового регулювання створює сприятливі передумови для правопорушників. Часто вони реєструються як звичайні юридичні контори проте їх послуги потенційно можуть виходити за рамки закону. Така ситуація призводить до несприятливих для клієнтів наслідків і вимагає виправлення. Таким чином, правове врегулювання здійснення приватної охоронної діяльності в Україні шляхом прийняття Закону «Про приватну детективну (розшукову) діяльність» є необхідним на сучасному етапі розвитку держави.

В Україні, починаючи з 2000 року існувала достатньо велика кількість спроб законодавчого регулювання здійснення детективної (розшукової) діяльності приватними структурами. На розгляд Верховної Ради України в різні часи вносились проекти Законів України «Про приватну детективну діяльність», зокрема наступні: проект Закону України № 5237 від 05 квітня 2000 р. (автор – народний депутат Ю. Кармазін); проект Закону України № 5380 від 7 квітня 2004 р. (автори – народні депутати В. Кафарський, О. Бандурка та В. Мойсик), проект Закону України № 5380-1 від 1 липня 2004 р. (автори – народні депутати Ю. Кармазін, В. Онопенко та М. Оніщук); проект Закону України № 2120 від 25 лютого 2008 р. (автор – народний депутат В. Мойсик), проект Закону України № 1093 від 13 грудня 2012 р. (автори – народні депутати В. Швець, В. Малишев). Жоден із вказаних законопроектів не знайшов підтримки у Верховній Раді України і не був прийнятий.

Прогресивним кроком для законодавчого врегулювання можливості здійснення в Україні приватної детективної діяльності є внесення на розгляд Верховної Ради України проекту Закону України «Про приватну детективну (розшукову) діяльність» № 3726 від 28.12.2015 (автори – народні депутати України М. Паламарчук, А. Кожем'якін, О. Продан, А. Тетерук) та прийняття його за основу у першому читанні (Постанова ВРУ від 19.04.2016 № 1112-VIII) з рекомендаціями доопрацювання вказаного законопроекту та внесення його на розгляд Верховної Ради України у другому читанні.

13 квітні 2017 року Закон України «Про приватну детективну (розшукову) діяльність» був прийнятий Верховною Радою в цілому та 3 травня 2017 року підписаний Головою ВРУ та направлений на підпис Президенту України. Таким чином, законодавче врегулювання приватної

детективної діяльності мало зробити детективну (розшукову) діяльність легальною, ефективною, незалежною.

Але Президент України не погодився із окремими положеннями цього Закону та 6 червня 2017 року повернув його для повторного розгляду з пропозиціями узгодити його положення з нормами законодавчих актів, які є базовими у відповідних сферах правового регулювання. На даний момент Комітет з питань законодавчого забезпечення правоохоронної діяльності розглянув та врахував зауваження та пропозиції Президента.

Прийняття вказаного Закону з урахуванням внесених змін дозволить остаточно врегулювати даний вид діяльності і остаточно вирішити питання про допустимість даного виду діяльності в Україні.

УДК 796

Миргородський О.В.

старш. викл. ЗНТУ

МЕТОДИКА РОЗВИТКУ РУХОВИХ ЯКОСТЕЙ ЗДОБУВАЧІВ ПОВНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ НА ОСНОВІ КОЛОВОГО ТРЕНУВАННЯ

Одним із завдань процесу фізичного виховання у загальноосвітній школі є розвиток у дитини таких фізичних якостей, як витривалість, спритність, гнучкість та швидкість. Одним з перспективних засобів розвитку фізичних якостей здобувачів повної середньої освіти є метод колового тренування.

Колове тренування - це форма організації тренування (уроку, заняття) силового та/або аеробної спрямованості, що виконується за циклічної схемою і має на увазі опрацювання певних м'язів тіла та/або комплексного впливу. Колове тренування передбачає мінімальний відпочинок між вправами і виконання відразу декількох циклів («кіл») вправ за одне заняття.

При використанні методу колового тренування досягається максимальний ефект у розвитку рухових якостей учнів, завдяки тренуванням м'язового та нервового апарату в умовах обмеженого часу та чіткого індивідуального дозування вправ, регулярного їх чергування з відпочинком.

Колові тренування є ефективним методом збільшення витривалості серцево-судинної системи дитини, зміцнення роботи дихальної та м'язової систем.

Колове тренування не зводиться до використання якихось конкретних вправ або якогось одного тренувального методу, а є комплексною

організаційно-методичної формою організації рухових дій, що базується на використанні ряду окремих фізичних вправ

Узагальнення світового досвіду використання колового тренування на практиці дає підстави виділити екстенсивно – інтервальний метод проведення уроків з фізичного розвитку здобувачів повної середньої освіти як найбільш ефективний.

Зміст цього методу полягає в якісному виконанні окремих рухів з великою амплітудою в оптимальному для учня темпі. На виконання вправи та відпочинок виділяється однакова кількість часу, в середньому, по 30 секунд. Застосування певних стандартів під час колового тренування та відпочинку дозволяє зберігати на уроці дисципліну, а вчителю дає можливість стежити за тим, щоби всі учні виконували запропоновані вправи коректно. Чергування напруженої роботи з повноцінним відпочинком при систематичному зростанні навантажувальності дозволяє розвинути рухові якості, силову витривалість учнів, підвищити швидкісну силу.

Для проведення колового тренування учні, розділені на невеличкі групи (3-6 осіб), пересуваються «по колу» від одного спортивного снаряда до іншого для виконання чергової вправи. Після закінчення виконання чергової серії вправ учні повертаються до першого снаряда, таким чином, утворюється «коло».

В науково-методичній літературі можна знайти кілька варіантів проведення колового тренування:

- заснований на застосуванні безперервного методу. Тренування проводиться без перерви на відпочинок та передбачає проходження кожним учнем двох-трьох кіл вправ. Використання даного методу дозволяє розвинути силову витривалість, збільшити загальний фізичний розвиток;

- заснований на екстенсивно-інтервальному підході, що дозволяє розвинути силову та швидкісну витривалість учнів;

- колові тренування, в основі яких лежить застосування інтенсивно-інтервального методу, що дозволяє досягати максимальної ефективності при вдосконаленні швидкості, сили, силової витривалості.

Отже, аналіз літератури, методичних рекомендацій, які розглядають проблематику колових тренувань, дозволяє зробити висновок, що цей метод необхідно використовувати у процесі фізичного виховання учнів середньої школи з метою розвинування їх фізичних якостей.

УДК 796.013.3:797.212+21

Донец А.Ю.¹, Глущенко Н.В.²

¹ студ.гр. УФКС-127 ЗНТУ

² канд. наук з фіз. вих. і спорту, доц. ЗНТУ

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕЖИМУ ДНЯ СТУДЕНТІВ ВИЩІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Відомо, що фізичне здоров'я – стан функціонування організму людини як живої системи, що характеризується повною її врівноваженістю із зовнішнім середовищем та відсутністю будь-яких виражених хворобливих змін. Необхідною умовою здоров'я є його норма. У кожної людини своя фізіологічна та патологічна міра відхилення від норми. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури дозволив скласти загальне уявлення про стан здоров'я студентської молоді, а також шляхи та можливості його зміцнення. Важливим аспектом нормального фізичного стану молоді можна та потрібно вважати здоровий спосіб життя без шкідливих звичок, оптимізацію режиму дня, системності в заняттях фізичною культурою та скорочення часу роботи на комп'ютері.

Визначені та впроваджені у життя студентів пріоритетні оздоровчі методи підвищення їх фізичного стану. А саме, нами були розроблені практичні рекомендації, основою котрих стали питання режиму дня, повноцінного сну, регулярного й збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок, скорочення роботи за комп'ютером. На нашу думку усі ці складові можна вважати чинниками доброго здоров'я та його корекції. Результати перевірки вихідних значень фізичного стану студентів обох груп на початку експерименту дали змогу констатувати, відхилення у стані здоров'я досліджуваного контингенту. Так, ЧСС у спокої за хвилину підтвердила підвищений пульс в обох групах, що говорить про схильність до тахікардії (85 ± 5 в контрольній та 86 ± 4 уд/хв в експериментальній); результати ортостатичної проби виявилися задовільними, та складала 3 ± 1 балів в обох групах; кількість балів при вимірюванні проби Руф'є межувала з нормами, котрі належали вже до підготовчої медичної групи, а саме 11 ± 1 балів у контрольній та 12 ± 1 балів в експериментальній; й нарешті, кількість ОРВІ за півріччя в контрольній та експериментальній групі склали 3 ± 1 та 4 ± 1 разів, відповідно.

Наприкінці педагогічного експерименту відбулось суттєве покращення результатів фізичного стану студентів експериментальної групи, а саме ЧСС нормалізувалась та становила 80 ± 4 уд/хв, ортостатична проба із задовільної зросла до відмінної та складала 1 ± 1 балів, Проба Руф'є покращилась на 4 бали й мала значення 8 ± 1 , відповідно а кількість

захворювань значно скоротилась та складала 1 ± 1 разів. В той же час результати контрольної групи не тільки не покращились, а й стали гіршими. Так ЧСС, ортостатична проба, Проба Руф'є та кількість захворювань відповідали наступним значенням 87 ± 4 уд/хв, 3 ± 1 балів, 12 ± 1 балів, 3 ± 1 разів, відповідно.

Отже, данні нашого експерименту дозволили зробити аналіз отриманих результатів та сформуванати належні висновки щодо можливості покращення й зміцнення здоров'я студентів ВНЗ.

УДК 769

Біла Х.С.¹, Корж Н.Л.²

¹ студ. гр. УФКС-114 ЗНТУ

² канд. наук з фіз. вих. і спорту, доц. ЗНТУ

РОЗВИТОК СИЛОВОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У ЮНАКІВ 16-17 РОКІВ ЗАСОБАМИ СИЛОВОЇ АЕРОБІКИ «FLOOR WORK»

Тривожні тенденції щодо стану здоров'я, фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей і молоді вказують на те, що використання засобів та методів в організації проведення уроків з фізичної культури у ЗОЗ відбувається за стандартною системою, що в свою чергу негативно впливає на рівень розвитку фізичних якостей школярів, зокрема силової витривалості.

Незважаючи на численні дослідження, актуальною залишається проблема, щодо пошуку нових шляхів та форм в організації процесу «Фізичного виховання» у ЗОШ.

Мета – вдосконалити процес організації занять з фізичної культури учнів старших класів засобами силової аеробіки «Floor work» та визначити її вплив на розвиток силової витривалості юнаків 16-17 років.

Об'єкт дослідження – процес фізичного виховання учнів старших класів загальноосвітніх закладів.

Предмет дослідження – засоби сучасних різновидів фітнес-технологій «Floor work» в системі проведення занять з фізичної культури у юнаків 16-17 років.

Результати педагогічного тестування, спрямованого на вивчення показників розвитку силової витривалості, свідчать про те, що на початку навчального року більшість юнаків 16-17 відповідали низькому та нижче середнього рівням.

Показники розвитку динамічної сили: низький рівень юнаки мають за результатами тестування піднімання тулуба в сід за 1 хв. $27,61 \pm 0,45$; рівень нижче за середній ми спостерігаємо у тестуванні сили рук: підтягування

6,65±0,33, згинання і розгинання рук в упорі лежачи 23,77±0,01 та тестуванні вибухової сили (стрибок у довжину з місця) 207,1±0,01.

Показники розвитку статичної сили: низький рівень розвитку учні показали у вправах: упор кутом 3,8±0,51 та вис на зігнутих руках 23,65±0,23; середній рівень юнаки мають у тестуванні сили ніг (на пів присід у положенні стійка ноги нарізно, руки за голову) 21,01±0,04 та у виконанні вправи (вис кутом) 7,61±0,23.

Також ми відзначаємо, що на початку експерименту високого рівня розвитку сили не спостерігався у жодного юнака-старшокласника.

Тому нами було запропоновано впровадження – «Floor work» на уроках фізичної культури у юнаків старших класів.

«Floor work» – у перекладі з англійської (в партері, на підлозі). У нашій методиці це виконання силових вправ без обтяжень і на підлозі.

У таблиці 3.1. представлено розподіл фізичного навантаження та добір музичного темпу для занять «Floor work» в залежності від рівня фізичної підготовленості юнаків.

Таблиця 1 – Розподіл фізичного навантаження та добір музичного темпу для занять «Floor work»

Рівень фізичної підготовленості	Час виконання	Розминка Warm up	Силова робота Floor work
Низький рівень Beginners	1хв.-1хв.30с.	122-128 уд./хв.	122-126 уд./хв.
Середній рівень Just	1хв.30с.-2хв.	124-130 уд./хв.	126-128 уд./хв.
Високий рівень (HI-LI)	2хв-2хв.30с.	128-130 уд./хв.	128-130 уд./хв.

Результати тестування статичної та динамічної сили юнаків після експерименту вказують на те, що покращення з достовірною значущістю відбулося за більшістю показників ($p < 0,05$ та $p < 0,01$) і тільки покращення результату у виконанні вправи стрибок у довжину з місця, не має достовірного значення ($p > 0,05$).

Також ми відзначаємо, що у виконанні таких вправ, як вис кутом та упор кутом залишилася диспропорція результатів. Це вказує на те, що вправа упор кутом для більшості юнаків залишається більш важкою у виконанні та не стандартною вправою.

Вчителями з фізичної культури ЗОШ №90 було відзначено, що важливим показником, щодо впровадження силової аеробіки на уроках з ФК є: підвищення загальної та моторної щільності уроку; можливість її застосування незалежно від теми занять, будь то спортивні ігри, або гімнастика. Також було відзначено, що використання музичного супроводу

під час проведення занять сприяло підвищенню інтересу, емоційного фону занять, що в свою чергу позитивно вплинуло на частоту відвідування занять.

УДК 796.322.015:004

Івака С.С.¹, Чередниченко І.А.², Брухно Е.Л.³

¹ студ. гр. УФКС-126 ЗНТУ

² канд. наук з фіз. вих. і сп., доц. ЗНТУ

³ старш. викл. ЗНТУ

ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ФУТБОЛІСТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Сучасний футбол – високо інтенсивна гра, в якій з кожним роком рівень фізичної і техніко-тактичної майстерності гравців зростає.

Як показує практика, для реалізації тренерських завдань, футболісти повинні мати високий рівень фізичної підготовленості.

У кожній професійній футбольній команді, в тренерському штабі є тренер з фізичній підготовки, базові завдання якого стандартні – це організація процесу фізичної підготовки для надбання футболістами певного рівня фізичних якостей до початку сезону їх підтримка на потрібному рівні – протягом сезону.

В Україні тренери з фізичної підготовки всіх футбольних клубів займаються з гравцями всієї команди одночасно і не мають можливості організувати індивідуальну роботу з гравцями, як, наприклад, у провідних футбольних клубах за кордоном.

Мало кому з тренерів з фізичної підготовки вдається поєднувати командну та індивідуальну роботу з кожним гравцем, тому що їм потрібно організувати тренувальний процес для команди в цілому, з урахуванням усіх завдань, які стоять перед командою в сезоні. З цієї причини деякі головні тренери професійних клубів рекомендують спортсменам користуватися послугами персональних тренерів, які на їх думку зможуть, враховуючи основні показники футболіста застосувати якісні засоби і методи для підвищення фізичної підготовленості.

Але, професійні гравці мають свій індивідуальний графік тренувань і часто їм важко підлаштуватися під графік роботи персонального тренера (який, можливо, вже проводить персональні тренування для інших клієнтів). Отже, спортсмен має бажання тренуватися, для того щоб стати краще, потрапити в основний склад команди або перейти в інший, більш сильний клуб, але виникають певні труднощі у реалізації цього бажання. Тоді, у

спортсмена з'являється ще один шлях вирішення цієї проблеми: особистий тренер з фізичної підготовки.

Винаймати такого тренера дуже коштовно, а ось дистанційна співпраця з тренером за допомогою інформаційних технологій може допомогти у вирішенні такої проблеми.

Крім того, може статися так, що у місті, в якому існує клуб, кваліфіковані тренери з фізичної підготовки футболістів у дефіциті або вони просто відсутні. Тоді, професійні клуби співпрацюють з персональними тренерами з фізичної підготовки за допомогою інформаційних технологій. Це, так звана, онлайн-підготовка.

Для співпраці, футболіст надає інформацію про свій фізичний стан, вказуючи антропометричні дані, результати тестів та функціональних проб. Після детального аналізу отриманих даних, виконує перший тест (наприклад, Functional Movement Screen, FMS), фіксує процес на відео, повідомляє про виниклі труднощі. Потім онлайн-тренер складає план тренувань на тиждень, а біомеханічно складні вправи знімаються спортсменом на відео, для подальшого аналізу і корегування техніки їх виконання. За тренуваннями спортсмена здійснюється постійний контроль.

Тривалість роботи з конкретним спортсменом залежить від мети, якої потрібно досягти.

Позитивні моменти дистанційних тренувань:

1. Футболіст займається в зручний для нього час.
2. Є можливість тренувати футболістів з різних країн.

Негативним моментом можна вважати відсутність особистого контакту вихованця з тренером.

На нашу думку, при організації та здійсненні дистанційного тренування є і певні обмеження: якщо спортсмен звертається без консультаційної підтримки тренера команди, а йому за віком менше 16 років – процес дистанційної фізичної підготовки, з великим ступенем вірогідності, буде не ефективним, оскільки спортсмен має мінімальний досвід самостійної роботи та тренувань у футболі.

Результати, які ми отримали в ході роботи підтвердили ефективність застосування інформаційних технологій у навчально-тренувальному процесі футболістів, як одного з напрямків підвищення рівня фізичної підготовленості в залежності від умов тренувань та мети, яку поставлено перед спортсменом або командою.

УДК 796

Фадєєва А.О.¹, Шуба Л.В.²

¹ студ. гр. УФКС-117 ЗНТУ

² канд. пед. наук, доц. ЗНТУ

СПОРТИВНА АЕРОБІКА – ШЛЯХИ РОЗВИТКУ

Заняття фізичними вправами під музику мають давню історію. Ще в античні часи в Греції одним з різновидів гімнастики була орхестрика, гімнастика танцювального характеру. Уже тоді цінувалися обидва її найважливіших компонента – власне гімнастика і ритмічний танець. Фізичні вправи і танці, які виконувалися під музику, використовувалися для розвитку гарної постави, пластичності руху сили і витривалості.

В часи середньовіччя гімнастика під музику носила вузькоспеціалізований, військово-прикладний характер. На рубежі XIX-XX століть, з розвитком цивілізації і науково-технічного прогресу з'являється погроза гіподинамії. Це стає причиною формування і зростання популярності різних гімнастичних систем: німецької, шведської снарядної гімнастики Шписа, дихальної гімнастики Мюллера, атлетичної Сандова, сокольської гімнастики Мирослава Тирша й ін.

Сучасні різновиди масової фізичної культури, такі як: ритмічна, художня гімнастика і близькі їм види спорту й оздоровчі методики беруть початок від чотирьох «Д». Під цим маються на увазі початкові букви прізвищ чотирьох основоположників музичного ринопластичного напрямку у гімнастиці: Жорж Демені, Франсуа Дельсарт, Айседора Дункан і Жак Далькроз.

Історія «аеробіки» як особливої форми рухової активності бере свій початок наприкінці 60-х років XX століття, коли доктор К. Купер, відомий американський фахівець з оздоровчої фізичної культури, випустив книгу за назвою «Аеробіка» і став автором цього терміна. Аеробікою він назвав свою оздоровчу систему фізичних вправ для людей будь якого віку. Спочатку у свою систему К. Купер включив тільки традиційні, типово аеробні циклічні вправи. До них відносяться ходьба, біг, плавання, лижи, ковзани, веслування, велосипед. Потім список був розширений і в ньому знайшли своє місце спортивні ігри, стрибки зі скакалкою, верхова їзда, теніс і танцювальна аеробіка.

Слід зазначити, що в середині 80-х років XX ст. у роботі студій аеробіки відбувся спад, однією з причин якого став підвищений травматизм занять. Потреба у підвищенні безпеки занять вплинула на формування методики аеробіки «з малим вертикальним навантаженням».

Надання Україні статусу незалежності дало можливість створення Федерації спортивної аеробіки України (1991 рік) було проведено на дуже позитивному ґрунті – на клубах та секціях ритмічної гімнастики, яка до того часу була гарно розвинута в Україні. Багато професійних тренерів і спортсменів змінили свою спортивну направленість і почали вивчати спортивну аеробіку.

Отримавши світове визнання Федерація України зі спортивної аеробіки і фітнесу (ФУСАФ) подала заявку у Міжнародну федерацію зі спортивної аеробіки і фітнесу (FISAF) на проведення у травні 1998 року Чемпіонату Європи в м. Києві. Ліцензія була отримана і почалась важка праця підготовки великої події.

Відтоді щорічно ми брали участь в усіх міжнародних змаганнях, отримували гарні результати і не дуже, але завжди мали цінну інформацію, брали участь у розвитку спортивної аеробіки у світі.

УДК 796

Бондаренко А.О.¹, Шуба Л.В.²

¹ студ. гр. УФКС-116 ЗНТУ

² канд. пед. наук, доц. ЗНТУ

ПАРКОВИЙ ВОЛЕЙБОЛ – НЕОЛІМПІЙСЬКИЙ ВИД СПОРТУ

Волейбол (англ. volleyball от volley – «бити м'яч на льоту») – командна спортивна гра, у процесі якої дві команди змагаються на спеціальному майданчику, розділеному сіткою. Волейбол – неконтактний, комбінаційний вид спорту, де кожен гравець має чітку спеціалізацію на майданчику. Основу гри у волейбол становить гральна діяльність, що має характер змагального протистояння, який регламентується спеціальним кодексом правил.

Перевага волейболу полягає в простоті облаштування місць занять, а також правил проведення гри. Це емоційна гра, під час якої гравці отримують великі обсяги фізичного навантаження, які, проте, не переходять межу оптимальних зусиль, що унеможливує перевтому, оскільки волейбол за своєю специфікою є справою самодозуючою.

Парковий волейбол – один з підвидів гри в волейбол, який відрізняється від класичного тим, що в команді бере участь чотири людини; поле менше за розміром, ніж в класичному волейболі; сітка трохи нижче; матчі проводяться безпосередньо просто неба на ґрунтових і трав'яних майданчиках.

Цей вид спорту ще не отримав широкої популярності у світі, але має такі перспективи. Можливо, через кілька років може увійти в офіційну

Олімпійську програму. Даний вид спорту спрямований на популяризацію волейболу серед простих людей. У нього можна грати в парках, на природі.

Конгресом FIVB в листопаді 1998 року в Токіо оголошено про популяризацію і поширення такого виду спорту, як парковий волейбол. Він став вважатися новою дисципліною волейболу усьому світі. Парковий волейбол робить ставку на гравців, без обмежень у віці та статі, для яких участь є важливіше, ніж перемога (хоча набір очок все ж залишається основною метою). Вважаючи, що правила дуже прості і до гравців пред'являється менше вимог, парк-волей – це поштовх для початківців волейболістів і чудове проведення часу на свіжому повітрі.

У парковому волейболі беруть участь дві команди, по 4 гравця в кожній, на майданчику, який розділений сіткою. Існують певні версії для певних обставин, щоб адаптувати гру до ігрових умов і характеристикам гравців. Як припускає сама назва гри, парк-волейбол, – це гра на відкритому повітрі, але також вона може проводитися в приміщенні. Для молодших категорій може використовуватися спеціальний м'яч – легший і більшого розміру. Хоча правила гри в волейбол зберігаються, в парковому волейболі пред'являється менше вимог і використовуються більш прості правила. Одним з основних принципів є «автосудейство», тому від гравців в даній грі чекають чесності і відповідної поведінки. В парк-волей грають за такою ж системою, як і в класичний волейбол, де кожний розіграш м'яча закінчується очком.

Матчі граються чотири проти чотирьох. Заміни відбуваються по ходу зустрічі відповідно до попередньої домовленості. Передбачено чотири вікові категорії:

1. А – 9-12 років – юнаки / змішані / дівчата – сітка 215 см – майданчик 7×14 м;
2. В – 13-14 років – юнаки / змішані – сітка 230 см, дівчата – сітка 224 см – майданчик 7×14 м;
3. С – 15-17 років – юнаки / змішані – сітка 230 см, дівчата – сітка 224 см – майданчик 7×14 м;
4. Д – чоловіки – 243 см - 8×16 м, змішані (хв. 2 жінки) – сітка 230 см – майданчик 8×16 м, жінки – сітка 224 см – майданчик 8×16 м.

Використовується звичайний волейбольний м'яч, хоча вже існує і професійний. Суддівство в основному виконується самими гравцями або одним із суддів, призначеним організатором. Розіграш починається з подачі позаду лицьової лінії (або ближче до сітки, якщо це погоджено до матчу). Командам дано право максимум на три удари для повернення м'яча супернику. Контакт з м'ячем при блокуванні не враховується. Один гравець не має права два рази поспіль торкатися м'яча.

Аналізуючи вище наведений матеріал відмічаємо, парковий волейбол є різновидом класичного волейболу та не вимагає великих матеріальних

витрат. Цей вид спорту стає де балі популярним серед людей різного віку та статі. І ми вважаємо, що занурення в цю тему є актуальним та своєчасним.

УДК 796

Мальгінов Б.В.¹, Буренко М.С.²

¹ студ.гр. УФКС-115 ЗНТУ

² канд. пед. наук, доц. ЗНТУ

ВИКОРИСТАННЯ СПОРТИВНИХ СПОРУД ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ ОЛІМПІЙСЬКИХ ІГОР

Проблема використання спортивних споруд після закінчення Ігор Олімпіад залишається однією з найгостріших в сучасному олімпійському спорті.

Олімпійські ігри – це не тільки найважливіше спортивне змагання в світі, але ще і будівництво на випередження. У містах, яким пощастило прийняти змагання, з нуля зводяться суперсучасні спортивні арени, готелі і цілі мікрорайони з розвиненою інфраструктурою, прокладаються нові траси. Іноді всім цим вдається вдало користуватися і після закінчення Олімпіади, але буває так, що вже через кілька років об'єкти, в які було вкладено неймовірну кількість сил і грошей, виявляються непотрібними, занедбаними. Від колишньої розкоші і помпезності не залишається і сліду.

Олімпіада в Піднебесній відбулася 10 років тому, і на будівництво об'єктів були витрачені неймовірні гроші – не менше 40 мільярдів доларів. Знаменитий стадіон «Пташине гніздо» – в даний час ні в спортивних, ні в культурних заходах не бере участь навіть він, хоча зазвичай головній олімпійській арені після закінчення Ігор все-таки вдається знайти застосування.

Пустує і пекінське Олімпійське селище. Прийшли в запустіння траса для велосипедного мотокросу та споруди, де змагалися каякери. Кажуть, з каналів навіть не спустили воду, так що тепер траса перетворилася в великий витягнутий загиджений ставок.

Таких «вмираючих» спортивних об'єктів по всьому світу – сотні. Плавальний басейн в Гельсінкі потріскався від часу, але фіни так і не придумали, що з ним робити. Порожні гірськолижні підйомники і вишки в Нагано ще стоять, але ними давним-давно ніхто не користується. Будинки в Олімпійському селищі в Туріні пустують і продаються вкрай рідко. Іноді влади колишніх олімпійських столиць підходять до вирішення проблеми радикально. Так, через рік після проведення Ігор в американській Атланті було вирішено знести стадіон Atlanta-Fulton County Stadium. Вибухівки на це

знадобилося багато – понад 350 кг, проте арена перетворилася на руїни в лічені секунди.

Втім, більшість олімпійських об'єктів, десятиліттями перебувають в запустінні, перетворюються в специфічні і навіть моторошні арт-об'єкти, які із задоволенням відвідують любителі «сталкерського» туризму. Не дивно, що в останні роки навіть процвітаючі міста, які могли б прийняти Олімпійські ігри, наприклад Барселона і Стокгольм, стали відмовлятися від такої можливості.

УДК 796

Ківа Д.О.¹, Буренко М.С.², Захарова О.М.³

¹ студ.гр. УФКС-115 ЗНТУ

² канд. пед. наук, доц. ЗНТУ

³ старш. викл. ЗНТУ

ОХОРОНА ДОВКІЛЛЯ ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ У ДІЯЛЬНОСТІ МІЖНАРОДНОГО ОЛІМПІЙСЬКОГО КОМІТЕТУ ТА ОРГКОМІТЕТІВ З ПІДГОТОВКИ ОЛІМПІЙСЬКИХ ІГОР

Сучасний спорт, спортивний рух по праву можна назвати найважливішою частиною життя людини і всього міжнародного співтовариства. Спорт став явищем глобального масштабу. Він об'єднує людей планети не тільки на великих спортивних святах, іграх, змаганнях. Сьогодні спорт, володіючи величезним впливом, активно використовується для залучення уваги до світових проблем, служить для просування гуманістичних цінностей та ідеалів, допомагає формувати культуру світу і терпимості, примирюючи і об'єднуючи людей різних країн, різного віку і віросповідань. Тому одним з найбільш важливих напрямків гуманітарної політики багатьох спортивних організацій і безпосередньо Міжнародного олімпійського комітету (МОК) є охорона навколишнього середовища, адже проведення таких грандіозних заходів як Ігри Олімпіад та зимові Олімпійські ігри ставить перед організаторами серйозну екологічну проблему. Будівництво і реконструкція великої кількості спортивних споруд, розміщення декілька десятків тисяч спортсменів, офіційних осіб, гостей, представників засобів масової інформації, а також присутність декількох сотень тисяч глядачів, утилізація відходів і таке інше представляють потенціальну небезпеку для зовнішнього середовища. Тому проведення ігор Олімпіад повинно поєднуватися з профілактикою їх негативного впливу на природу.

При поданні заяви на проведення ОІ вимагається декларація, яка свідчить про те, що всі необхідні роботи по підготовці до Ігор будуть вестись у відповідності з місцевими, регіональними, національними рекомендаціями і законодавством з питань охорони навколишнього середовища. Крім цього, місто-кандидат повинно передбачити заходи, пов'язані зі зменшенням атмосферного забруднення повітря транспортом. Не залишаються в стороні від цієї проблеми і організатори ОІ, представники спорт індустрії. Наприклад, Оргкомітет ОІ 1992 року в Барселоні і місцеві органи управління перебудували центральну прибережну частину міста. По суті, був побудований новий, сучасний район на березі моря, в якому були розміщені офіційні будови, олімпійське селище, 5 парків, стоянки для катерів і яхт, сучасні автомагістралі. Значно покращився транспортний зв'язок.

Однак, незважаючи на вражаючі успіхи спортивної спільноти у вирішенні природоохоронних завдань, на наш погляд, потенціал спорту використаний не повною мірою. Спортсмени могли б грати важливу роль, яка їм ідеально підходить, в області охорони навколишнього середовища в якості посланців доброї волі і ініціаторів природоохоронних заходів. Завдяки своїй значимості і великому впливу спорт може стати важливим фактором в екологічному перетворенні, очоливши рух всього суспільства в цьому напрямку. Спортивні об'єкти і спортивні заходи, де застосовуються екологічно чисті продукти, системи і технології, дійсно можна розглядати як приклади, які можна використовувати і в звичайному житті. Спортивні організації, в свою чергу, повинні виступати в якості каталізаторів ідеї охорони навколишнього середовища. Вони здатні ефективно працювати як з урядами, так і з представниками бізнесу, громадськими організаціями в справі заохочення їх зусиль щодо поліпшення екологічної ситуації в світі.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

УДК 796.035

Романова Т.А.

старш. викл. ЗНТУ

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ НАПРЯМІВ ОЗДОРОВЧИХ СИСТЕМ

У класичному розумінні оздоровчі системи - це сукупність знань і практичних методик, що дозволяють забезпечити формування здоров'я. Відомі оздоровчі системи можна умовно розділити на традиційні і сучасні. Традиційні системи прийшли до нас з Індії і Китаю - це йога, ушу, цигун. Сучасні оздоровчі системи формуються на основі цілісного підходу до реалізації здорового способу життя. До них відносяться каланетика, аеробіка, акваджогінг, стретчинг, шейпінг, велоаеробіка та ін.

Активний розвиток оздоровчого напрямку гімнастики в 70-х роках двадцятого століття визначив появу величезної кількості комплексів вправ, методик і цілих коригуючих систем. Попит на спортивному ринку товарів і послуг вимагав все більш і більш оригінальних розробок, з'явилися цілі наукові інститути, що займаються розробкою все нових і нових тренажерів і методик. Одним з перших фахівців, яка конкретизувала, що оздоровче та коригуючий напрямок гімнастики, була американка Джейн Фонду, творець "аеробіки" - системи оздоровчих коригуючих гімнастичних вправ.

Боді-шейп - різновид низькоударної аеробіки з використанням тих, що обтяжили. З музичним супроводом проводиться комплекс вправ з гантелями, гириями різної ваги. При цьому спостерігається локальне навантаження на певні м'язові групи і значне навантаження на зв'язки і суглоби.

Аквааеробіка - ця оздоровча система стала популярною 30 років тому. Формуванню і виникненню аквааеробіки сприяло велике бажання людей займатися фітнесом у водному середовищі, але не усі ті, що бажають уміють плавати і хочуть займатися класичним плаванням. Відповіддю на цьому виклик явилася пропозиція займатися вправами у воді. Це система фізичних вправ під музику, виконуючих у воді. Вона поєднує елементи плавання, гімнастики, силові вправи. При регулярному занятті відбувається зміцнення і розвиток дихальної мускулатури, збільшення грудної клітки і життєвою ємкості легенів. При цьому вода діє на організм як масажер.

Акваджогінг - ця методика виникла в 70-і роки ХХ століття в Америці в допомогу спортсменам, що отримали невеликі травми, при відновленні фізичної форми. Акваджогінг - це біг у воді в спеціальному жилеті. Вправи

спрямовані на тренування координації рухів, зміцнення дихальної і серцево-судинної системи.

Каланетика - оздоровча система виникла на початку 60-х років ХХ століття. Родоначальницею її є американка Каллан Пінкні. Експериментуючи з різними балетними вправами, вона запропонувала проводити зайняття без музики в тиші, що дає можливість зосередитися на рухах. Каланетика - це програма для жінок з 29 вправ, які виконуються в ізометричному режимі і викликають активність глибоко розташованих м'язових груп. Вважається, що каланетика - це комерційний продукт, який є переробленою йоґою.

Ізотон - це система оздоровчого тренування, створена в Росії в 1992 році в науковій лабораторії інституту фізичної культури під керівництвом В.Н.Селуянова. Система спрямована на рішення 2 завдань : поліпшення працездатності і підтримка фізичного стану. Ізотон - це система вправ, в основі яких лежить стадо-динамічний режим їх виконання. Вправи виконуються повільно і плавно, м'язи усвідомлено утримуються в нарузі до нездатності здолати опір.

Велоаеробіка - історія цього напрямку розпочинається з 90-х років ХХ століття, коли американський спортсмен Джон Голдберг винайшов велотренажер для зайняття в домашніх умовах. Він створив програму тренувань : сайклінг - перегони на виживання і спінінг - "спокійна" їзда. Велоаеробіка - це зайняття на велотренажерах, які проходять в групах, під акомпанемент енергійної музики і під керівництвом тренера. Цей вид навантаження сприяє розвитку витривалості, тренує серце і судини, формує і зміцнює м'язи ніг, спалює жир.

Пілатес - система створена німецьким лікарем Йозефом Пілатесом в першій половині ХХ століття. У дитинстві Йозеф був кволою і хворобливою дитиною. Подорослішавши, він вирішив кинути виклик своєму фізичному стану і розробив індивідуальну програму тілесних вправ. Це система вправ, що розвивають кожен аспект фізичної форми : силу, витривалість, гнучкість, спритність, швидкість. Вона унікальна в тому плані, що дуже м'яко впливає на тіло і при цьому дає сильний зміцнюючий ефект. Вправи виконуються легко, вільно і пластично. Пілатес належить до категорії тренувань з низькою мірою небезпеки.

Таким чином, аналіз літературних джерел показав, що зародження, існування і розвиток гімнастичних систем різної спрямованості обумовлене різними потребами людського суспільства, в основі яких лежали принципи оздоровлення, системності зайняття фізичними вправами з метою зміцнення здоров'я і розвитку функціональних можливостей організму людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аэробика Купера – [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.mordovnik.ru/velnagr>.

2. Богданов И. В. Аквааэробика от А до Я // Молодой ученый. – 2014. – №10. – С. 503-506.

3. Оздоровительные системы // Спортстатьи.рф – [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://спортстатьи.рф/ozdorovitelnye-sistemy/>.

УДК 615.834:769.562+379.83

Бурка О.М.

старш. викл. ЗНТУ

ВИКОРИСТАННЯ РЕКРЕАЦІЙНОГО ОРІЄНТУВАННЯ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

На сьогодні в фізичній терапії спостерігається тенденція до реалізації довготривалих послуг через до цього не затребувані засобами фізичної культури та рекреаційними технологіями. Зокрема, спортивними іграми, фізкультурно-оздоровчими технологіями, аква рекреаціями тощо.

Останнім часом популярності, в якості засобу фізичної терапії, набуває рекреаційне орієнтування.

Рекреаційне орієнтування – це вид рухової активності, спрямований на дозвілля та відпочинок, при занятті яким за допомогою карти відбувається проходження контрольних пунктів, розташованих на означеній місцевості.

До складових рекреаційного орієнтування відносяться: рогейн (командне добуве орієнтування), квест (інтелектуальні ігри вдень, вночі або в приміщеннях, наприклад, кімнатах), міське орієнтування (орієнтування містом/селищем, з використанням додаткових завдань та комбінованим позначенням КП тощо).

Заняття рекреаційним орієнтуванням відбувається на відкритому повітрі, тому сприяють покращенню рівня фізичного розвитку та підготовленості, гартують організм, підвищують імунітет та рівень працездатності.

Рекреаційне орієнтування відноситься до циклічного виду фізичних вправ, оскільки реалізується через ходьбу пересіченою місцевістю. При інтенсивній ходьбі посилюється вироблення гормонів гіпофіза, які, як відомо, викликають відчуття радості, фізичного і психологічного благополуччя, пригнічують відчуття болю та голоду, а також покращують настрої.

Великий вплив рекреаційне орієнтування має на ЦНС та ВНД. Систематичні заняття сприяють розвитку особистості, психічної стійкості, підвищення самооцінки, впевненості, ініціативності, рішучості, уміння вирішувати завдання в короткий час в нестандартних ситуаціях, зменшенню

агресивності, окрім того, відбувається зниження рівня стресу, а, отже, попередження захворювань серцево-судинної системи.

Вплив рекреаційного орієнтування на систему кровообігу спостерігається через зміну біологічного складу крові, що підвищує опірність організму до інфекційних та інших захворювань, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної системи, збільшення маси лівого шлуночка серця (за рахунок потовщення його задньої стінки і міжшлуночкової перегородки), яке супроводжується зростанням насичення крові киснем.

Поєднання системних повторюваних рухів та актів дихання при заняттях рекреаційним орієнтуванням забезпечують значне покращення показників дихальної системи: ЖЄЛ, дихального об'єму, резерву вдиху та видиху тощо. Така циклічність навчає контролю та управлінню диханням, що є важливим компонентом в фізичній терапії осіб з бронхіальною астмою та гіпервентиляційним синдромом (ВСД).

Рекреаційне орієнтування позитивно впливає на всі ланки опорно-рухового апарату: збільшує лімфообіг у суглобових хрящів і міжхребцевих дисків, що є кращою профілактикою артриту, артрозу і радикуліту.

Окрім того, систематичні заняття орієнтуванням вимагають від того, хто займається, змін в раціоні харчування. Зменшення кількості їжі та покращення енергетичної цінності продуктів забезпечує зниження відсотку підшкірного жиру, покращує роботу ШКТ та здійснює загальнозміцнюючий ефект.

Як і в спортивному, в рекреаційному орієнтуванні присутній дух змагання, тому його можна використовувати як засіб контролю в комплексному лікуванні осіб з певними порушеннями або захворюваннями (порушеннями мозкового кровообігу, порушеннями постави, ВСД тощо). Результати визначаються за часом проходження дистанції або за кількістю набраних очок, які можна використовувати як засіб самоконтролю.

Рекреаційне орієнтування можливо і необхідно впроваджувати в систему довготривалих послуг фізичної терапії. Це підкріплюється зазначеним вище оздоровчим, навчальним та корекційно-розвивальним впливами на осіб з різними захворюваннями та травмами функціональних систем організму.

ВИКОРИСТАННЯ АНТИОКСИДАНТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ В КОСМЕТОЛОГІЇ

Відповідно до вільно-радикальної теорії Д. Хармана та Н.М. Емануеля саме окислювальний стрес є головним фактором старіння. Нажаль системність використання препаратів-антиоксидантів в підтримці нашого здоров'я майже відсутня. Існують зовсім протилежні підходи до використання антиоксидантів – від дуже великих необґрунтованих доз до упередженого відношення, як до чогось застарілого та вже не модного.

Кисень – головний окислювач в природі, але ще більш сильними окислювачами є його вільнорадикальні активні форми. Вільні радикали надзвичайно активно вступають в хімічні реакції, оскільки мають вільне місце для електрона, який намагаються «відняти» у інших молекул. Якщо це вдається, відновлений радикал стає неактивним, але окислена (позбавлена електрона) речовина стає агресивним радикалом. В результаті раніше інертні речовини (серед них ліпіди, білки, нуклеїнові кислоти) починають активно вступати в хімічні реакції. Вільні радикали виникають як побічний продукт відновлення молекулярного кисню до води, яке здійснюється як в процесі нормального дихального циклу в мітохондріях, так і в результаті агресивного впливу екзогенних факторів (УФ-випромінювання, радіоактивного випромінювання тощо) і речовин (прооксидантів). Радикальні форми кисню (вільні радикали) і, перш за все, супероксид-аніон і гідроксид-радикал, володіючи вільним місцем для електрона, можуть бути окислювачами (перший - слабким, другий - дуже сильним).

Активація вільного радикальної окислення, перш за все, перекисного окислення ліпідів є універсальною реакцією організму на зовнішні впливи. Такі радикали можуть брати участь в фізіологічних реакціях організму, таких як розпад відпрацьованих молекул білків і фосфоліпідів, синтез ліпідних біорегуляторів (простагландинів, лейкотриєнів, тромбоксанів), процеси редокс-сигналізації. Вільнорадикальне окислення може бути ланкою різних фізіологічних процесів таких, як дратівливість і проведення збудження, біосинтез гормонів, поділ та диференціація клітин, неспецифічна імунна відповідь. В здоровій клітці і нормальному функціонуванні в організмі існує баланс між вільнорадикальними і антиоксидантними реакціями. Якщо цей баланс зміщується до активації вільнорадикального окислення, а ендогенні антиоксиданти не можуть компенсувати його – розвивається окислювальний стрес. Наслідком є пошкодження макромолекул і мембран клітин. Це

призводить до порушення бар'єрних та інших функцій клітинних мембран, до розпаду процесів окислення та фосфорилування на мембранах мітохондрій. Дефіцит енергії відбивається на всіх процесах. Найбільш страждають клітини всіх шарів шкіри. Доведено, що вільнорадикальні реакції беруть участь в патогенезі більшості захворювань та формуванні естетичних дефектів шкіри.

Для боротьби з окислювальним стресом існують системи захисту. Засобами такого захисту є антиоксиданти. Це молекули, які можуть блокувати або зупиняти реакції вільнорадикального окислення шляхом віддачі своїх електронів окислювачу, після чого той стає неактивним.

Багато сполук мають антиоксидантні властивості. Серед них виділяють позаклітинні та внутрішньоклітинні антиоксиданти. Вони забезпечують очищення міжклітинного простору та процеси захисту безпосередньо в клітинах (токофероли, каротиноїди, аскорбінова кислота, антиоксидантні ферменти, жіночі статеві гормони, коензим Q, тіольні сполуки, деякі амінокислоти і білкові комплекси, вітамін K). Незважаючи на такий потужний антиоксидантний захист, вільні радикали все ще мають досить руйнівний вплив на біологічні тканини, і, зокрема, на шкіру. Тому використовуючи потужні рослинні антиоксиданти, можна значно поліпшити її стан. Набір антиоксидантних речовини в рослинах є більш багатшими, ніж в тканинах тварин і людини. На додаток до вітамінів С і Е, рослини містять каротиноїди і флавоноїди (поліфеноли). Мало зустрінеш таких рослин екстракти яких не будуть мати антиоксидантні властивості (тому корисно їсти овочі і фрукти). І все ж є рослини, які містять найбільш успішні антиоксидантні суміші та частіш за все використовуються в косметологічній практиці:

- екстракт зеленого чаю, який захищає шкіру від шкідливого впливу УФ-випромінювання, має радіозахисний ефект, знімає подразнення шкіри, викликані дією шкідливих хімікатів, запобігає передчасному старінню;

- екстракт гінкго білоба, поліфеноли якого впливають на кровоносні судини, зміцнюючи їхні стінки та збільшуючи тонус;

- екстракт гамамелісу, поліфеноли кори сосни, виноградних кісточок, плодів чорниці, як джерело антиоксидантів;

- олія шипшини, обліпихи, а також олійні екстракти моркви та петрушки, як джерело каротиноїдів в косметиці, що активно запобігають УФ-пошкодженню шкіри;

- олія сої, кукурудзи, авокадо, бурачника, фундука, манго, зародків пшениці, рисових висівок, як джерело вітаміну Е, що залишається найважливішим антиоксидантом.

Важливо розуміти, що ефективність антиоксидантів залежить від правильно складеної антиоксидантної суміші в косметологічних засобах. Наявність назв антиоксидантів в рецептурі косметики ще не говорить про те,

що засіб буде ефективним.

УДК 615.262:665.58

Присяжнюк О.А.¹, Толкачова О.В.²

¹ канд. хім. наук, доц. ЗНТУ

² канд. наук з фіз. вихов. і спорту, доц. ЗНТУ

ФІЗІОЛОГІЧНА СИСТЕМА ОМОЛОДЖЕННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Омолодження шкіри, з косметологічної точки зору, є комплексним багатофункціональним процесом, що залучає до поліпшення життєвих якостей шкіри як органу, ряд взаємопов'язаних механізмів. Серед них – багатогранна обмінна функція шкіри; запасна; синтетична (синтез кератину, меланіну, вітаміну D, гуморальних факторів); потужна бар'єрна; імунокомпетентна та ін.

Розвиток шкіри, як і організму в цілому, має заключну фазу – старіння, яке в міру можливостей вирішується в косметологічній практиці в межах її компетентності.

Існує безліч косметологічних методів профілактики старіння шкіри, і корекції вже існуючих геріатричних знаків. Терапевтичні методи внутрішньої корекції – антиоксидантна; клітинна; гормональна; антистресова терапія. Косметологічні прийоми корекції естетичних проблем – пілінг (механічний, фізичний, хімічний); апаратні методи (електрофорез, лазер, апаратний масаж, мікрострумова терапія та ін.). Хірургічні методи – введення препаратів для ін'єкцій; пластичні операції; армуючі нитки; ендоскопічний ліфтинг.

Серед методів корекції форм обличчя і профілактики старіння шкіри найбільш дієвий ефект виявляється при вдалому поєднанні різнопланових впливів на шкіру і м'язову систему обличчя. Однак, оскільки шкіра обличчя безпосередньо пов'язана з м'язово-сухожильних каркасом голови і її стан безпосередньо залежить від м'язового тургору тканин, ми провели дослідження, метою якого було визначити можливість корекції вікових змін шкіри обличчя з використанням клієнтами самомасажу та мімічних вправ під контролем реабілітологів.

Методика проведення масажів базувалася на тренуванні м'язів обличчя з урахуванням жорсткого і м'якого точкового прикріплення мімічних м'язів обличчя (особливо прикріплення м'язів шиї та лицьової ділянки) з урахуванням особливостей іннервації лицьової частини голови. Сенс методики полягає в фіксації м'язів в місцях жорсткого і м'якого кріплення і виконання рухів, які змушують напружуватися м'яз в умовах фізіологічного

дискомфорту.

Масажі проводився щодня протягом 20-25 хв. з залученням всіх м'язів мімічної структури обличчя по 10 рухів по кожному м'язу.

Для відстеження результатів впливу на шкіру розробленої методики фізіологічної системи омолодження була сформована група пацієнтів (14 осіб) жінки 30-45 років, які регулярно виконували задані вправи під контролем реабілітолога.

Результати зміни стану шкіри пацієнтів проводили з загальноприйнятими косметологічними тестами, а саме: за ступенем еластичності (ротаційно-компресійний тест і тест «шкірної складки»); рівнем кровопостачання (візуальний тест); ступенем зволоженості шкіри (інструментальний тест-індикатор); загальним станом здоров'я пацієнтів і їх суб'єктивної оцінки результатів від отриманих процедур.

За наростання рівня еластичності можна судити про збільшення кількості в шкірі еластичних волокон (колагену і еластину), підвищення показника вологості шкіри безпосередньо пов'язане з кількістю натурального зволожуючого фактору шкіри, а показник рівня кровопостачання дозволяє судити про активність процесів мікроциркуляції і трофіки шкіри.

Оцінювалися результати з урахуванням вікових особливостей пацієнтів.

Діагностичні тести на шкірі проводиться традиційний загальноприйнятими в косметології методами. Пацієнти в період проведення дослідження не змінювали свого звичного домашнього косметологічного догляду та додатково не відвідували косметолога.

Кінцеві результати стану шкіри за вказаними параметрами оцінювалися за наступними параметрами: незадовільний паспортному віку стан шкіри; задовільний стан, але залишає бажати кращого; відповідно до паспортним віком; біологічний вік шкіри менше паспортного.

Перед початком проведення спостережень стан шкіри чотирьох учасників не відповідав паспортному віку, шкіра 8 учасників була оцінена задовільно і тільки у двох учасників біологічний стан шкіри відповідав паспортному віку пацієнтів.

Після проведення курсу процедур стан шкіри пацієнтів в групі помітно покращився. Шкіра однієї пацієнтки була віднесена до групи «біологічний вік шкіри менше паспортного», стан шкіри 12 учасниць оцінювався як відповідний паспортному віку пацієнток і з великим потенціалом протистояння фактору часу, і тільки у однієї учасниці стан шкіри оцінили як «задовільний».

Отримані дані дозволяють судити про те, що власний ресурс шкіри, з урахуванням безлічі специфічних і загальних процесів, що протікають в ній, не задіяний в повній мірі в косметологічній практиці. В даний час в косметичних салонах практикується «пасивний» масаж, коли пацієнт лежить

в косметологічному кріслі, а косметолог проводить процедуру масажу. Це, безумовно, дієвий метод фізичного впливу на шкіру і м'язи обличчя, однак, важливим моментом є і тренування м'язової системи обличчя з метою природньої підтримки зовнішнього вигляду людини.

УДК 615.85

Мирна А.І.¹, Фетісова В. В.¹

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

АНІМАЛОТЕРАПІЯ ЯК САМОСТІЙНИЙ МЕТОД НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Анімалотерапія у всіх цивілізованих країнах сьогодні займає провідне місце в переліку реабілітаційно-відновних заходів у хворих дітей і підлітків з відхиленнями в психоневрологічному розвитку та з дитячим церебральним паралічем. Реабілітація дітей вимагає злагодженої роботи фахівців різних напрямків: лікарів, корекційних педагогів, психологів, логопедів, кінезіотерапевтів і, на другому етапі, лікувально реабілітаційної роботи - анімалотерапевтів.

Виділяють наступні функції анімалотерапії: психофізіологічна функція (взаємодія з тваринами може знімати стрес, нормалізувати роботу нервової системи, психіки в цілому); психотерапевтична функція (взаємодія з твариною може істотно сприяти гармонізації міжособистісних відносин людини і тварини); реабілітаційна функція (контакти з тваринами є додатковим каналом взаємодії особистості з навколишнім світом, що сприяє як психічній, так і соціальній її реабілітації); функція самореалізації (виконується шляхом вироблення вміння бути значущим для інших); функція спілкування.

Важливим аспектом терапії за допомогою тварин вважається відсутність у останніх другої сигнальної системи. Спілкування з твариною на мові емоцій виключає боязнь людини здатися смішним, незграбним, що характерно для людського спілкування. Тому, анімалотерапія є ефективною при психосоматичних розладах.

Залежно від того, який вид тварин використовується в анімалотерапії, виділяють дельфінотерапію, іпотерапію, апітотерапію, гірудотерапію та ін.

Серед інших методів анімалотерапії іпотерапія займає особливе місце – перш за все через її розповсюдженість. Вона популярна в Європі. В Україні при кінноспортивних базах існує близько 25 центрів іпотерапії. Стоїть питання про централізовану підготовку фахівців в цій області. Кінь - жива істота з унікальними фізичними і психічними можливостями, спілкування з

якою знижує відчуття психологічної втоми, відновлює відчуття рівноваги й умиротворення. Для дитини спілкування з конем - емоційний підйом і розширення світогляду, а на тлі дефіциту спілкування - це ще і придбання великого сильного друга. В процесі іпотерапевтичних занять у більшості дітей збільшується бажання спілкуватися з оточуючими і прагнення до розширення сфери своїх інтересів. Перебуваючи в компанії коней, дитина отримує непередавані відчуття перебування в енергетичному полі. У дитини розвивається особливе кінестетичне відчуття - емоційний порив до руху, що створює високий ступінь мотивації до занять. Заняття іпотерапією можна з великим успіхом використовувати як засіб навчання функціональній мові. Таким чином, іпотерапія сприяє формуванню дитини як особистості. Ця мета може бути досягнута тому, що тварина, яка не має культурного налаштування, приймає пацієнта таким, яким він є, і дозволяє встановити певнені відносини.

Для дитини їзда верхи - це цілий комплекс психологічних переживань, які складають основу дії психогенного фактора.

Позитивна дія іпотерапії посилюється ще й тим, що нормальна температура тіла коня вище людської на 1,5-2 градуси. Рухи м'язів спини коня розігрівають і масажують спастичні м'язи ніг вершника, посилюється кровотік в кінцівках. Регулярні заняття сприяють адаптації організму до фізичних навантажень. Крім центральної нервової системи в процесі адаптації велику участь беруть симпто-адреналова і гіпоталамо-гіпофізарна системи (гуморальна регуляція). При іпотерапії збільшується максимальна продуктивна сила навіть бездіяльних м'язів, тобто є ефект «перенесення» тренувальних впливів.

Показаннями для іпотерапії служать наступні порушення опорно-рухового апарату: порушення координації рухів, судомні скорочення і атрофія м'язів, викривлення хребта, дефекти постави. У дітей з розладами спектру аутизму, олігофренію, затримками психомовного розвитку іпотерапія є доповненням до основних фармакологічних засобів і фізіотерапевтичних процедур. Деформації розвитку рухової і психічної сфер вимагає таких методів корекції, які надають інтегративний вплив на ці сфери. Іпотерапія цілком відповідає даним умовам.

За даними медичної статистики, іпотерапія - найбільш підходящий метод лікування у дітей, які страждають на ДЦП.

Практичний досвід свідчить про те, що іпотерапія робить помітний вплив на розвиток мови. Деякі типи рухів коней мають ефект, за допомогою якого перекидається місток від рухових реакцій до мови.

Таким чином, зростання інтересу населення і фахівців до анімалотерапії можна пояснити необхідністю доповнення фармакологічних ефектів допоміжними методами реабілітації. Не варто очікувати від анімалотерапії

одужання від того чи іншого захворювання, але, впливаючи на організм хворого багатофакторно і інтегруючим чином, анімалотерапія здатна поліпшити його стан.

УДК 796.035

Рижкова М.В.¹, Сардак О.О.¹

¹ старш. викл. ЗНТУ

АЮРВЕДИЧІ АСПЕКТИ ОЗДОРОВЧОГО ЙОГА-ТРЕНІНГУ

Аюрведа і йога беруть свій початок в Індії. Сформувавшись приблизно сім тисяч років тому, вони розвивалися паралельно, в той самий час доповнюючи одна одну і тому в комплексі вони дають максимальний позитивний ефект.

Аюрведа є джерелом знань про гармонійне існування людини в навколишньому світі. Вона включає в себе і концепцію дош, яка дозволяє орієнтуватися в соматотипах і психотипах, і медицину, повністю засновану на особистісноцентричному натуралістичному підході до лікування та оздоровлення, і рекомендації щодо здорового способу життя, що включають в себе особливості харчування, фізичної активності, раціонального розпорядку дня, психологічні і духовні аспекти.

Хатха-йога спрямована на роботу з тілом, в тому числі енергетичним, і передбачає наявність у людини не тільки певних духовних якостей і вищих цілей, але й міцного здоров'я, розвинених фізичних якостей, саме тому зараз більш популярні системи оздоровчої рухової активності на її основі. Оздоровча йога, фітнес-йога, лікувально-оздоровчі комплекси, засновані на вправах традиційної хатха-йоги, пропонують оздоровлення, не заглиблюючись в психологічні, духовні та філософські аспекти йоги, що призводить до однобокого підходу, в якому розглядається тільки фізичне тіло.

Кінцева мета "восьми ступенів" йоги - досягнення просвітлення і возз'єднання з божественною сутністю, тоді як аюверда є суто практичною лікувально-оздоровчою системою. У зв'язку з цим, аюрведичний підхід в оздоровчому йога-тренінгу дозволяє отримати максимальний ефект від використання обох систем.

Будьякі психофізичні особливості, психічні та фізіологічні процеси в організмі людини можна розкрити з допомогою системи трьох дош. Вони являють собою сполучення декількох елементів - повітря, землі, води, вогню, ефіру і відповідають за певні процеси та системи організму. Так, вата-доша складається з повітря і ефіру, піта – з вогню і води, капха – з води і землі.

Якщо враховувати доша-тип і дисбалансні доші при побудові програми оздоровчого йога-тренінгу, можна досягти не тільки тілесного оздоровлення, а й нормалізації психоемоційного стану, гармонізації всіх сфер життя.

Серцево-судинною і дихальною системою керує вата, вона також відповідає за такі емоції, як нервовість, страх, біль і тривога. Особам з переважаючою ватою рекомендується виконувати такі асани, як баласана, пашчімоттанасана, тадасана, врікшасана, застосовувати дихальну практику уджайї. Також слід використовувати зігріваючі ефірні масла, такі, як імбирне, коричне, гвоздичне.

Травлення і метаболізм, контроль над температурою, колір шкіри і очей знаходяться під управлінням пітти, також вона відповідає за ненависть, задрість і гнів. Пашчімоттанасана, джану ширшасана, баддха конасана, віньяси рекомендовані особам з надлишком пітти. Ефективним є також чергове дихання ніздрами: вдих - через ліву (права затиснута), а видих - через праву (затиснута ліва). Під час заняття показано використання ароматизації охолоджуючими та гармонізуючими маслами м'яти, меліси, троянди і сандалу.

Капха відповідає за імунітет, а також загальну стабільність всіх процесів в організмі, вона відповідає за позитивні емоції. Для осіб з надлишком капхи рекомендовані дханурасана, уштрасана і матсіасана. Значно посилює гармонізуючий ефект інтенсивне діафрагмальне дихання і техніка, при якій вдих здійснюється через ліву, а видих - через праву ніздрю. Показано застосування стимулюючих ефірних масел - ладану, розмарину, цитрусів.

УДК: 616-092:618

Склярова І.А.¹, Єрмолаєва А.В.², Гагара В.Ф.³, Мазур О.Д.⁴

¹ студ. гр. УФКСз-216 ЗНТУ

² канд. наук з фіз. вих. і спорту, доц. ЗНТУ

³ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

⁴ канд. мед. наук, асист. каф. акушерства та гінекології ЗМАПО МОЗ України

ДІАГНОСТИКА ДИСФУНКЦІЇ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Актуальну проблему в даний час представляє тенденція до збільшення кількості випадків діагностування дисфункції м'язів тазового дна (ДМТД) у жінок, що стали результатом цього довготривалого, прогресуючого захворювання. Неспроможність м'язів тазового дна обумовлена зниженням тону м'язово-зв'язкового апарату або його дефектами, які можуть бути

травматичними і нетравматичними (функціональними). При незначному ослабленні м'язів тазового дна жінка може не пред'являти ніяких скарг, але з віком втрата тонусу м'язово-зв'язкового апарату призводить до порушення нормального положення статевих органів та функцій суміжних тазових органів.

Незважаючи на численні дослідження, присвячені вивченню даної проблеми та удосконаленню методів лікування ДМТД, етіопатологія досі не пояснена остаточно. Однак, можна виділити основні фактори, що сприяють неспроможності тазового дна: шкідливі звички, надмірна вага та ожиріння, низький рівень фізичної активності, вагітність та пологи, хронічні запори, генетична схильність, порушення кровообігу тазового дна, хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску, механічна травма м'язово-фасціальних структур тазу не пов'язана з вагітністю (пологами), порушення центрів та нервових зв'язків ЦНС (відповідальних за регуляцію м'язово-фасціальних структур тазового дна), дисплазія сполучної тканини, гіпоестрогенія (менопауза, кастрація). Разом з еволюцією уявлення про патогенез ДМТД змінювалась й тактика вибору методів діагностування, оскільки аналіз стану жінки повинен не тільки підтвердити факт наявності патологічних процесів, але й обґрунтувати вибір методу лікування та прогноз його ефективності.

Слід зазначити, що єдиного стандартизованого підходу до діагностики неспроможності м'язів тазового дна немає, що ускладнює загальний спрямований підхід до даної проблеми. В медицині для діагностування ДМТД у жінок використовують наступні методи: загально-клінічне обстеження, що включає анамнез, огляд, лабораторну діагностику; спеціальні методи: анкетування пацієнтки, ректальне та функціональне дослідження нижніх сечовивідних шляхів (кашльова проба, проба Вальсальви, тампон-тест, метод пальцевого дослідження, висновок якого робиться на підставі модифікованої Оксфордської шкали оцінювання сили м'язів тазового дна), що дозволяють не тільки констатувати факт неспроможності м'язів тазового дна, але і в деякій мірі представити його етіологію; методи променевої діагностики: рентгенологічні, ядерно-магнітний резонанс; ультразвукове дослідження – критеріями нормального стану є висота сухожильного центру промежини не менш 10мм, відсутність діастазу леваторів, збереженість м'язових пучків, ширина m. bulbospongiosus не менш 15 мм; роміографія - оцінка функціонального стану м'язів тазового дна; метод комп'ютерного вагінотензометричного дослідження – дозволяє дослідити скорочувальну здібність замикаючого м'яза нижньої третини піхви, його силу тонічного, вольового, максимального скорочення та їх тривалість; комплексне уродинамічне дослідження; метод функціональної діагностики пневматичним апаратом Муранівського, що являється не тільки

діагностичним а й тренувальним засобом для м'язів тазового дна, який, на жаль, не має широкого використання.

Головним завданням діагностичних методів при ДМТД є визначення скорочувальної сили м'язів, оцінка функціонального стану органів малого тазу, особливості порушення функцій сечостатевого органів та визначення можливих причин патології.

Безперечний той факт, що фоном для виникнення серйозних порушень в майбутньому будуть початкові стадії ДМТД, незважаючи на те, що вони протікають без вираженої симптоматики. Тому досить актуальним є питання ранньої діагностики захворювання та, звичайно, визначення оптимальних програм реабілітації, які сприятимуть покращенню функціонального стану та якості життя в цілому.

УДК 796.912:371.72-053.6

Мирна А.І.¹, Попков Д.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ВПЛИВ СПОРТИВНИХ БАЛЬНИХ ТАНЦІВ НА ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ ПІДЛІТКІВ СЕРЕДЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Порушення постави в шкільному віці займають одне з перших місць серед захворювань опорно-рухового апарату (ОРА). Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в останнє десятиліття, в діагностиці та лікуванні цієї патології, ця проблема залишається актуальною. В школярів у віці від 10 до 17 років порушення постави виявляються в 94% випадків. Ортопедична проблема порушень постави в дитячому віці посилюється, перш за все, невчасною діагностикою, а також неправильним вибором методу лікування, великими витратами на лікування і соціальну реабілітацію.

Постава – важливий показник, який характеризує фізичний розвиток людини. З роками постава формується і якщо у дитини слабкий м'язовий корсет, виникає і фіксується неправильна постава. Тому успіху у формуванні правильної постави досягають, перш за все, шляхом зміцнення м'язової системи, її різностороннім фізичним і фізіологічним тренуванням.

У віці 11-14 років завершується біологічне дозрівання організму, а також формується моторна активність підлітків, притаманна дорослій людині. За рахунок швидкісного розвитку силових якостей погіршується рухова координація. Основними причинами виникнення порушення постави вважаються фіксовані пози, неправильне положення тіла стоячи і сидячи.

Бальні танці за інтенсивністю - чудова альтернативна вправа для поліпшення фізичних елементів, пов'язаних зі здоров'ям.

Мета дослідження: розробити для підлітків 11-14 років комплекс с програми бальних танців і застосувати його для покращення постави при заняттях бальними танцями.

Робота проводилась на базі школи-гімназії № 45 м. Запоріжжя. У дослідженні приймали участь 14 підлітків віком 11-14 років, у т.ч. 7 дівчаток і 7 хлопчиків, які почали займатись бальною хореографією з вересня 2018 року. Перше обстеження було проведено наприкінці вересня, повторне – у квітні 2019 року.

Моніторинг реабілітаційного процесу проводився методами поточного та етапного контролю, що забезпечувало адекватне розширення фізичного навантаження. Поточний контроль включав найбільш доступні і одночасно досить інформативні клінічні дослідження (анамнез, візуальний огляд в положенні стоячи та в положенні нахилу, пальпація, визначення ЧСС, АД та контроль здійснювався по «карті рейтингу» В.В. Клапчука), які дозволили проаналізувати як динаміку окремих симптомів, так і в цілому ступінь захворювання. Етапний контроль включав медико-біологічні методи дослідження: анамнез, загальний огляд, а також контроль по «карті рейтингу» В.В. Клапчука.

Статистичні показники оцінювали за допомогою непараметричних критеріїв (знаків та Вілкоксона для пов'язаних сукупностей). При $p < 0,05$ різницю вважали статистично достовірною.

Під час тренувань застосовано розроблений нами комплекс вправ бальної хореографії, який містив при заняттях з танцю розминку (вправи на розігрів), відпрацювання елементів на місці по одинці та елементів композиції у парі. Методика передбачала такий тижневий графік занять: понеділок – класична хореографія - 1 год., бальні танці 2 год.; вівторок – індивідуальні заняття з танців 1-2 год.; середа – загальна фізична підготовка 1,5 год.; четвер – стретчинг (розтяжка) 1 год.; п'ятниця – бальні танці 2 год.

Бальні танці найкращим чином впливають на фігуру. Заняття в основному засновані на відпрацюванні правильної постановки корпусу. Це чудово зміцнює спинні м'язи, сприяє формуванню королівської постави, розпрямляє грудний відділ і плечовий пояс.

Таким чином спостерігається позитивні тенденція, щодо правильної постави у підлітків котрі почали займатися танцями. Безумовна користь танців полягає в тому, що у дітей розвивається витривалість, гнучкість, сила, а в рухах з'являється грація. Жоден інший вид спорту так не сприяє правильному формуванню хребта і загальному оздоровленню організму дитини.

УДК 615.82–615.874–613.25

Гагара В.Ф.¹, Пікуш А.Ю.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА У СПОРТСМЕНІВ-БОРЦІВ

Боротьба дзюдо характеризується дуже високим відсотком травм, отриманих під час як змагальної, так і тренувальної діяльності. Більшість пошкоджень виникає під час «звалювання». Борці тягнуть і штовхають один одного при дещо перерозігнутому поперековому відділі хребта. Це в поєднанні з викручуванням може призвести до травмування. Пошкодження може виникнути і при спробі підняти суперника, що лежить на килимі. Хребет піддається значним перевантаженням. Причому травми спини та больовий синдром можуть відзначатися як у спортсменів початківців, так і у професіоналів. За статистикою, на травму спини припадає близько 5-10% спортивних травм.

Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених реабілітації у спорті. Спостерігається недостатність робіт присвячених використанню засобів фізичної реабілітації у рамках тренувального процесу у дзюдоїстів.

Для професійного спортсмена іноді важко змінювати графік тренувань і змагань. Так само важко прийняти той факт, що існує реальна проблема. Багато хто з них заперечує або мінімізує скарги, що б уникнути наслідків, необхідності зменшити активність, щоб одужати, втратити положення або бути виключеним з основної команди, чи підвести команду. Крім того, багато професіоналів не можуть на достатній час знизити рівень спортивної активності і проходити реабілітаційну програму через можливість втратити кваліфікацію. Все це в кінцевому підсумку сприяє хронізації процесу, що веде до втрати професійних якостей спортсмена і необхідності закінчити роботу у великому спорті. Тому питання пошуку реабілітаційних заходів для використання у тренувальному процесі дзюдоїстів є актуальною проблемою.

Комплексне консервативне лікування хворих на остеохондроз включає:

- лікування гострого больового синдрому в умовах стаціонару;
- відновне лікування залишкових явищ у стадії неповної ремісії, що порушують працездатність, у стаціонарі та поліклініці;
- санаторне лікування (або в умовах водолікарні, фізіотерапевтичної лікарні);
- диспансеризацію населення груп підвищеного ризику захворювання на остеохондроз;

- здійснення профілактичних заходів;
- лікувально-трудова експертизу.

У комплекс фізичної реабілітації при попереково-крижовому остеохондрозі хребта входять різні поєднання ЛФК, масажу та фізіотерапевтичного лікування.

При проведенні занять ЛФК у даного контингенту хворих використовують вправи на розслаблення м'язів; вправи, що підвищують вестибулярну стійкість; вправи на координацію; динамічні вправи для всіх м'язових груп; спеціальні дихальні вправи; вправи на зміцнення м'язів тулуба; спеціальну щадну ходьбу; фізичні вправи у воді з урахуванням стадії захворювання та рухового режиму, на якому знаходиться хворий. При лікуванні та відновленні хворих на попереково-крижовий остеохондроз хребта застосовується класичний лікувальний масаж, самомасаж, а також точковий і сегментарний масаж, мануальна терапія та рефлексотерапія.

Найбільш ефективними при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта є електрофорез, УФО, гідротерапія, ультразвукова терапія, індуктотермія та застосування струмів Бернара.

Основним засобом ЛФК при попереково-крижовому остеохондрозі хребта є фізичні вправи. До спеціальних фізичних вправ, які застосовуються при остеохондрозі хребта, відносяться вправи на розслаблення м'язів, на підвищення стійкості вестибулярного апарату, на координацію, динамічні вправи для всіх м'язових груп кінцівок, шиї та тулуба, спеціальні дихальні вправи, вправи на зміцнення м'язів шиї та тулуба, спеціальна «щадна» ходьба.

Вправи на розслаблення м'язів сприяють зменшенню компресії корінців спинного мозку. Крім того, вони знімають стомлення, викликане однотипними робочими та побутовими рухами. Ці вправи сприяють поліпшенню крово- та лімфоток у перенапружених м'язах, тим самим, покращуючи обмін речовин залучених у патологічний процес зв'язках, суглобах, окісті, кістках.

Фізичні вправи у воді поєднують з похилим і вертикальним витягненням хребта у воді; вони грають роль підготовчого лікувального заходу, що підвищує ефективність тракційної терапії. У цьому випадку комплекс фізичних вправ у воді може бути обмежений вільними рухами тулубом і тазом і вправами біля бортика басейну. Хворим може бути рекомендоване плавання різними стилями (у басейні, при температурі води вище 30 °С) без збільшення лордозу поперекового відділу хребта.

Санаторно-курортне лікування (кліматичне та бальнеологічне) показане хворим на дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів і хребта на курортах з сірчановодневими, радоновими, йодисто-бромними, хлоридно-натрієвими водами.

УДК 616-08-039.73

Гагара В.Ф.¹, Федотов Є.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ПЕРЕБІГ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Дистрофічно-дегенеративний процес, тобто остеохондроз поперекового відділу хребта – поширене захворювання, що вражає людей працездатного віку. одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини, при якому хворобливий процес з'являється спочатку в міжхребцевих дисках, а потім і у суміжних хребцях. Нерідко остеохондроз хребта є причиною ураження периферичної нервової системи, порушення кровообігу спинного мозку, вегетативної нервової системи, порушення кровообігу головного мозку. Неврологічні прояви ОХ часто зумовлюють тимчасову та стійку втрату працездатності.

Фізична культура грає провідну роль у профілактиці остеохондрозу хребта, а лікувальна фізична культура має велике значення для лікування таких хворих. Вибір комплексу лікувальних дій ґрунтується на диференційованому підході до тактики лікування залежно від стадії захворювання, вираженості больового синдрому, характеру та ступеня неврологічних розладів, причин порушення працездатності. Дані останніх років про ефективність лікування та профілактики при остеохондрозі хребта показали, що за допомогою комплексного підходу до фізичної реабілітації можна не лише чинити опір остеохондрозу, але й успішно його лікувати.

Мета роботи полягала в огляді та аналізі наукових робіт з медико-біологічного обґрунтування впливу лікувальної фізичної культури на перебіг остеохондрозу в поперековому відділі хребта.

Комплексна реабілітація хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта проводиться з урахуванням патогенезу захворювання та провідних синдромів, що наголошувалися у кожного конкретного хворого. У комплекс фізичної реабілітації при поперековому остеохондрозі хребта входять різні поєднання ЛФК, масажу та фізіотерапевтичного лікування.

При проведенні занять ЛФК у даного контингенту хворих використовують вправи на розслаблення м'язів; вправи, що підвищують вестибулярну стійкість; вправи на координацію; динамічні вправи для всіх м'язових груп; спеціальні дихальні вправи; вправи на зміцнення м'язів тулуба; спеціальну щадну ходьбу; фізичні вправи у воді з урахуванням стадії захворювання та рухового режиму, на якому знаходиться хворий. При

лікуванні та відновленні хворих на попереково-крижовий остеохондроз хребта застосовується класичний лікувальний масаж, самомасаж, а також точковий і сегментарний масаж, мануальна терапія та рефлексотерапія.

Лікувальна фізична культура ефективна не лише при загостренні захворювання, але й є основою профілактики загострень і прогресу дегенеративного процесу. Лікувальна гімнастика при остеохондрозі у методологічному плані повинна бути єдиною, але з обов'язковим обліком індивідуальних особливостей організму, локалізації процесу та стадії захворювання.

Лікувальна гімнастика спрямована на зниження больового синдрому, розслаблення м'язів тулуба та кінцівок, поліпшення кровопостачання нервового корінця. У заняття включають вправи для дистальних відділів нижніх кінцівок у поєднанні із статичними та динамічними дихальними вправами, які виконують у вихідному положенні лежачи на спині, на животі, на боці.

При нагоді проведення активних рухів нижніми кінцівками їх виконують у полегшених умовах (підведення під кінцівку ковзаючої площини тощо).

У міру зменшення больового синдрому необхідно переходити до вправ, з на витягненням хребта, його кіфозуванням, поліпшенням кровопостачання навколо хребетних тканин. Вправи виконують у В.П., лежачи на спині, на боці, на животі та стоячи навколішки. Рекомендуються вправи в ізометричному режимі (наприклад, тиск поперековою областю на кушетку при зігнутих у колінах ногах). Ці вправи збільшують внутрішньочеревний тиск і тим самим зменшують внутрішньодисковий тиск.

Усі вправи виконуються вільно, без зусиль і різких рухів. Починають рухи завжди із здорової кінцівки, для зменшення больового синдрому вправи виконують з укороченим важелем у повільному темпі, з малим числом повторень. Необхідні паузи для відпочинку, не слід допускати стомлення м'язів хворої кінцівки та поперекової області.

При хронічному захворюванні може настати гіпотрофія м'язів спини та черевного преса. Необхідно зміцнити м'язи тулуба, сформувати м'язовий корсет, який подібно до ортопедичного сприяв би розвантаженню хребта та допомагав йому у виконанні основних статичних і біомеханічних функцій. З цією метою у заняття вводять динамічні вправи (з легким обтяженням і опором), які хворий виконує без навантаження ураженої кінцівки. Ці вправи чергують з дихальними. Із зменшенням больового синдрому та нормалізацією тону м'язів відновлюється мобільність хребта, тому не слід включати спеціальні рухи, спрямовані на відновлення рухливості у попереково-крижовому відділі хребта. Так само спонтанно відновлюється

статика. У зв'язку з цим, недоцільно використовувати у заняттях вправи, спрямовані на корекцію постави.

УДК 615.83:616.831

Гагара В.Ф.¹, Чупик О.О.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАНЯТЬ АЕРОБІКОЮ ЯК ЗАСОБУ ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ ЖІНОК

Фізична культура – сфера соціальної діяльності, що спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, розвиток психофізичних здібностей людини в процесі усвідомленої рухової активності. Це частина культури, яка являє собою сукупність цінностей, норм і знань, створюваних та використовуваних суспільством з метою фізичного та інтелектуального розвитку здібностей людини, вдосконалення його рухової активності та формування здорового способу життя, соціальної адаптації шляхом фізичного виховання, фізичної підготовки й фізичного розвитку.

В кінці 60-х років з'являється нова форма гімнастики з використанням ритмічної музики – джаз-гімнастика. Засновником цього напрямку є Бекман. В основі музичного супроводу лежить джазовий напрямок в музиці. Поширення і популярність джазової музики спостерігається в останні 60-70 років, в її основі лежать негритянські мелодії. Її характерною особливістю є те, що вона невіддільна від рухів людського тіла, пов'язана з ударами, прітоптивання і несе в своїй основі ритмічну поліфонію. В процесі еволюції джазова музика зазнала три етапи: класичного джазу, період свінгу і період сучасного джазу, однієї з різновидів якого є сучасний напрям в естрадній музиці.

У 70-х роках з'являється така форма оздоровчої фізичної активності, як аеробні танці, основоположником яких є Дж. Соренсен. Програма аеробних танців включає в себе ритмічний біг, стрибки, нахили, махи, а також безліч танцювальних кроків і рухів. За структурою і змістом занять аеробні танці стоять найближче до сучасної ритмічної гімнастики та аеробіки.

Термін «аеробіка» походить від слова аеробний, що означає кисневий (від грец. "Аеро" – повітря і "біос" – життя), вперше був введений в 1960 році американським лікарем Кеннетом Купером, фахівцем з профілактичної медицини. Різноманітність і постійне оновлення програм для досягнення сили, витривалості, гнучкості, координації рухів, високий емоційний фон занять, завдяки музичному супроводу, дозволяє аеробіки протягом двох

десятиліть утримувати високий рейтинг серед інших видів оздоровчої фізичної культури. Використовувати її для підготовки спортсменів різних спеціалізацій та виділити в самостійний вид спорту – спортивну аеробіку.

Оздоровча аеробіка-один із напрямів масової фізичної культури з регульованим навантаженням. Над розробкою різних програм, що синтезують елементи фізичних вправ танцю і музики, для широкого кола займаються активно працюють різні групи фахівців. Характерною рисою оздоровчої аеробікою є наявність аеробної частини заняття, протягом якої підтримується на певному рівні робота серцево-судинної, дихальної та м'язової систем. У 70-ті роки основною метою занять аеробікою було зниження ваги. На початку 80-х років значного поширення набула система Workout, популяризатором якої була Джейн Фонда. Потім виникли й інші системи: фанк, степ.

Аеробіка високої інтенсивності – заняття з активним використанням стрибків і бігу, рекомендується особам з високим рівнем підготовленості. Аеробіка низької інтенсивності з переважним використанням ходьби, рухів з напівприсід і випадками. Фанк-аеробіка – для цього виду занять характерна особлива техніка рухів (пружна ходьба) і більш вільна пластика рук, акцентується на танцювальність і емоційності рухів. Сіті або стріт-джерм – в заняття включаються складні хореографічні з'єднання танцювального характеру, у міру вивчення вони об'єднуються в композиції за типом вільних вправ. Степ-аеробіка – в занятті виконуються вправи на спеціальній платформі з регульованою висотою підйому. Слайд-аеробіка – виконуються вправи на спеціальній доріжці, що дозволяє імітувати ковзання ковзанярів. Фітбол – використовується великий спеціальний м'яч. На якому виконуються вправи як сидячи, так і лежачи. Аеробоксинг – різновиди занять аеробікою з елементами боксу і його східних різновидів. Гідроаеробіка – заняття, проведені в воді різної глибини. Фітнес, силова аеробіка – для розігрівання використовуються танцювальні аеробні вправи, в основній частині уроку виконуються вправи силової спрямованості (з гантелями, на тренажерах). Комбінація різних типів вправ проводиться як «кругове тренування».

У зв'язку зі специфікою аеробіки, найбільш типовими для застосування на заняттях аеробікою з метою зміцнення здоров'я молодих жінок є такі засоби:

- загально-розвиваючі вправи;
- ходьба;
- біг;
- підскоки і стрибки.

Таким чином, аеробіка – це комплекс, нескладних загальнорозвиваючих вправ, які виконуються, як правило: без пауз для відпочинку, в швидкому темпі, яка визначається сучасною музикою. Хочеться ще раз підкреслити, що

головною особливістю таких вправ – музика, підпорядкування рухів її ритмам. Музичні ритми облягають виконання вправ, придушують стомлення, посилюють задоволення від гри м'язів, створюють радісний настрій.

УДК 615.8:613.97:616.727.2

Гагара В.Ф.¹, Дзундза О.С.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

РОЛЬ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ В РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗГОВОГО КРОВООБІГУ

Поширеність цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) в світі дуже велика і складає в економічно розвинених країнах близько 15%, а смертність від цієї патології перевищує 30% і впевнено займає 2-3 місце в структурі загальної смертності населення. Частка гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) в структурі загальної смертності в нашій країні становить 21,4%, а інвалідизація після перенесеного ГПМК досягає показника 3,2 на десять тисяч населення, займаючи перше місце серед усіх причин первинної інвалідності людей працездатного віку.

Основним завданням реабілітації є відновлення порушених функцій і соціальна реадаптація хворих, включаючи відновлення навичок самообслуговування, соціальної активності, міжперсональних відносин, коли це можливо – працездатності

У хворих, які перенесли інсульт, фізіотерапію використовують для корекції основного судинного захворювання і поліпшення мозкового кровообігу, а також для усунення окремих симптомів, що виникли після інсульту.

Після інсульту багато хворих ослаблені, тому фізіотерапевтичні процедури часто призначають тільки через місяць після виникнення інсульту. Однак уже з'явилися фізіотерапевтичні методики, що дозволяють починати лікування на більш ранніх термінах.

Лікарський електрофорез - метод лікування, що поєднує вплив на організм постійного струму і вводяться з його допомогою лікарських речовин.

Особливістю лікарського електрофорезу є здатність створювати високу концентрацію лікарської речовини в патологічному вогнищі, при цьому не насичуючи весь організм. Мала кількість побічних реакцій обумовлено низькою концентрацій лікарського препарату в крові і тим, що препарат надходить в організм, минаючи шлунково-кишковий тракт.

Основою методу діадинамотерапії є вплив на організм низькочастотними імпульсними струмами. У перенесли інсульт хворих використовують для зменшення або усунення больових відчуттів, наприклад, при болях в суглобах. Знеболюючий ефект досягається за рахунок блокади больових імпульсів на рівні спинного мозку, нормалізації трофічних процесів і кровообігу, що покращує забезпечення тканин киснем. Застосування діадинамічних струмів також позитивно впливає на процес загоєння ран, виразок і пролежнів.

Електростимуляція - один з видів електролікування, використовується з метою порушення чи посилення діяльності певних органів і систем. У хворих після інсульту найбільш часто використовують для стимулювання паретичних м'язів.

Магнітотерапія - це використання магнітного поля в лікувальних цілях. Скрізь, де існує рухомий електричний заряд або струм, виникає магнітне поле. Магнітне поле – особливий вид матерії, за допомогою якої здійснюється зв'язок і взаємодія між двома рухомими електричними зарядами. Існує безпосередньо біля полюсів індуктора, а потім зменшується в міру віддалення від них. В основі магнітотерапії лежить біологічний ефект, який виникає в результаті взаємодії МП з молекулами і структурами, що володіють парамагнітні властивості. У певних умовах цей біологічний ефект проявляється у вигляді поліпшення мікроциркуляторного і загального кровообігу, сприятливо впливає на імунні і нейровегетативні процеси.

Лікування ультразвуком – це вплив механічних коливань ультразвукової частоти на організм людини з лікувально-профілактичною метою.

Механічні коливання виникають в результаті впливу електричного струму високої напруги і частоти на певні кристали. Лікувальна дія ультразвуку на організм людини здійснюється в результаті ефекту мікромасаж, який з'являється через механічне коливання тканин. Цей ефект призводить до підвищення проникності мембран клітин, і змінюється мікроциркуляція. Під впливом ультразвуку відбувається нагрівання тканин, що тягне за собою прискорення біохімічних реакцій і поліпшення постачання тканин киснем.

В основі водолікування лежить використання води в лікувальних цілях, а також для профілактики і відновлення хворих. Залежно від того, що використовують для лікування, розрізняють гідротерапію (використання чистої води) і бальнеотерапію (використання мінеральної води).

У реабілітації після ішемічного інсульту важливе значення має застосування бальнеотерапії (сірководневих, радонових, вуглекислих, йодобромних мінеральних ванн).

Теплолікування – один з видів лікування, при якому використовуються нагріті середовища, які мають здатність довго утримувати тепло. До таких середовищ можна віднести деякі види лікувальної грязі, озокерит, парафін.

Лікувальний ефект грязей проявляється за рахунок температурного, механічного та хімічного ефектів.

У хворих після інсульту для зниження больових відчуттів використовують парафін і озокерит. Провідне місце при даному виді лікування займає термічний фактор. В області впливу відбувається місцеве підвищення температури, що призводить до поживлення мікрокровотоку і розслабленню м'язів.

УДК 615.81616.711:077,5

Гагара В.Ф.¹, Свадьбіна О.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАНЯТЬ ОЗДОРОВЧИМ ПЛАВАННЯМ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Порушення постави не є захворюванням, це стан, який при своєчасно розпочатих оздоровчих заходах не прогресує і є оборотним процесом. Проте, порушення постави поступово може привести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршення ресорної функції хребта, що в свою чергу негативно впливає на діяльність центральної нервової системи, серцево-судинної і дихальної систем, стаючи супутником багатьох хронічних захворювань людини.

Лікувальне плавання при порушенні постави сприяє зміцненню скелетної мускулатури, яка запобігатиме прогресуванню викривлень хребта. Воно підвищує емоційний фон людини, надає бадьорість і формує морально - вольові якості. Водні процедури входять в безліч програм з лікування викривлень спини, які проводяться вітчизняними реабілітаційними центрами. Механізм позитивного впливу на організм заснований на наступних особливостях:

- відновлення умов для зростання хребців;
- зняття навантаження з пошкоджених сегментів хребта;
- зміцнення м'язового корсету спини;
- покращення кровопостачання;
- відновлення координації рухів;
- загальне загартовування організму;

- поліпшення роботи дихальної та серцевої систем.

Залежно від патології рекомендують такі стилі плавання:

1. При надмірних вигинів хребта (кіфоз і лордоз) рекомендовано плавати на спині. Правда, при великому посиленні угнутості хребта в поперековому відділі застосовується плавальний килимок, щоб знизити навантаження на ушкоджений сегмент.

2. Стиль кролем корисний при плоскій стопі для зміцнення м'язів стопи.

3. Порушення постави за рахунок надлишкового випинання в грудному відділі (гіперкіфоз) вимагає стилю з активним маханням руками - батерфляй.

Синхронне плавання при порушенні постави направлено на виправлення деформації в хребті і грудній клітці, формування правильного дихання і зміцнення м'язів черевного преса. Заняття з використанням синхронних елементів корисні також для профілактики викривлень вертикальної осі тулуба.

Існують профілактичні лікувальні вправи у воді, які може застосовувати кожна людина з порушенням постави:

- відштовхування від бортика з випрямленими ногами і відтягнутими шкарпетками сприяє розвантаженню хребетного стовпа.

- спочатку гребка зробіть вдих. При завершенні гребка – видих. Вдих необхідно проводити швидко, а видих плавно. Вправа тренує дихання;

- плавання брасом на спині з повільним розведенням і підтягуванням ніг зміцнює м'язовий корсет спини;

- виправлення викривлень грудного відділу хребта досягається ковзанням на грудях при плаванні брасом;

- ковзання на спині при брасом дозволяє зміцнити м'язи черевного преса;

- ковзання на спині з дошкою на витягнутих руках зміцнює плечовий пояс.

Заняття лікувальною плаванням має починатися підготовчими вправами – дихальними вправами біля бортика, плаванням брасом на грудях. Потім слід переходити до основної програми – коригуючим вправам цілеспрямованого впливу. Воно складається з декількох видів вправ.

- вправи, що активно витягають хребет;

- вправи, що виконуються в ізометричному режимі в положенні корекції основної дуги сколіоз з симетричним вихідним положенням для плечового і тазового поясу;

- плавання коригує хребет в сагітальній площині, а також інші деформації і плоскостопість;

- вправи, що розвивають силу м'язів – швидкісне плавання, плавання з ластами на ногах або пластинками на руках;

- вільне плавання і гри на воді.

Використання всіх видів плавальних рухів супроводжується постановкою правильного дихання на суші і в воді, дихальними вправами, дозованим плаванням з затримкою дихання на вдиху і видиху, з подовженим видихом.

УДК 615.838.8

Зинчук А.А.¹, Бурка Е.Н.², Куриленко К.И.³

¹ тренер-реабітолог СК «Мотор Сич»

² старш. преп. ЗНТУ

³ студ. гр. УФКСз-214м ЗНТУ

ВЛИЯНИЕ ПЛАВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Плавание – это выполнение циклических упражнений в воде в сочетании с дыханием для преодоления различных по длине дистанций.

Занятия плаванием благотворно влияют на мышечную, дыхательную и сердечно-сосудистую системы, повышают иммунитет и общий тонус организма.

Оздоровительное плавание помогает укрепить мышцы, суставы (без дополнительной нагрузки на них), повысить выносливость, уменьшить или полностью устранить нарушения осанки, предупредить развитие остеохондроза и суставных патологий.

Главная особенность плавания – это нахождение человека в горизонтальном положении в водной среде в расслабленном антигравитационном состоянии. Такая «невесомость» позволяет человеку разгрузить позвоночник: связки и мышцы, удерживающие позвоночник, расслабляются, что приводит к декомпрессии межпозвоночных дисков, корешков спинномозговых нервов, сосудов.

Плавание показано людям, любой возрастной категории. Особенно благотворно влияет плавание на детей грудного возраста.

Грудной ребёнок – ребёнок в возрасте от рождения до одного года. Различают период новорожденности (первые 4 недели после рождения) и грудной возраст (от 4 недель до 1 года). Занятия с грудным ребёнком оказывают решающее воздействие на его дальнейшее умственное и физическое развитие. Его организм не устойчив к внешним воздействиям, восприимчив к заболеваниям, поэтому его здоровья необходимо наиболее тщательное внимание.

Грудной возраст характеризуется особенно интенсивным ростом и развитием, поэтому плавание в раннем возрасте благотворно влияет на

детский организм: укрепление мышц спины, живота, шеи, рук и ног. Кроме того, грудничковое плавание стимулирует кровообращение, развивает сердечную мышцу и тонизирует кожу малыша. Плавание помогает избавиться от проявлений гипертонуса и гипотонуса, анемии и рахита.

Известно, что теплоемкость воды почти в 28 раз выше теплоемкости воздуха, организм человека теряет в воде в 30 раз больше тепла, чем на воздухе. Именно по этой причине водные процедуры являются весьма сильным закаливающим средством. Следовательно, дети грудного возраста, которые регулярно занимаются плаванием, реже болеют респираторными заболеваниями, а также раньше начинают ползать и ходить. Занятия плаванием снимают напряжение, способствуют повышению качества сна, улучшению аппетита, являются профилактикой простудных заболеваний, нарушений осанки, патологических мышечных синдромов.

Занятия в воде воздействуют практически на все органы и системы детского организма, но особое внимание стоит уделить опорно-двигательному аппарату.

Преодоление сопротивления воды способствует укреплению опорно-двигательного аппарата. В воде снимаются нагрузки на скелетную мускулатуру, снижается нагрузка на позвоночник. Эффект «гидроневесомости» освобождает хрящевые межпозвоночные диски от постоянного сдавливания их позвонками, вследствие чего, в дисках лучше происходят обмен веществ. Это способствует формированию правильной осанки, профилактике сколиоза, мышечной дистонии и т.д. А активное движение ног укрепляет мышцы и связки стопы и предупреждает развитие плоскостопия.

Таким образом, применение плавания для детей грудного возраста является действенным средством укрепления здоровья и способствует.

УДК 615.83:616.33-002

Присяжнюк О.А.¹, Ясько К.Р.², Дем'янова К.С.²

¹ канд. хім. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКУ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Виразкова хвороба шлунку (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) одне із найбільш розповсюджених захворювань шлунково-кишкового тракту, на яке хворіють переважно особи молодого та працездатного віку. Провідна роль в етіології і патогенезі виразкової хвороби (ВХ) надається *Helicobacter*

pilori (*H. pylori*). В Україні кількість населення, інфікованого *H. pylori* віком старше 20 років, складає до 81%. Крім того, факторами, що сприяють виникненню виразкової хвороби, є різні порушення з боку нервової системи; для ряду хворих може мати значення спадковість, а також нервово-психічна перенапруга ЦНС і її периферичних відділів, порушення режиму та якості харчування, зловживання алкоголем, гострою їжею, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту та ін. Основним симптомом виразкової хвороби є біль, що особливо підсилюється навесні і восени. Відзначаються також легка збудливість, дратівливість, порушення сну.

Для України характерною є висока захворюваність на ВХ та частота рецидивів (20–25%), в порівнянні із європейськими країнами. Щорічно вперше вона діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі. Зростає кількість пацієнтів, в тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги, реабілітації в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та позалікарняних умовах. Ситуація ускладнюється з огляду на те, що за даними ВООЗ, 50% хворих не виконують рекомендації лікаря, 70% роблять це свідомо, 60% не можуть вчасно їх дотримуватися, при тому, що у 58% випадків контроль з боку медичного персоналу відсутній.

За останні роки розробляються і впроваджуються нові методи лікування, медичної реабілітації і профілактики ВХШ із врахуванням механізмів шлункової секреції і причетності *H. pylori* в патогенезі та рецидивуванні захворювання. Виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки лікують комплексно: призначають медикаменти, дієтотерапію, бальнеотерапію, засоби фізичної реабілітації.

Окрім базисної медикаментозної терапії (антибіотикотерапія, антисекреторна, цитопротективна), важливе значення має реабілітація. До сучасних комплексів реабілітаційних заходів необхідно включати методики фізіотерапії, а саме мікрохвильову резонансну терапію, лазеротерапію, індуктотерію, діадинамотерапію, електрофорез із спазмолітиками, гальванізацію ділянки шлунку, КВЧ-пунктуру. В комплекс лікування виразкової хвороби обов'язково включається лікувальна фізкультура (ЛФК), яка не потребує складного технічного оснащення, великих затрат часу та додаткових коштів.

Мікрохвильова резонансна терапія це використання потоку сформованих електро-магнітних коливань по біологічно активних точках (БАТ) як в зоні проекції хворого органу, так і по корпоральних точках. Показами до її застосування є рецидивуючі виразки з частими вираженими загостреннями та при наявності у хворого алергічних реакцій на медикаменти. Лікувальний ефект: протизапальний; мембраностабілізуючий; антиоксидантний; протибольовий; стимулює репаративні процеси в слизовій

шлунково-кишкового тракту.

Лазеротерапія показана в стадії загострення при наявності стійкого вираженого больового синдрому, функціональними змінами центральної нервової системи (астеноневротичний синдром, вегето-судинна дистонія), при частих рецидивах та за наявності алергічної реакції на ліки. Рекомендовано застосування лазеротерапії в період ремісії для закріплення результатів проведеного лікування та для профілактики рецидивів. Використання лазера по біологічно активних точках – лазеропунктура дозволяє швидко нормалізувати секрецію шлунку, усунути спастичність гладких м'язів шлунково-кишкового тракту. Лікувальний ефект: клінічний – знеболення, усунення печії та нудоти, шлунково-кишкового дискомфорту, явищ астенізації та невротизації; морфологічний – повне або часткове рубцювання виразки, котре виявляється під час контрольної ендоскопії.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання. Завдання ЛФК: нормалізація тонуусу ЦНС та кортиковісцеральних взаємовідносин, поліпшення психоемоційного стану; активізації крово- і лімфообігу, обмінних і трофічних процесів в шлунку; стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки; зменшення спазму м'язів шлунку; нормалізація секреторної і моторної функцій шлунку і кишечнику; попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині. При призначенні засобів ЛФК слід враховувати, що невелике й помірне м'язове навантаження та напруження стимулюють головні функції шлунково-кишкового тракту, тоді як інтенсивні – пригнічують. Протипоказана ЛФК при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі, підозрі на прорив виразки.

Рациональна побудова програм реабілітації на різних етапах лікування, приводить до стійкої ремісії захворювання, тому хірургічні підходи використовуються лише при ускладнених формах.

УДК 616.

Маляренко Л.О.¹, Набока С.С.²

¹ студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

² канд. мед. наук., доц. ЗНТУ

КОРЕКЦІЯ ПЛОСКОСТОПІСТІ У ДІТЕЙ 8-9 РОКІВ В УМОВАХ ШКІЛЬНИХ ЗАНЯТЬ

Плоскостопість розглядається як порушення функцій стопи, яке зовні виявляється в опущенні зведень стопи, що викликане слабкістю м'язів і

розтягуванням в'язок стопи. Крім того, під плоскостопістю розуміють деформацію стопи, що полягає в зменшенні висоти її зведень у поєднанні з пронацією п'яти і супінаційною контрактурою переднього відділу стопи. В результаті опускається медіальний край стопи, патологічно розтягується її зв'язковий апарат, змінюється положення кісток; м'язи-супінатори, що грають важливу роль в підтримці зведення стопи, слабшають і атрофуються.

Здоров'я стоп – це здоров'я всього організму. Здорові стопи – правильна хода і правильний розподіл маси тіла по поверхні землі. Правильна хода і правильний розподіл маси тіла по поверхні землі – здорові суглоби і м'язи. Здорові суглоби і м'язи – здорові внутрішні органи. Ще в давнину люди визначили, що на стопі знаходиться безліч біологічно активних точок (БАТ), які пов'язані з усіма внутрішніми органами. Здорова стопа забезпечує нам комфортні умови життя і довголіття. Щоб організм не відчував перевантажень і стресів при ходінні або бігу людська ступня пружинить. Ні одна тварина не може похвалитися цією дивовижною здатністю. А пружинить стопа за рахунок унікальної конструкції, яку підтримує система зв'язок і м'язів. Коли цей м'язово-зв'язковий механізм з якихось причин слабшає, розвивається плоскостопість.

Плоскостопість – дуже підступна хвороба. Вона швидко прогресує і часто веде за собою сколіоз й інші захворювання всього опорно-рухового апарату (ОРА) дитяти, йде порушення функцій внутрішніх органів і систем організму людини, що створює сприятливе середовище для отримання нових захворювань. Тому профілактика і корекція порушення плоскостопості засобами лікувальної фізичної культури (ЛФК) у дітей потрібна з самого раннього віку, оскільки саме дитячий час є найвідповідальнішим у формуванні правильної кісткової системи.

Застосування засобів фізичної реабілітації значно покращує функціональний стан стопи людини при плоскостопості. Використання лікувальної фізичної культури (ЛФК) займає ведуче місце в системі цих заходів. Усе це і зумовило актуальність даної роботи.

Мета роботи: оцінити ефективність впливу підбраного комплексу методів фізичної реабілітації на морфо-функціональний стан стоп у дітей молодшого шкільного віку з плоскостопістю.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

1. Вивчити джерела літератури з теми дослідження.
2. Підібрати методи оцінювання морфо-функціонального стану організму дітей й методи фізичної реабілітації.
3. Провести реабілітацію дітей з плоскостопістю, та оцінити отримані результати.
4. Оцінити ефективність впливу підбраного комплексу основної групи у порівнянні з комплексом контрольної групи.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація дітей з плоскостопістю.

Предмет дослідження – комплексна програма фізичної реабілітації при плоскостопості у дітей молодшого шкільного віку.

Були використані наступні методи дослідження: 1) метод аналізу і узагальнення літературних даних; 2) метод педагогічного експерименту; 3) морфо-функціональні методи оцінювання стану склепіння стопи; 4) метод математичної статистики.

Гіпотеза дослідження: в результаті дослідження передбачається, що підібраний комплекс методів реабілітації основної групи буде більш ефективним, ніж комплекс контрольної групи.

Теоретична значимість результатів дослідження полягає в доповненні відомостей про застосування нових комплексів реабілітації дітей з плоскостопістю.

Практична значимість: розроблені та впроваджені практичні рекомендації щодо застосування нових реабілітаційних комплексів у дітей з плоскостопістю.

Після проведення фізичної реабілітації дітей обох дослідних груп встановлена тенденція до позитивних змін досліджених показників стану стопи та показників рухливих навичок дітей. У пацієнтів відмічалось зменшення больових відчуттів, хода стала більш легкою та покращилось самопочуття.

В основній групі покращення показників стану стопи та показників рухливих навичок дітей були більш вираженими ніж у дітей контрольної групи, що свідчить про ефективність дії підбраного комплексу фізичної реабілітації у порівнянні з традиційним комплексом.

УДК 616.127-005.8-08

Мирна А.І.¹, Перелигіна Є.О.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС- 214м ЗНТУ

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Інфаркт міокарда (ІМ) – крайній ступень ішемічної хвороби серця, який характеризується розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, що виник внаслідок абсолютної або відносної недостатності кровопостачання у цій ділянці.

Проблема ІМ має велике соціальне значення у зв'язку зі зростанням його частоти останніми роками, ураженням населення найбільш активного

віку – це чоловіки після 40 років, а жінки після 55-60 років. Бувають випадки, коли інфаркт міокарду виникає в 30 років.

Основною причиною, яка призводить до закупорки коронарних судин, а, отже, розвитку інфаркту міокарда – це є атеросклероз коронарних артерій. Істотну роль у патогенезі цього захворювання відіграє спазм коронарних артерій на фоні тривалих негативних емоцій, фізичного перенапруження. Безпосередньою причиною розвитку ІМ можуть бути тромбоз коронарної артерії або її емболія. У патогенезі ІМ провідна роль належить припиненню припливу крові до ділянки серцевого м'яза, що призводить до ураження міокарда. Вже через 3-5 годин після розвитку ІМ у серцевому м'язі відбувається тяжкі, необоротні зміни структури м'язових волокон – некроз. Наслідок некрозу міокарда є утворення сполучнотканинного рубця.

До важливих аспектів комплексного лікування інфаркту міокарда належить фізична реабілітація, яка включає ряд медичних і соціальних заходів, налаштованих на відновлення здоров'я, по можливості, працездатності. Ранні заняття лікувальною фізкультурою (ЛФК) сприяють поверненню людини до фізичної активності, однак починати ЛФК можна тільки з дозволу лікаря і залежно від стану хворого та ступеня ушкодження міокарда.

Дослідження у сфері лікування хворих з інфарктом міокарду не припиняються, тому актуальною проблемою сучасності є пошук нових комплексних заходів фізичної реабілітації, які дозволяють суттєво зменшити кількість смертельних випадків, збільшити кількість вилікованих хворих та зменшити строки їх лікування.

Мета нашого дослідження – виявити ефективність впливу підбраного комплексу методів фізичної реабілітації на стан хворих з інфарктом міокарду на санаторному етапі реабілітації.

Дослідження проводились на базі санаторію «Великий Луг» на протязі 3 місяців, у ньому брали участь хворі з ішемічною хворобою серця (ІХС) з перенесеним ІМ на санаторному етапі реабілітації, вікова категорія коливалась 50-60 років. Контрольна група складалась із 12 пацієнтів з діагнозом ІМ, у програму фізичної реабілітації включили дієтотерапію, медикаментозну терапію, дихальну гімнастику та дозовану ходьбу. Основна група також складалась з 10 пацієнтів з аналогічним діагнозом. В програму фізичної реабілітації основної групи додатково включили спеціально розроблені комплекси лікувальної та дихальної гімнастики, кліматотерапію, кисневі коктейлі та фітотерапію.

Реабілітаційний процес проводився методами поточного та етапного контролю, що забезпечує адекватне розширення фізичного навантаження. Поточний контроль включав найбільш доступні і одночасно досить інформативні клінічні данні (скарги, анамнез, визначення число серцевих

скорочень в 1 хвилину (ЧСС), артеріальний тиск (АТ) та кількість дихальних рухів в 1 хвилину), які дозволили проаналізувати, в цілому, як динаміку окремих симптомів, так і перебіг захворювання. Етапний контроль включав аналогічні методи дослідження.

Таким чином, за допомогою літературних джерел нами було досліджено етіологію, патогенез та діагностику ІМ. На основі отриманих даних ми розробили комплекс методів фізичної реабілітації, направлений на покращення стану хворих з перенесеним ІМ. Виявлено, що розроблений нами комплекс реабілітаційних заходів має більш ефективний вплив на хворих перенесеним ІМ, ніж той, що був використаний при реабілітації хворих контрольної групи дослідження.

Таким чином, аналіз літературних джерел та проведення дослідження хворих на ІХС з перенесеним ІМ дозволяють підтвердити ефективність фізичної реабілітації на санаторному етапі лікування.

УДК 797.2:053.2

Маляренко Ю.О.¹, Слободянюк Т.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-214м ЗНТУ

ВПЛИВ ПЛАВАННЯ НА ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

За всіх часів і у всіх народів турбота про здоров'я підростаючого покоління була першорядною. Турботу про здоров'я дитини, потребу формувати в неї мотивацію до здорового способу життя відбито у багатьох офіційних документах та програмах. Базовий компонент дошкільної освіти, чинні програми чітко визначають проблему здоров'я як один із найголовніших складників цілісного розвитку дошкільнят.

Загально відомо, що основи здоров'я закладаються в період раннього та дошкільного дитинства, тож збереження, формування та зміцнення здоров'я кожного малюка є пріоритетним завданням суспільства, родини та дошкільного навчального закладу. Для реалізації цього завдання особливо важливо сформувані у дитини відповідне ставлення до власного здоров'я і знання про нього, оздоровчі уподобання, інтереси, потреби та життєві звички.

В плаванні не тільки оздоровча мета, але й мета навчити абсолютно всіх хоча б триматись на воді. Аналіз нещасних випадків на воді показують, що основна причина їх виникнення – невміння плавати. Із загальної кількості нещасних випадків 23% відноситься до дітей і підлітків до 15 років. Особливо небезпечний вік, по даним статистики, 5-9 років.

Плавання є універсальним засобом різнобічного впливу на організм людини. Воно сприяє зміцненню здоров'я, підвищує показники фізичного розвитку, сприяє прищеплюванню прикладних навичок, загартовування організму і одночасно це один з ефективних засобів у комплексному консервативному лікуванні хворих.

При плаванні відбувається розвантаження хребта, значно зменшується вага тіла, знижується асиметрична робота паравертебральних м'язів за рахунок їх розслаблення в теплій воді, що створює сприятливі умови для виконання рухів, знижує тиск на епіфізарні зони росту тіл хребців, покращує кровопостачання кісткових структур і м'яких тканин. Необхідність подолання опору води при русі під час виконання плавальних вправ є засобом зміцнення і розвитку паравертебральних м'язів і всього опорно-рухового апарату, вдосконалення координації рухів, виховання відчуття правильної постави тіла. Горизонтальне положення тіла в воді під час плавання, рівномірний тиск води на шкіру виконує масажну дію, викликає підвищений обмін речовин, активізує життєві функції організму, збільшує частоту серцевих скорочень і покращує легеневу вентиляцію.

Протипоказаннями до занять фізичними вправами у воді служать наявність відкритих ран, що гранулюють поверхонь, трофічних виразок; захворювання шкіри (екзема, грибкові та інфекційні ураження); захворювання очей (кон'юнктивіт, блефарит, кератит) і ЛОР-органів (гнійні отити та ін.); стани після перенесених інфекційних хвороб і хронічної інфекції; трихомоноз; корінцеві больові синдроми, плексити, невралгії, неврити в стадії загострення; гострі респіраторні вірусні інфекції; нетримання сечі і калу, наявність свищів з гнійними виділеннями, рясне виділення мокротиння; туберкульоз легень в активній стадії; ревматичні ураження серця в стадії загострення; декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи та ін.

Правильно організований процес оздоровлення засобами плавання забезпечує різносторонній розвиваючий вплив на дітей і має високий оздоровчо-освітній ефект. Підвищується об'єм не тільки рухливих вмінь та навичок, але і знань, розвиваються фізичні якості та розумові можливості дітей, виховуються естетичні та моральні відчуття, вольові якості, виробляється усвідомлене та не усвідомлене відношення до своїх дій, до взаємовідносин із однолітками і найважливіше це зміцнює роботу всіх систем організму які тільки розвиваються.

Завдання:

- створити умови для охорони та зміцнення здоров'я дітей;
- формувати у дітей потребу дотримуватися здорового способу життя;
- забезпечити повноцінний фізичний розвиток дітей шляхом інтеграції здоров'язбережувальних технологій;

– формувати первинний соціальний досвід дітей, культуру здоров'я та знання про шляхи його збереження.

Саме гра надає можливість увесь час утримувати інтерес дітей до оздоровчих занять з плавання, надати заняттю позитивного емоційного забарвлення. Так, перед виконанням стрибків у воді, де суттєвим елементом є відштовхування ногами, пропонуємо дітям уявити себе жабками, які вистрибують із води. Таким чином ми домагаємося більш точного, виразного й емоційного виконання рухів.

Зрозуміти суть завдання та виконати його дітям допомагає використання під час заняття таких образних виразів та порівнянь, як: гуди, як паровоз; працюй руками, як вітряк та ін.

У результаті таких занять зміцнюється нервова система, міцніше сон, поліпшується апетит, удосконалюються рухи. Регулярні вправи у воді позитивно впливають на дитячий організм, сприяють його загартовуванню, формуванню правильної постави.

УДК 615.83

Бурка О.М.¹, Закутська Т.М.², Шарій А.Г.²

¹ старш. викл. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-235 ЗНТУ

РЕКРЕАЦІЙНІ ПОТРЕБИ ОСІБ З ПЕРЕВТОМОЮ

Втома – фізіологічна реакція на навантаження, яка проходить після певного періоду відпочинку. Втому слід розглядати як фізіологічну реакцію на навантаження.

Перевтома – це крайня ступінь втоми, стан, що виникає після великої і тривалої навантаження, застосовуваної одноразово або тривалий час.

Причинами виникнення перевтоми в сучасному суспільстві є: гіпердинамія, надмірне фізичне навантаження, стрес, хронічні захворювання тощо.

Гіпердинамія – надмірна рухова активність, яка зменшує захисні сили організму, призводить до перенапруження серцево-судинної системи, зумовлює дисгармонію в психофізичному розвитку людини та може викликати незворотні патологічні зміни.

Надмірне фізичне навантаження – навантаження, що перевищує можливості даного конкретної особи в даний момент.

Виникнення та прояви перевтоми залежать від психофізіологічних особливостей людини. При наявності тих чи інших відхилень у психіці, вроджених чи набутих у процесі життя ймовірність розвитку невротичного

вибуху підвищується. Хворобливі стани можуть виникати в осіб, які не враховують своїх сил і можливостей при плануванні фізичних і розумових завдань, тобто коли виникає конфлікт між потребою і реальною можливістю її досягнення.

Для профілактики перевтоми та відновлення нормального фізіологічного стану людини використовують психотерапію і фармакотерапію, фізіотерапію, дозовані фізичні вправи і навантаження, загартування, водні процедури тощо.

Останнім часом протидія перевтомі відбувається через задоволення рекреаційних потреб.

Рекреаційні потреби – необхідність у психофізіологічному і духовно-інтелектуальному розвитку або відновленні сил людини.

Потреби людини задовольняються через його практичну діяльність. В ході її у людей виробляються певні стереотипи поведінки. Це відноситься і до рекреаційної діяльності. Кожній рекреаційній потребі відповідає певна рекреаційна технологія, і люди при описі своїх потреб оперують уже сформованими наборами цих занять. При цьому одне заняття може бути пов'язано з необхідністю задоволення кількох потреб. Так, «катання на лижах» приховує в собі потребу в знятті втоми після одноманітної роботи, у фізичному розвитку, в спілкуванні з природою.

Позитивно на організм людини впливають різні водні процедури – обтирання, обливання, душ, купання. В основі їхньої дії лежить поєднання різних за інтенсивністю температурних, механічних і хімічних подразників, які впливають на рецептори шкіри.

Гарячі фіто- та аромаванни зі зборами лікарських рослин та ефірних олій – один із найефективніших традиційних способів оздоровлення організму. Вони знімають втому, заспокоюють нервову систему, омолоджують та очищують шкіру, нормалізують сон, покращують обмінні процеси в організмі та мають психотерапевтичний ефект.

Велике значення для зміцнення здоров'я, підвищення рухової активності, працездатності та зниження втоми є вправи на розслаблення та дихальні вправи. Важливим є дозування навантаження: для профілактики м'язового перенапруження, перевтоми та інших ускладнень.

Ефективним методом зняття втоми, як фізичної так і моральної, є кліматотерапія. Кліматичні впливи можна використовувати для лікування й профілактики. Кліматичне лікування складається з впливу особливостей кліматичних умов місцевості та спеціальних кліматотерапевтичних впливів, які називають кліматопроцедурами. Спеціальними методами кліматотерапії, які використовуються для протидії перевтомі, є – аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія. Головною умовою досягнення високого лікувального ефекту в

результаті кліматотерапії є застосування фізіологічно обґрунтованих методів дозування кліматолікувальних процедур.

Відповідно, реалізація рекреаційних потреб осіб з перевтомою сприяє більш швидкому подоланню цього патологічного стану, а також забезпечує довготривалу протидію його виникненню.

УДК 364-786: 616.831-005.1

Бурка Е.Н.¹, Мануйлова Л.В.², Шадріна К.И.²

¹ старш. преп. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-235 ЗНТУ

ЭРГОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Эрготерапия - это комплекс простых упражнений для разминки парализованных мышц, которые больной может начать выполнять в начале периода под контролем специалистов, только затем, самостоятельно не опираясь на постороннюю помощь.

Эрготерапия - это методики, включающие в себя разнообразные детские игры, состоящие из мелких деталей, таких как детское лото, мозаика, конструктор, пирамида, кубики, небольшие подделки.

Работа эрготерапевта направлена на максимальную адаптацию пациента перенёсшего инсульт к окружающей обстановке. При адаптации специалист эрготерапевт учитывает утраченные и сохранённые физические способности пациента. После перенесённого инсульта возникает потребность к обучению самообслуживанию в домашних условиях, передвижению и труду.

Цель эрготерапевта - улучшение качественной составляющей жизненных процессов людей, которые вследствие перенесённого инсульта утратили двигательные способности, не могут координировать свои движения и делать привычные дела. Комплекс эрготерапии при инсульте направлен на восстановление естественной повседневной деятельности человека с учетом имеющихся патологических изменений и физических ограничений. Эрготерапевт помогает пациенту заново научиться работать, ухаживать за собой в бытовом плане, общаться и развлекаться.

Чтобы дать человеку возможность восстановить функции памяти необходимо применить специальные лекарственные средства для улучшения питания сосудов мозга, а также эрготерапию, куда могут входить различные детские загадки, скороговорки, логические задачи, угадывание картинок, интерпретация увиденных фильмов, а также запоминание небольших по объёму стишков. Затем в задания необходимо по степени улучшения состояния больного вносить коррективы по степени сложности работы.

Рання реабілітація при інсульті дуже важна для повернення чутливості в кінцівках. Так як у людей, перенеслих інсульт, спостерігається слабкість паралізованої ноги і руки. Таке явище, можливо, пояснюється наявністю підвищеного тону м'язів кінцівок пацієнта.

Для підвищення сили м'язів ерготерапевт призначає виконання спеціальних вправ, а саме ерготерапію, процедури, які необхідні для проведення реабілітації при інсульті. Така методика може включати в себе відновлювальні роботи, направлені на повернення чутливості в пальцях паралізованої руки.

Ерготерапія, а також психологічна реабілітація в умовах стаціонару або вдома, може серйозно впливати на соціальне відновлення хворих перенеслих наслідки інсульту. Так як в кращому випадку, залишаючись без належного уваги більшість пацієнтів, потрапляють в депресію, що допускати дуже небажано.

Відновлення після інсульту справу непросте. Так як людям перенеслих інсульт необхідно приділяти достатньо багато часу в день. В окремих випадках це стосується хворих, які пережили гострі ознаки передінсультного стану.

УДК 615.83

Бурка О.М.¹, Бусол Д.В.²

¹ старш. викл. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-225 ЗНТУ

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В ФІЗИОТЕРАПІЇ

Кінезіотейпування – це інноваційна сучасна не медикаментозна методика, яку застосовують при міофасціальних больових синдромах, тунельних нейропатіях і реабілітації після інсульту і т.д.

Кінезіотейпи - це еластичні стрічки, виконані з 100% бавовни, покриті гіпоалергенним клеючим гелем на акриловій основі. Вони накладаються на шкіру і при температурі тіла клей активізується. Пацієнт абсолютно не обмежений у рухах, тейпи легко переносять контакт з вологим середовищем і швидко висихають.

На практиці в сучасному центрі кінезітерапії «Медкорд» використовують м'язово-фасціальний кінезіотейпінг. Він має тонізуючу і релаксуючу дію, це залежить від напрямку і сили натягування тейпа. Використовуються аплікації у вигляді І-образних і Y-образних смуг. Тейп при рухах покращує лімфоток і кровообіг в зоні. В центрі застосовували кінезіотейпування після

проведення сеансів мануальної терапії, для підтримки м'язово-фасціального порушення м'язового тону, в комплексній реабілітації при травмах. Також для полегшення навантаження на м'язи, зв'язки, суглоби для профілактики спортивних травм.

Суть методики полягає в тому, що до хворого місця (розтягнутого м'яза, сухожилля або гематоми) особливим способом приклеюється тейп довжиною кілька десятків сантиметрів і шириною 5-10 см. В основі методу лежить регуляція м'язового скорочення, больової чутливості та мікроциркуляції, що модифікуються за допомогою апікацій кінезіотейпами. При наклеюванні стрічок фізіотерапевт вибирає силу натягу та напрямок тейпів у залежності від діагнозу. Кінезіотейпи не обмежують рухів.

Завдяки застосуванню кінезіотейпу можна збільшити фізичні навантаження, відбувається процес значної втрати калорій. Кінезіотейп зменшує больовий синдром в м'язах, отже, дає можливість тренуватись довше, збільшуючи витривалість під час інтенсивних занять спортом. Нормалізує функціонування лімфатичної системи, знижує запалення, відновлює силу ослаблених чи травмованих м'язів. Покращує рухливість та гнучкість пошкодженої ділянки.

Важливою перевагою застосування кінезіотейпів є відсутність серйозних побічних ефектів, тому їх використання особливо виправдане для лікування болю у дітей, вагітних, пацієнтів з наявністю великої кількості супутніх захворювань. Тейпи працюють через утворення складок на шкірі, за рахунок чого поліпшується відтік міжтканинної рідини, а також впливає на рецептори в тканинах змінюючи реакцію нервової системи на біль.

УДК 615.83

Бурка О.М.¹, Бабіч К.О.²

¹ старш. викл. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-225 ЗНТУ

ІННОВАЦІЙНІ ЗАСОБИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Останнім часом спостерігається зростання інтересу до комплексних тренувань всього тіла. Залучення всіх м'язів в ході тренувань є необхідною умовою їх гармонійного розвитку і побудови фігури своєї мрії. Важливим при цьому є глибока проробка м'язових волокон і м'язів-стабілізаторів, що зазвичай проводиться з використанням нестійкого спортивного спорядження і обладнання. До такого інвентарю відносяться різні балансувальні тренажери, зокрема платформи BOSU і подушки.

Балансуюча платформа BOSU представляють собою камерну повітряну півсферу, закріплену на міцній горизонтальній підставі для забезпечення стабільності на підлозі. Тренування з BOSU дозволяють проводити тренування всього тіла, при цьому людина стає ногами на платформу (півсфера при цьому може знаходитися як під ногами, так і на підлозі) або сідає на неї. Поряд з залученням м'язів практично всього тіла відбувається тренування і розвиток координації, почуття рівноваги і контролю над кожним рухом.

Балансуюча подушка - це заповнений повітрям диск-півсфера. По суті вони є аналогом BOSU, але тільки менших розмірів і без твердої основи (в місце нього йде потовщення гуми). Тренування з балансування подушкою дуже схожі з вправами на платформі. Крім цього, подушки, оснащені масажною поверхнею, сприяють відновленню крово- і лімфообігу активних зон, знімаючи при цьому втома.

Більшість вправ з балансувальними платформами і подушками починають з найпростіших вправ: присідань, стрибків, віджимання, тренування дозволять мобілізувати активність всіх груп м'язів. При виконанні вправ необхідно утримувати рівновагу, завдяки чому в тренуванні з балансування платформою (подушкою) задіюються м'язи-стабілізатори, відбувається розвиток координації, балансу, почуття рівноваги. Кожна вправа вимагає задіяння великої кількості м'язів і відбувається їх глибока проробка, що пов'язано з необхідністю якісно виконання кожного повторення. Програма тренувань може бути спрямована не тільки на схуднення, а й поєднувати ефект силового і кардіотренування, що визначається комплексом вправ і кількістю повторень в кожному підході. Завдяки нестійкій поверхні відкривається можливість поліпшити стану хребта використовуючи «розумний тренінг» всього хребетного відділу, а також зміцнити м'язово-зв'язковий апарат стоп і гомілки. У процесі занять з використанням балансування подушки або платформи також можлива тренування витривалості і спритності.

Заняття фітнесом, аеробікою, пілатесом і йогою можна ускладнити і урізноманітнити, додавши в арсенал вправи з балансувальними платформами і подушками. Для підкорення силових видів спорту таких як пауерліфтинг, важка атлетика, бодібілдинг необхідний укріплений м'язовий каркас, при цьому задіяння дрібних груп м'язів і м'язів-стабілізаторів часто неможливо без використання балансувальних тренажерів - подушок і BOSU.

Ще одним незаперечним плюсом такого спортивного інвентарю є універсальність використання балансувальних поверхонь не тільки в спортивних залах, а й удома. Яким би видом спорту ви не займалися безумовно використання балансувальних поверхонь в своїх тренуваннях допоможуть на шляху вдосконалення спортивної форми

FLEXI-BAR (Флексі-Бар) – це новинка, яка використовується для активних тренувань з метою схуднення, підтримки м'язів в тонусі і для поліпшення фізичної форми. Тренажер не має аналогів і отримав величезне поширення в європейських країнах. FLEXI-BAR володіє незвичайною ефективністю.

Оскільки FLEXI-BAR створює вібрацію, це дозволяє тренувати глибоко розташовані м'язи тулуба, він є незамінним при тренуваннях реабілітаційної спрямованості (після травм і операційних втручань).

Він призначений для роботи з усіма групами м'язів (кількість вправ обмежена тільки вашою фантазією, а на початковому етапі занять можна скористатися відеоматеріалами з вправами).

Якість життя, благополуччя, в першу чергу залежить від здатності людини вести повноцінний, активний спосіб життя, не обмежений проблемами із здоров'ям. Саме по цьому, в справжній час заняття функціональним тренінгу придбавають все більш популярність і набирають все більшу популярність, оскільки носять оздоровчий і загальнозміцнюючий характер. Наведене вище, дозволяє зробити висновок про ефективність та необхідність використання функціонального тренінгу в системі ерготерапії. Тому обрана тема є актуальною та своєчасною.

УДК 615.825:613.9

Присяжнюк О.А.¹, Сафроненко І.Ю.², Левіна Н.Г.³

¹ канд. хім. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-235 ЗНТУ

³ корекц. педагог ЦПМН «Совеня»

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИК МОЗОЧКОВОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

Мозочок містить 50% всіх нейронів мозку, тому він так швидко опрацьовує будь-яку інформацію, що надходить з інших відділів мозку. На основі цієї інформації проводиться корекція усіх підконтрольних і пов'язаних з ним систем. Мозочок відповідає за координацію рухів, регуляцію рівноваги і м'язового тону, значний його вплив зосереджений на регуляції емоцій та уваги, а також за розвиток розумових здібностей. Порухення зв'язків між мозочком і лобовими частками мозку призводить до уповільнення формування мови, інтелектуальних і психічних процесів. Дуже часто у дітей, що мають мовні і психічні порушення, зустрічаються рухова незграбність, розкоординованість. Саме ці характеристики є ознакою того, що дитина має

проблеми в роботі мозочка і стоволового відділу мозку.

Метою нашого дослідження став аналіз доцільності використання методики мозочкової стимуляції для поліпшення сенсорної інтеграції у дітей різного віку.

На початку 60-х років ХХ-го сторіччя доктор Френк Белгау під час роботи з дітьми, що мали проблеми в навчанні читання, виявив зв'язок між руховою активністю і змінами навичок читання. Саме це стало початком для розвитку концепції роботи з дітьми з порушеннями сенсорної інтеграції, які провокують в подальшому тягнуть за собою складності в навчанні. Дані, отримані в ході практичних досліджень доктором Белгау, знайшли своє відображення в багатьох інших теоріях про рух і розумовий розвиток дітей. Прикладами цього є теорія рівневої організації Н. А. Бернштейна, теорія системної динамічної локалізації вищих психічних функцій (СДЛВПФ) А. Р. Лурія, принципи нейропсихології дитячого віку Л. С. Цветкової, діяльний підхід А. Н. Леонтьєва та ін.

Програма стимуляції мозочка реалізується зі спеціальним обладнанням *Learning Breakthrough Kit (Balametrics)*, спирається на теорію доктора Френка Белгау і багаторічний досвід практики її застосування. Сам Ф. Белгау висунув 3 принципи програми: стимулювання сенсорної інтеграції; просторову уяву і відчуття рівноваги; пропріорецептивне навчання. Інші зацікавлені фахівці в ході застосування програми на практиці змогли доповнити її ще 2 принципами: індивідуально-особистісне навчання; поетапне формування.

Таким чином, програма мозочкової стимуляції спирається на 3 аспекти: психологічний, дидактичний і інструментально-технічний. У сукупності даних аспектів методика удосконалює роботу мозочка, формуючи велику кількість нових нейронних зв'язків, що позначається на рівні навченості дитини. В ході занять підвищується пластичність мозку і з'являється можливість заповнити прогалини і заповнити недоліки функціональності базових структур головного мозку. Програма допомагає поліпшити навички мовлення, письма, математичні навички, пам'ять і розуміння.

За змістом заняття нагадують лікувальну фізкультуру: дитина стоїть на поверхні дошки, яка, в свою чергу, укріплена на округлій основі, що і змушує балансувати в спробах утримати рівновагу. Підставка конструкції дуже схожа на підставку дитячих іграшок-гойдалок. Відмінність в тому, що дитині доводиться не сидіти і розгойдуватися, а, навпаки, балансувати в положенні стоячи, виконувати різні вправи. Поверхня дошки має спеціальну розмітку, а кут нахилу платформи регулюється рокерами, що змінюють радіус від 5 до 50 градусів. Залежно від рівня нахилу змінюється рівень складності вправ.

Заняття проводяться під контролем фахівця, як в цілях безпеки дитини, так і для повноцінної результативності. Незважаючи на те, що самі вправи не

здаються якимись незвичайними і складними (перекидання м'яча або м'якої подушечки між дитиною і реабілітологом, називання цифр або предметів в певній послідовності), ефект від занять відбудеться лише при правильному підборі вправ. Ці завдання спрямовані на синхронізацію рухових і пізнавальних навичок, розвиток зорово-моторної координації. В процесі фізичних вправ і рухливих ігор під керівництвом реабілітолога дитина вчиться усвідомлювати межі свого тіла і управляти своїми рухами. Важливий елемент заняття – перехід від виконання вправ на основі наслідування або фізичної допомоги до виконання вправ за словесною інструкцією. Під час занять у дитини розвивається моторне планування – здатність продумувати послідовність своїх дій. Це необхідно для освоєння будь-яких нових навичок. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма, при цьому враховується вік дитини, її можливості та особливості розвитку.

Аналіз та дослідження показали, що даний комплекс вправ підходить для досягнення позитивної динаміки в роботі з дітьми в яких спостерігається: аутизм і розлади аутичного спектру; синдром Аспергера; алалія; синдром дефіциту уваги; зниження пам'яті; проблеми навчання; гіперактивність, підвищена збудливість; поведінкові розлади; затримка мовного розвитку; затримка психічного розвитку; дисграфія; дислексія; диспраксія; центральне порушення слухового аналізу; розлад сенсорної обробки; порушення ходи; порушення постави; порушення моторики; порушення роботи вестибулярного апарату; порушення координації рухів.

УДК 613/614:331.446.3:517.972

Присяжнюк О.А.¹, Дубовик Д.М.²

¹ канд. хім. наук, доц. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-225 ЗНТУ

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ

Період розвитку суспільства в 21-му столітті характеризується сильним впливом на нього інформаційних технологій. Вони поширилися в усі сфери діяльності громади, забезпечують поширення інформаційних потоків в суспільстві, при цьому утворюють глобальний інформаційний простір. Інформаційні технології (ІТ) швидко перетворилися на потужний стимул розвитку не тільки світової економіки, а й інших сфер людської діяльності. Важко знайти галузь, в якій не використовуються інформаційні технології. Безумовними лідерами з впровадження комп'ютерних технологій є наступні галузі: машинобудування, архітектура, банківська справа, освіта, і, безперечно, медицина.

Сучасні ІТ все більше використовуються в медичній практиці і в галузі охорони здоров'я, що є зручним та необхідним в наш час. Завдяки цьому медицина набуває сьогодні абсолютно нових рис. Цей процес супроводжується суттєвими змінами в медичній теорії та практиці, пов'язаними з внесенням коректив як на етапі підготовки медичних працівників, так і на етапі їх практичної діяльності. Життєвий шлях кожної людини в тій чи іншій мірі перетинається з лікарями, яким ми довіряємо своє здоров'я і життя. Але образ медичного працівника та медицини в цілому останнім часом зазнає серйозних змін, і відбувається це багато в чому завдяки розвитку інформаційних технологій. І хоча присутність інформаційних технологій стає для пацієнта вже помітною, але розуміння структури і значення інформаційних технологій в медицині та підготовці фахівців цієї галузі є дуже актуальною. Тому метаю нашого дослідження було узагальнення основних понять, завдань та аналіз сучасних медичних інформаційних систем.

Медична інформаційна система – сукупність програмно-технічних засобів, баз даних та знань, призначених для автоматизації різних процесів у лікувальному закладі та для інформаційної підтримки діяльності фахівців. Інформаційна системи (ІС) охорони здоров'я – взаємозв'язані компоненти для накопичення, аналізу та подання інформації, необхідної для управління програмами надання медичної та фармацевтичної допомоги, а також для моніторингу медичної та фармацевтичної діяльності.

За останні 20 років рівень застосування комп'ютерів в медицині – підвищився. Практична медицина стає все більш автоматизованою. Виділяють два види комп'ютерного забезпечення: програмне і апаратне. Програмне забезпечення включає в себе системне і прикладне. До системного програмного забезпечення входить мережевий інтерфейс, який забезпечує доступ до даних на сервері. Дані, введені в комп'ютер, організовані, як правило, в базу даних, яка, в свою чергу, управляється прикладною програмою управління базою даних і може містити, зокрема, історії хвороби, рентгенівські знімки, статистичну звітність по стаціонару, бухгалтерський облік тощо. Прикладне забезпечення це програми, для яких, власне, і створений комп'ютер. Функція прикладного забезпечення – обчислення, обробка результатів досліджень, різного роду розрахунки, обмін інформацією між комп'ютерами. До досліджень з використанням обчислювальної техніки можна віднести комп'ютерну томографію, томографію з використанням явища ЯМР, ультрасонографію, дослідження із застосуванням ізотопів та ін. Кількість інформації, отримана за таких досліджень дуже велика, і без комп'ютера людина нездатна її сприйняти, обробити і засвоїти.

Тому розвиток медичних ІС в Україні має наступні напрямки: розробка

спеціалізованого програмного забезпечення для допомоги лікарям у прийнятті конкретних рішень (експертні системи); розробка автоматизованих робочих місць (АРМ); створення автоматизованої історії хвороби та амбулаторної карти пацієнта; створення автоматизованої системи реалізації та обліку лікарських засобів, системи інтернет-аптек, електронних рецептів. Основні задачі, які забезпечать ІС:

- зберігання та пошук інформації: аналіз даних, збір реєстрація та документування даних;

- забезпечення обміну інформацією: контроль виконання технології лікувально-діагностичного процесу; контроль за перебігом захворювання; облік та реалізація лікарських засобів; підтримка прийняття рішень.

ІС розподіляють за спрямуванням використання: ІС перинатальної та дитячої смертності (із факторами критичного ризику); ІС профоглядів та диспансеризації; ІС для моніторингу вроджених дефектів; реєстр сімей із спадковими захворюваннями та ризиком їх появи; реєстри спеціалізовані (онкологія, фгізіатрія тощо), у тому числі групи ризику; реєстр інвалідів; медико-екологічні системи.

Використання новітніх інформаційних технологій в сучасних медичних закладах дозволить легко вести повний облік всіх наданих послуг, зданих аналізів, виписаних рецептів; автоматизувати медичні установи – тобто створити єдиний інформаційний простір, що, в свою чергу, дозволяє створювати автоматизовані робочі місця лікарів, організувати роботу відділу медичної статистики, створювати бази даних, вести електронні історії хвороби і об'єднувати в єдине ціле всі лікувальні, діагностичні, адміністративні, господарські та фінансові процеси. Все це підвищує ефективність при наданні медичної допомоги громадянам нашого країни.

УДК 615.83

Бурка Е.Н.¹, Процько А.А.²

¹ старш. преп. ЗНТУ

² студ. гр. УФКС-225 ЗНТУ

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В СПОРТЕ

Кинезиологическое тейпирование – это простой и эффективный метод лечения травм (растяжения связок, мышечных болей, гематом, отёков и др.) с помощью специальной клейкой ленты (тейпа). Метод разработан японским рефлексотерапевтом и хиропрактиком Кензо Казе в 70-х годах XX века, и уже более 20 лет применяется по всему миру. В мировом спорте дебютом кинезиотейпинга стали Летние Олимпийские игры 2008 в Пекине.

Кинезиотейпы – это эластичные хлопковые ленты, покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Тейпы можно оставлять на коже до 2 недель, т.к. хлопок является «дышащим» материалом. При этом спортсмен абсолютно не ограничен в движениях, и может спокойно продолжать тренировки (в том числе и спортсмены, которые занимаются водными видами спорта).

Кинезиотейпирование в спорте применяется с обезболивающей, противовоспалительной, лимфодренажной, расслабляющей, стабилизирующей целью.

Одно из наиболее востребованных свойств кинезиотейпирования в спорте – «динамическая иммобилизация» (возможность мягкой стабилизации суставов без ограничения объёма движений). В особенности это касается видов спорта со спонтанной активностью: футбол, волейбол, борьба и др. Так же это свойство широко применяется профилактики спортивного травматизма.

Основными показаниями к кинезиотейпированию в спорте является: болевой синдром; растяжения связок; ушибы мягких тканей; гематомы; подвывихи лодыжек, плеча, пальцев; плечелопаточный периартрит; эпикондилитов; подвывиха надколенника; травм позвоночника и др.

Методика заключается в наложении на травмированное место (растянутой мышце, сухожилию или гематоме) тейпа, аппликация подбирается строго индивидуально, в зависимости от желаемого эффекта. Действие тейпа сохраняется до 5 дней, после чего эффект плавно снижается.

Кинезиотейпинг, в отличие от классической десмургии, позволяет сохранить и даже увеличить подвижность повреждённой конечности. Эффект достигается за счёт поддержки, стабилизации мышц, суставов и связок и увеличению циркуляции межклеточной жидкости, крови и лимфы.

До недавнего времени спорт был основной сферой применения кинезиотейпинга. Однако в последние годы, благодаря доступности и эффективности, методика кинезиотейпирования получила распространение и в физической терапии.

СЕКЦІЯ «СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА ТА ЛОГОПЕДІЯ»

УДК 616.831-008.434.5

Івахненко А.А.

канд. пед. наук, доц. ЗНТУ

ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ У ПОСТІНСУЛЬТНИЙ ПЕРІОД

В Україні щороку стається близько 140 тисяч випадків інсультів, тобто гострого порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частин головного мозку. З них 40% випадків закінчуються летально вже протягом 30 днів, а 50% пацієнтів зазнають інвалідизації [3; 4]. На сьогоднішній день порушення мовлення при інсульті є однією з основних причин інвалідизації населення й тривалої втрати працездатності.

Типовим для хворих, які зазнали інсульту, є явище афазії, тобто повної або часткової втрати мовлення, яка обумовлена локальним ураженням однієї або декількох мовленнєвих зон мозку. Це не просто втрата здібностей розмовляти, виражати свої думки усно, але й неможливість писати, читати, розуміти слова [3]. Афазія виникає внаслідок порушення мозкового кровообігу. На клінічну картину кожної з форм афазій впливають розміри вогнища ураження, його глибина, етіологія й етап захворювання. Існують різні класифікаційні системи афазичних порушень. Найпоширенішою серед них є нейропсихологічна класифікація О. Р. Лурія. Він виокремлює шість основних форм афазій: моторні афазії аферентного й еферентного типу, динамічну, сенсорну (акустико-гностичну), акустико-мнестичну й семантичну афазії [2].

Аферентна моторна афазія виникає при ураженні задніх постцентральных відділів рухливого аналізатора нижніх тім'яних відділів. Основним фактором цієї форми афазії є порушення кінестетичної основи мовлення. Це веде хворого до неможливості вимовити окремий звук, тому що звуки, близькі за змістом і способом виникнення, заміщуються один одним. У такий спосіб мовлення хворого відсутнє, або дуже обмежене в обсязі [4].

Еферентна моторна афазія виникає при ураженні задньолобних відділів кори головного мозку – 44 поле, зона Брока. Основним фактором цієї форми афазії є порушення кінетичної організації мовлення. Страждає плавне мовлення через патологічну інертність артикуляторних актів. У результаті чого мовлення стає розірваним, супроводжується застряганням на будь-яких фрагментах висловлювання [1; 4].

Динамічна афазія виникає при ураженні відділів мозку, які розташовуються спереду від зони Брока й додаткової «зони Пенфілда».

Основним фактором цієї форми афазії є порушення внутрішнього мовлення. Згідно з досліддами, які були проведені Т.В. Ахутіною, динамічна афазія характеризується порушенням функції мовленнєвого програмування, у зв'язку з чим хворі користуються готовими мовленнєвими штампами, або порушенням граматичного структурування – у важких випадках це проявляється у вигляді «телеграфного стилю» у мовленні хворих [2; 4].

Сенсорна (акустико-гностична) афазія виникає при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини – 22 поле, зона Верніке. Основним фактором цієї форми афазії й порушення розуміння мовлення є порушення фонематичного слуху, яке веде до дефектів сприйняття звуків на слух. У цьому разі в мовленні хворих з'являється логорея, вербальні й літеральні парафазії [4].

Акустико-мнестична афазія виникає при ураженні середньої скроневої звивини – 21, 37 поля. Основним фактором цієї форми афазії є порушення слухо-мовленнєвої пам'яті, слабкість акустичних слідів. Це призводить до труднощів розуміння розгорнутих видів мовлення, в особистій мові хворих виявляється словниковий дефіцит [1; 4].

Семантична афазія виникає при ураженні стику скроневої й тім'яно-потиличної частки домінантної по мові півкулі головного мозку. Основним фактором цієї афазії є порушення розуміння логіко-граматичних конструкцій, які відображують одночасний симультанний аналіз і синтез явищ. Спостерігаються специфічні труднощі при пошуках потрібного слова або довільного називання предмету [4].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии : учебник для студен- тов вузов / Т. Г. Визель. — М.: АСТ: Астрель, 2005. — С. 223—227.
2. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лу- рия. — СПб.: Питер, 2008. — 485 с.
3. Манвелов Л. С. Инсульт / Л. С. Манвелов, А. С. Кадыков. — М.: В. Секачев, 2004. — 189 с.
4. Філіпова Т. В. Мовленнєві порушення при афазіях/ Т. В. Філіпова // Український вісник психоневрології. – Харків, 2014. - Т. 22. – Вип. 1 (78). – С. 138-141.

АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЕВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВИ

Питання поглибленого вивчення дітей з мовними порушеннями є однією з актуальних проблем спеціальної освіти на сьогоднішній день. Сучасні дослідження виявили тенденцію до суттєвого збільшення в Україні кількості дітей зазначеної категорії. Так в різних регіонах нашої країни діти з порушеннями мови складають 40-50% серед усіх дітей з особливостями психофізичного розвитку [3].

Мовленнєвий розвиток багато в чому визначає загальний стан розвитку дитини. Оволодіваючи засобами спілкування, дитина розвивається, збагачує свої знання про довкілля, удосконалює форми її відбиття. Мовленнєві порушення негативно впливають на весь хід розвитку дитини, позначається на її діяльності й поведінці. Вони впливають і на інтелектуальний розвиток, особливо на формування вищих рівнів пізнавальної діяльності, здатності до понятійного мислення, що зумовлено тісним зв'язком мовлення та мислення. А також обмежують дитину з порушеннями мови щодо соціальних і мовленнєвих контактів, у процесі яких здійснюється пізнання дитиною навколишнього світу [4].

Вирішальна роль у розвитку мовлення дитини належить мовленнєвому диханню. У ході мовленнєвого розвитку виробляється специфічний «мовленнєвий» механізм дихання, отже, виробляються і специфічні «мовленнєві» рухи діафрагми. У процесі усного мовлення діафрагма багаторазово виробляє тонко диференційовані коливальні рухи, що забезпечують мовленнєве дихання та звуковимову. Дихання входить у складну функціональну мовленнєву систему. Органи слуху, дихання, голосу, артикуляції нерозривно пов'язані і взаємодіють між собою на різних рівнях під контролем центральної нервової системи. Кожен з органів мовлення має свою функцію. На думку О. Р. Лурія, порушення однієї з них відіб'ється на діяльності інших органів. Тому так важлива роль дихання як «пускового механізму» початку постанови звуковимови, голосоподачі [1; 2].

Дослідження вітчизняних та зарубіжних вчених встановили факти значного відставання від вікової норми таких показників дихання, як життєва ємність легенів й окружність грудної клітки в дошкільників, які мають порушення мовленнєвої функції. Під час висловлювання в них можуть спостерігатися затримка дихання, судомні скорочення м'язів діафрагми і грудної клітки, додаткові вдихи. У дошкільників відзначено недостатній

обсяг вдихуваного повітря перед початком мовленнєвого висловлювання й скорочений, нерационально використовуваний мовленнєвий видих. Промовляння окремих слів відбувається в різні фази дихання – як на вдихові, так і на видиху [1; 3].

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури засвідчив, що на сьогодні ще недостатньо розроблено питання вивчення складників механізму мовленнєвої діяльності, зокрема такого важливого фактору мовлення як мовленнєве дихання, а також засоби та методи його ефективного розвитку та корекції у дітей з мовленнєвими порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Галущенко В.І. Корекційно-виховна робота з розвитку мовленнєвого дихання з використанням здоров'язберігаючих технологій в умовах спеціального дошкільного закладу для дітей з порушеннями мовлення / В.І. Галущенко // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки : збірник наукових праць / за ред. А. Л. Ситченка. – № 3 (50), вересень 2015. – Миколаїв : МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2015. – С. 43-48.

2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2008. – 485 с.

3. Новікова Н.В. Розвиток мовленнєвого дихання у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення / Н.В. Новікова // Автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.03 / Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д. Ушинського. – О., 2009. – 20 с.

4. Шеремет М.К. Хрестоматія з логопедії. Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія. / М.К. Шеремет, С.Ю. Конопляста - К.: КНТ, 2008. - 380 с.

УДК 373.091.2 : 316.647.5 : 376 (043.2)

Залановська Л.І.

канд. псих. наук, доц. ЗНТУ

ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ЯК ОДИН З ВАЖЛИВИХ АСПЕКТІВ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Сучасний етап розвитку суспільства в Україні характеризується значними змінами у системі професійної освіти, дедалі більшого розвитку набуває інклюзивна модель освіти, яка найбільш повно реалізує право на освіту дитини з особливими потребами. Інклюзивна освіта розглядається як процес інтеграції, який передбачає доступність освіти для кожної дитини і

розвиток загальної освіти внаслідок пристосування до різних потреб всіх дітей, а отже в основі покладені толерантні цінності і це перший шлях до формування толерантного середовища. Але слід зауважити, що інклюзія і інтеграція, будучи провідними тенденціями сучасного етапу розвитку системи освіти, не повинні підміняти собою систему в цілому. Кожна дитина, незалежно від своїх особливостей – фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних чи мовних, повинна мати можливість реалізувати своє право на навчання в будь-якому загальноосвітньому навчальному закладі і отримати при цьому гідну й якісну освіту. Сприятливе толерантне середовище є однією із вихідних умов розв'язання проблем інклюзивної освіти.

Г. Кравченко, Г. Сіліна, зазначають, що при обговоренні можливості впровадження інклюзивної освіти виникають одні і ті ж самі перепони, а саме соціальні установки:

- стійка суспільна думка про обов'язкову спеціальну освіту дітей з особливими потребами; думка про те, що діти не зможуть прийняти дитини яка має особливі потреби;

- невідповідність майбутніх педагогів до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами [2].

Педагогічні ідеї формування толерантної особистості присутні в багатьох роботах а саме: М. Боритко, Г. Палаткіна, О. Ільїна, В. Маралов, В. Сітаров, В. Шаталов та ін.

Толерантність (лат. *tolerantia* – стійкість, витривалість; терпимість; допуск, допустиме відхилення) – складна інтегративна якість особистості; ціннісна детермінанта політичної культури; механізм вирішення проблем співіснування представників різних рас, культур тощо; позитивна реакція на існування відмінностей; соціальна властивість, засіб досягнення суспільної згоди; один із принципів гуманістичного виховання.

На думку С. Братченко, «внутрішньою умовою толерантності» є розуміння відмінностей між людьми, їх природної неоднаковості та готовність поважати ці відмінності, а також здатність до відкритого діалогу [1]. Проблема толерантності є проблемою особистісних установок, цінностей, смислів, оскільки, з одного боку вони складають внутрішній світ людини, її переживання, а з іншого – відповідають за мотиваційну регуляцію реальної поведінки людини.

Л. Бернадська, А. Біджиев, О. Грива, Т. Ліхачова, О. Волошина, О. Рибак та ін. виділяють два шляхи побудови толерантного освітнього середовища: перший полягає в припиненні негативних реакцій та другий – у створенні умов необхідних для досягнення усіма учнями усвідомлення соціальної значимості кожного з них.

Сутність формування толерантності полягає у цілеспрямованому формуванні позитивного (подолання негативного) досвіду толерантності,

тобто створення простору для безпосередньої або опосередкованої взаємодії з іншими у поглядах або поведінці людьми, їх спільнотами. Звідси випливає, що освітня стратегія повинна забезпечувати створення таких педагогічних умов, які сприяють формуванню толерантних переконань, поглядів і навичок толерантної поведінки у родині, навчальному закладі, у майбутній професійній діяльності за участю всіх зацікавлених осіб (батьків, педагогів, працівників соціальної сфери, політиків, засобів масової інформації та суспільства в цілому). Зокрема, велика роль у процесі утвердження принципу толерантності та формування її суб'єктів належить закладам вищої освіти [3, с. 119–120].

Формування толерантної свідомості у сучасної молоді відбувається як у процесі навчання, так і в позааудиторній роботі. Формування толерантності в цьому випадку вимагає відповідних зусиль, спеціально організованих заходів, метою яких є зближення різних людей, досягнення взаєморозуміння між ними та їх взаємне духовне збагачення.

Таким чином, важливим аспектом інклюзивної освіти є прояв толерантності. Проявляючи толерантність, людина ніколи не буде прагнути підкорити собі іншого, завдати йому шкоди. Толерантність передбачає повагу до гідності кожного, здатність визнавати інші погляди, думки, спосіб життя, усвідомлювати те, що кожна особистість має право на наявність та збереження індивідуальності. Толерантність сприяє взаємопізнанню, при якому звертають увагу, насамперед, на споріднені цінності (загальнолюдські), а потім на такі, які їх відрізняють. При цьому останні не мають сприйматися як негатив, а як закономірність, яку треба сприймати, розуміти й поважати. Отже, прояви толерантності сприяють регулюванню взаємин між людьми, визначають прагнення ставитися до іншої людини, як до самої себе. Толерантність відноситься до загальнолюдських цінностей і тому є важливою умовою розвитку діалогу, а діалог забезпечує рівноправну взаємодію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Братченко С. Л. Введение в гуманитарную экспертизу образования / С. Л. Братченко. – М. : Смысл, 1999. – 137 с.
2. Кравченко Г. Ю., Сіліна Г.О. Інклюзивна освіта в ДНЗ. / Г.Ю. Кравченко, Г.О. Сіліна – Харків: Вид-во «Ранок», 2014. – 176 с.
3. Осипова Т. Ю., Бартенєва І. О., Біла О. О. Виховна робота зі студентською молоддю: Навч. посібник / За заг. ред. Т. Ю. Осипової. – Одеса: Фенікс, 2006. – 288 с.

УЗАГАЛЬНЕННЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ПРИРОДУ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Система корекційної допомоги дітям з особливими освітніми потребами в сучасній Україні набуває значних змін. З одного боку ці зміни викликані інтеграцією України у європейське суспільство з привласненням цінностей рівних можливостей розвитку, індивідуального підходу та врахування індивідуальних потреб кожної особистості. З іншого боку соціально-економічна криза в Україні призводить до звертання традиційних соціальних програм й запровадження нових, серед яких особливого значення набуває інклюзивна освіта. В свою чергу впровадження інновацій потребує вирішення питань їх наукового супроводу, втілення сучасної методології, в основі якої є необхідність вирішувати проблеми виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з затримкою психічного розвитку, комплексно та системно.

У межах даного теоретичного дослідження здійснено аналіз та систематизацію уявлень про природу та зміст ЗПР для визначення напрямків психолого-педагогічної допомоги дітям. Результати дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

Питанням визначення етіології та особливостей прояву затримки психічного розвитку, організації допомоги дітям із ЗПР присвячена значна кількість досліджень, але вони не вичерпують повноти розкриття всіх аспектів цього питання.

Класифікації ЗПР базуються на критеріях, які зазвичай суттєво розрізняються та не дають можливості знайти тотожність виявлених проявів психічного недорозвинення [3]. Складнощі діагностики виникають при необхідності розмежування станів затримки психічного розвитку та розумової відсталості, нормального розвитку та ЗПР. Отже, існуючий діагностичний інструментарій потребує удосконалення.

Найбільш розповсюдженою є класифікація ЗПР запропонована К.С. Лебединською, де, крім опису механізмів виникнення, відображені прогностичні можливості дітей відповідно до виду затримки (конституціонального генеза; соматичного генеза; психогенного генеза та церебрального генеза) [2].

Затримка психічного розвитку є варіантом психічного дизонтогенезу, до якого належать різноманітні за етіологією, патогенезом, клінічними проявами та особливостями динаміки стани легкої інтелектуальної недостатності, які

займають проміжний стан між інтелектуальною нормою і розумовою відсталістю та мають тенденцію до позитивної динаміки при спеціально організованій корекційно-відновлювальній роботі [1].

ЗПР характеризується нерівномірним або уповільненим дозріванням вищих психічних функцій. Всі основні вікові психічні новоутворення при цьому порушені формуються уповільнено і мають якість своєрідності. ЗПР проявляється у дітей в вигляді недостатньої пізнавальної діяльності, зниженні рівня працездатності, недорозвиненні емоційно-вольової сфери.

Діти із ЗПР відстають від своїх нормально розвинених однолітків у комунікативному розвитку [2; 4]. У них спостерігається низький рівень розвитку мовних засобів спілкування, переважають експресивно-мімічні та практично-дійові засоби спілкування, ігрові інтереси, які затрудняють виникнення змістовних контактів між партнерами спілкування. Існуючі теоретичні погляди та емпіричні результати досліджень не вичерпують проблему формування комунікативної діяльності у дітей старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку.

Аналіз та систематизація уявлень про природу та зміст ЗПР з позицій науковців із різних галузей науки та практики, дав змогу визначити важливість спілкування дітей із ЗПР з дорослими та однолітками для їх розвитку, як умови їх повноцінної інтеграції до суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Емелина Д.А. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) / Емелина Д.А., Макаров И.В. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3, С. 11–16.
2. Дмитриева Е.Е. Коммуникативное развитие детей с легкими формами психического недоразвития на ранних этапах онтогенеза: Монография. / Дмитриева Е.Е. – Н. Новгород: НГПУ, 2004. – 259 с.
3. Машалкин А.П., Порошина Е.А. Современные подходы к диагностике различных форм задержки психического развития // Специальное образование 2001, № 1. – С. 57–65.
4. Семенцова О.М. Психологічні особливості ситуативно-ділової форми спілкування з однолітками дітей з ЗПР старшого дошкільного віку / Семенцова О.М. // Фаховий збірник ВАК України «Актуальні проблеми психології» Т.1. «Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія» Ч. 21–22 / За ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, 2008. – С. 194–198.

УДК 373.3. 026.015.31 (043.2)

Залановська Л.І.¹, Панченко В.Г.²

¹канд. псих. наук ЗНТУ

²студ. гр. УФКС-316

ДИДАКТИЧНА ГРА ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ДИСГРАФІЇ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Проблема вивчення і корекції дисграфії дітей в даний час є одним з найбільш актуальних завдань логопедії та педагогіки. На сьогодні недостатньо ефективні традиційні методи навчання, оскільки все більше учнів має порушення письма з ускладненнями симптоматики і механізмів цього порушення. Адже, розлади письма у дітей тягнуть за собою порушення в оволодінні орфографією (О. Азова, Р. Лалаева, Л. Парамонова, І. Прищепова), що стає причиною стійкої неуспішності, відхилень у формуванні особистості дитини. Все це і обумовлює пошук засобів корекції дисграфії у молодших школярів.

Існує кілька класифікацій дитячої дисграфії, що відображають різний стан науки на момент їх розробки, а також свідчать про різне розуміння авторами механізмів даного розладу (М. Хватцев, О. Токарева, Р. Лалаева, А. Корнев та ін.). Неоднозначність існуючих уявлень про дисграфію, її причини, механізми, симптоми пов'язана з розбіжністю в наукових підходах до її вивчення.

Дисграфія – це часткове порушення письма, що виявляється в стійких, повторюваних помилках, зумовлених несформованістю вищих психічних функцій, що беруть участь в процесі письма. Головним і практично єдиним критерієм діагностики дисграфії прийнято вважати наявність в письмі специфічних помилок.

У дітей з дисграфією відзначається несформованість багатьох вищих психічних функцій: зорового аналізу і синтезу, просторових уявлень, слуховимовної диференціації звуків мови, фонематичного, складового аналізу і синтезу, ділення пропозицій на слова, лексико-граматичної будови мови, розлади пам'яті, уваги, емоційно-вольової сфери [2].

Виходячи з механізмів кожного виду дисграфії, автори, що присвятили свої дослідження даній області, а саме: Р. Лалаева, В. Ковшиков, І. Садовникова, І. Ефименкова, Г. Місаренко, А. Корнев та інші, пропонують різні методики корекційної роботи.

Так, для кожного виду порушення письма встановлено певний порядок корекції порушення письма: або це психолінгвістичний рівень, або психофізіологічний рівень. Але методи роботи психофізіологічного рівня залишаються незмінними – це уявлення про звук і зв'язок звуку і букви. І

звичайно, обов'язково повинен бути присутнім психологічний рівень розвитку письма – це мотив і бажання писати.

У більшості методик подолання дисграфії основна увага приділяється корекції наявних порушень усного мовлення учнів (Т. Безсонова, Л. Венедиктова, Л. Ефименкова, Р. Лалаева, Л. Парамонова, І. Садовникова, Л. Спірова, О. Токарева). Причому ряд авторів пропонує психолого-педагогічний підхід до корекції дисграфії з урахуванням психологічних особливостей даної категорії учнів (Т. Ахутіна, Є. Жаркова, А. Корнев, А. Потаніна, Е. Соболева, А. Тараканова), є окремі вказівки на необхідність розвитку у дітей з дисграфією пам'яті та уваги.

Дидактична гра – необхідна складова організації навчально-виховного процесу в початковій школі, яка обумовлена психолого-фізіологічними особливостями молодших школярів. На сьогодні у педагогічній літературі не існує єдиного погляду на визначення поняття «дидактична гра». Цей термін по-різному трактується в працях дослідників. Науковці визначають її сутність як форму спілкування (М. Гончаров, Т. Ладивір, М. Лісіна, В. Семенов, В. Сушко, Н. Філатова), форму діяльності (Л. Виготський, Д. Ельконін), метод стимулювання та мотивації навчання (Ю. Бабанський), метод активного навчання (П. Щербань), метод самостійного оволодіння знаннями (В. Оконь).

Дидактичні ігри, які використовуються в початковій школі, виконують різні функції: активізують інтерес та увагу дітей, розвивають пізнавальні здібності, кмітливість, уяву, закріплюють знання, вміння і навички, тренують сенсорні вміння, навички тощо. Правильно побудована цікава дидактична гра збагачує процес мислення індивідуальними почуттями, розвиває саморегуляцію, тренує вольові якості дитини [1].

У дидактичній грі основним типом діяльності є навчальна діяльність, яка вплітається в ігру. Технологія дидактичної гри – конкретна технологія проблемного навчання. При цьому ігрова навчальна діяльність має важливу властивість: у ній пізнавальна діяльність учнів являє собою саморух, оскільки інформація не надходить ззовні, а є внутрішнім продуктом, результатом самої діяльності. Отримана таким чином інформація породжує нову, яка, в свою чергу, тягне за собою наступну ланку, поки не буде досягнутий кінцевий результат навчання.

Дидактичними умовами використання гри як засобу корекції є:

- органічне включення гри у структуру уроку;
- посилення розвивальної спрямованості дидактичних ігор;
- вміле керівництво педагогом процесом ігрової діяльності.

Таким чином, використання дидактичних ігор, що сприяють розвитку фонематичного слуху, слухової уваги та звукового сприйняття на заняттях і в процесі повсякденної життєдіяльності сприяє розвитку розумових операцій

(аналізу, синтезу, порівняння, зіставлення та ін.), допомагає дітям повніше і глибше зрозуміти запропонований матеріал, значно розвиває звукову сторону мови, сприяє розвитку мовних навичок, що є обов'язковим при корекції дисграфії у дітей молодшого шкільного віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Блінова Г.Й., Пічугіна Т.В. Дидактичний матеріал для подолання вад письма у дітей / Г.Й. Блінова, Т.В. Пічугіна. – К.: Благовіст.
2. Технології попередження дисграфії / За ред. Л.П. Кондратенко, О.Ю. Прищепи. – К.: Главник, 2016.
3. Собонович Є.Ф., Тищенко В.В. Програмні вимоги до корекційного навчання з розвитку мовлення дітей з вадами інтелекту. – К.: Актуальна освіта, 2004.

УДК 373.2.013.82

Ганноцька Д.І.¹, Семенцова О.М.², Серета О.П.²

¹студ. гр. УФКС-316 ЗНТУ

²старш. викл. ЗНТУ

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ФОНЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ СТЕРТІЙ ФОРМІ ДИЗАРТРІЇ

На сучасному етапі реформування в освіті змінюються вимоги до підготовки дошкільників до навчання у школі [1]. Значною мірою готовність до шкільного навчання визначається мовленнєвою готовністю дитини. Водночас збільшується кількість дітей, у яких із-за порушень фонетико-фонематичної складової структури мовлення виникають складнощі при письмі та читанні. Тому своєчасне та швидке виправлення недоліків звуковимови є основним завданням логопедичної роботи в дитячому дошкільному закладі.

Дане дослідження відбувалось на базі Зеленогайського навчально-виховного комплексу Томаківського району Дніпропетровської області у дошкільному навчальному закладі «Світанок». Для логопедичного обстеження було використано методику Н. Г. Пахомової та О. Ф. Архипової [2, 4, 5]. У дітей п'ятирічного віку, які відвідують цей навчальний заклад, прояви дизартрії було виявлено у 83 % від загальної кількості вихованців, що прийняли участь у обстеженні. Дослідження показало, що у дітей при органічних церебральних порушеннях звуковимови (дизартрії) спостерігається недостатня рухливість окремих м'язових груп мовленнєвого апарату (губ, м'якого піднебіння, язика), загальна слабкість всього

периферичного мовленнєвого апарату внаслідок ураження тих чи інших відділів нервової системи. Серед просодичних порушень можна відзначити такі особливості мовлення, як її монотонність і маловиразність. У багатьох дітей відзначався низький тембр голосу, і тихе, згасаюче мовлення, темп уповільнений, а в деяких випадках прискорений. Фонетичні та просодичні порушення при дизартрії обумовлені паретичністю або спастичністю окремих груп м'язів артикуляційного, голосового та дихального відділу мовленнєвого апарату. Порушення фонематичного слуху, в основному носило вторинний характер, тому що власне «змазане» мовлення не сприяло формуванню чіткого слухового сприйняття і контролю.

Для дітей було характерно спрощення артикуляції, що виражалось в заміні складних звуків більш простими за артикуляційно-акустичними ознаками. Серед особливостей прояву дизартрії у дітей п'ятого року життя відзначалися такі недоліки звуковимови, як: носовий відтінок при вимові голосних, заміни приголосних за глухістю – дзвінкістю, міжзубний сигматизм, бічний сигматизм, шиплячий парасигматизм, губно-зубний парасигматизм, міжзубний ламбдацизм, губно-зубний ламбдацизм. Найчастіше зустрічались бічна і міжзубна вимова свистячих, губно-зубний парасигматизм і ламбдацизм.

Всі порушення звуковимови поєднувались з різноманітними фонаційними, просодичними і дихальними порушеннями; відзначалась негруба неврологічна симптоматика у вигляді стертих парезів, гіперкінезів, порушень м'язового тону артикуляційної і мимічної мускулатури.

Вважаємо за потрібне зазначити, що наявні порушення звуковимови дітей з дизартрією п'ятого року життя залежали від тяжкості і характеру ураження.

Корекційна робота з дітьми проводилась в три етапи. На першому етапі приділяли увагу розвитку слухового сприйняття, дрібної та артикуляційної моторики, масажу, розвитку ритму, дихання та голосу. На другому етапі, спрямованому на уточнення артикуляційного та акустичного образу звуку, проводилась робота за напрямками: розвиток артикуляційної моторики, розвиток елементарних форм фонематичного аналізу і синтезу. На третьому, заключному етапі, використовували методику прискореної корекції звуків О. М. Маслової [3]. Ця методика використовується при наявності дефектів вимови у кількох групах звуків, робота над якими відбувається одночасно, а не за традиційною схемою. На етапі корекції порушених звуків мовлення з використанням цієї методики робота проходила за схемою:

- корекція/ постановка свистячих звуків та звука [л];
- автоматизація свистячих звуків та звука [л];
- диференціація свистячих звуків: [с-з], [с-сь], [с-зь], [с-ц] та звука [л]:

[л-ль];

- корекція/ постановка шиплячих звуків та звука [р];
- автоматизація шиплячих звуків та звука [р], [рʲ];
- диференціація шиплячих звуків [р-рʲ], [л-р], [ль-л];
- автоматизація всіх звуків в зв'язному мовленні (свистячих, шиплячих, сонорів);
- диференціація всіх звуків в мовленні.

За результатами корекційної роботи покращилась звуковимова, вдосконалились операції звукового аналізу та синтезу, покращились фонематичні процеси та граматична будова мови, поширився активний словниковий запас дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Базовий компонент дошкільної освіти / Науковий керівник: А.М. Богущ, дійсний член НАПН України, проф., д-р пед. наук; Авт. кол-в: Богущ А.М., Беленька Г.В., Богініч О.Л., Гавриш Н.В., Долинна О.П., Ільченко Т.С., Коваленко О.В., Лисенко Г.М., Машовець М.А., Низьковська О.В., Панасюк Т.В., Піроженко Т.О., Поніманська Т.І., Сідельнікова О.Д., Шевчук А.С., Якименко Л.Ю. – К.: Видавництво, 2012. – 26 с.
2. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 319 с.
3. Ускоренная постановка звуков / автор-составитель Е.Н. Маслова. – Волгоград: ИТД «Корифей», 2009. – 96 с.
4. Пахомова Н.Г. Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання у школі. Навчально-методичний посібник. Вид. 2-ге, доповн. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2009. – 107 с.
5. Логопедія: підручник / За ред. М.К. Шеремет. – Вид. 5-те, Київ: Видавничий Дім «Слово», 2018. – 856 с.

Наукове електронне видання
комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та
мережному режимах

ТИЖДЕНЬ НАУКИ-2019

Факультет управління фізичною культурою та спортом

Збірник тез доповідей щорічної
науково-практичної конференції серед студентів,
викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів 15–19
квітня 2019 року

Один електронний оптичний диск (DVD-ROM);
супровідна документація.
Тираж 100 прим. Зам. № 680

Видавець і виготовлювач
Запорізький національний технічний університет
Україна, 69063, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 64 Тел.:
(061) 769–82–96, 220–12–14

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2394 від 27.12.2005.