

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЗАПОРІЗЬКА
ПОЛІТЕХНІКА»

ТИЖДЕНЬ НАУКИ-2020.
Факультет управління фізичною культурою та спортом

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

13–17 квітня 2020 року

Електронне видання комбінованого
використовування на DVD-ROM

м. Запоріжжя

УДК 001.89
Т39

*Рекомендовано до видання Вченою радою
Національний університет «Запорізька політехніка»
(Протокол №4/20 від 02.03.2020 р.)*

Упорядник Орлова О.М.

Редакційна колегія:

*Наумик В.В., д-р техн. наук, професор (відпов. ред.)
ПІЗА Д.М., д-р техн. 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, представленого авторами, які несуть відповідальність за його форму і зміст.

Т39 Тижень науки-2020. Факультет управління фізичною культурою та спортом. Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 13–17 квітня 2020 р. [Електронний ресурс] / Редкол. :В. В. Наумик (відпов. ред.) Електрон. дані. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2020. – 1 електрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. – Назва з тит. екрана.
ISBN 978-617-529-268-6.

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 Національного університету «Запорізька політехніка». Збірка розрахована на широкий загал дослідників та науковців.

ISBN 978-617-529-268-6.

© Національний університет «Запорізька політехніка» (НУ «Запорізька політехніка»), 2020

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ РІЗНИХ ВЕРСТВ

НАСЕЛЕННЯ».....	10
<i>Чухланцева Н.В.</i> Віртуальна реальність у сфері спорту	10
<i>Миргородський О.В.</i> Використання спортивних ігор в оздоровчій роботі з учнями повної загальної середньої освіти	12
<i>Порада О.В., Глущенко Н.В.</i> Деякі аспекти міжпрофесійної компетентності фахівців з вищою освітою	14
<i>Шуба Л.В., Рогуцький Ю.І.</i> Фізична підготовленості дітей середнього шкільного віку.....	16
<i>Шуба В.В., Шуба Л.В.</i> Управління конкурентоспроможністю фізкультурно-спортивного підприємства.....	17
<i>Шамардина Г.М., Панченков Б.С.</i> Формирование логического мышления у детей младшего школьного возраста.....	19
<i>Глущенко Н.В.</i> Фізична культура в умовах нової української школи	21
<i>Захарова О.М.</i> Аспекти розвитку масової гімнастики в процесі фахової підготовки до фізкультурно-оздоровчої роботи	22
<i>Брухно Е.Л., Чередниченко І.А.</i> Технологія впровадження варіативного модулю «спортивне орієнтування» у навчальну програму предмету «Фізична культура» в умовах НУШ	23
<i>Бондаренко А.О., Захарова О.М.</i> Вплив засобів фізичної культури для самооздоровлення на здоров'я дітей молодшого шкільного віку.....	25
<i>Будій І.О., Шуба Л.В.</i> Підвищення координаційних здібностей дітей 8-9 років засобами танцювальних вправ	27
<i>Данілова Ю.В., Буренко М.С.</i> Нові види спорту в програмах олімпійських ігор.....	29

<i>Данілова Ю.В., Мазін В.М. Обґрунтування методики оцінювання спеціальної витривалості юних каратистів</i>	<i>30</i>
<i>Джаним Д.М., Сметанін С.В. Застосування елементів бодібілдингу як засобу підвищення мотивації студентів до занять фізичним вихованням</i>	<i>32</i>
<i>Джабраїлов А.М., Буренко М.С. Позитивні та негативні чинники, що впливали на розвиток міжнародного олімпійського руху в період з 1920 по 1948 рр.</i>	<i>34</i>
<i>Корнієнко О.Ю., Корж Н.Л. Культурологічні аспекти фізичної культури у формуванні життєвих цінностей особистості студента</i>	<i>36</i>
<i>Дряпун Д.П., Мазін В.М. Обґрунтування методики оцінювання координаційних здібностей юних каратистів</i>	<i>38</i>
<i>Гуриненко М.О., Захарова О.М. Розвиток силових якостей у юних борців 13-14 років.....</i>	<i>39</i>
<i>Івко Є.В., Курта Є.О. Міжнародний досвід взаємодії приватних правоохоронних організацій з державними правоохоронними органами</i>	<i>41</i>
<i>Ківа Д.А., Чухланцева Н.В., Чередниченко І.А., Брухно Е.Л. Визначення рівня розвитку вибухової сили і показників спритності та гнучкості школярів 12-13 років.....</i>	<i>43</i>
<i>Кочуков С.С., Сметанін С.В. Використання засобів бобілдингу для розвитку силових якостей студентів закладів вищої освіти</i>	<i>45</i>
<i>Мальгінов Б.В., Буренко М.С. Пауерліфтинг як ефективний засіб розвитку фізичних якостей і зміцнення здоров'я.....</i>	<i>47</i>
<i>Мурзак М.О., Порада О.В. Деякі аспекти ігрового методу у розвитку фізичних якостей дітей молодшого шкільного віку</i>	<i>49</i>
<i>Плохотніченко А.В., Шуба Л.В. Ігровий метод для оптимізації уроків фізичної культури учнів 5-6 класів.....</i>	<i>51</i>
<i>Терчисєв Т.Н., Брухно Е.Л., Чередниченко І.А., Чухланцева Н.В. Сучасний стан проблеми травматизму в спортивних іграх....</i>	<i>53</i>

<i>Мельник А.П., Глущенко Н.В. Особливості розвитку фізичних якостей учнів середніх класів засобами рухливих ігор (на прикладі ігор у воді)</i>	<i>55</i>
<i>Донець А.Ю., Глущенко Н.В. Дослідження ефективності системи фізичного виховання дітей дошкільного віку</i>	<i>57</i>
<i>Гладких О.С., Глущенко Н.В. Використання тренажерних пристроїв у загально освітній школі</i>	<i>59</i>
СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ»	61
<i>Бурка О.М. Використання інноваційних технологій в процесі навчання майбутніх фізичних терапевтів</i>	<i>61</i>
<i>Ковальова А.А. Інноваційні освітні технології в процесі фахової підготовки бакалаврів зі спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»</i>	<i>62</i>
<i>Зінчук Г.А., Бурка О.М. Використання ігрового методу для дітей різного віку при заняттях оздоровчим плаванням</i>	<i>64</i>
<i>Романова Т.А. Вміст фізичної підготовки жінок 35 - 45 років з використанням різних видів фітнеса на основі обліку соматотіпа</i>	<i>66</i>
<i>Маляренко Ю.А., Бабіч К.О. Мультидисциплінарний підхід реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт</i>	<i>68</i>
<i>Маляренко Ю.О., Закутська Т.М. Фізична реабілітація при хронічному бронхіті</i>	<i>71</i>
<i>Маляренко Ю.О., Кабарухін В.В. Лікувальний масаж при атеросклерозі судин головного мозку</i>	<i>74</i>
<i>Малренко Ю.О., Чорний О.Е. Методика відновлення хребта по системі EUROSPINE при дегенеративно – дистрофічних захворюваннях</i>	<i>76</i>
<i>Косяченко В.С., Бурка О.М. Використання елементів спортивних бальних танців у ерготерапії хворих з наслідками травм спинного мозку</i>	<i>77</i>
<i>Карманова К.Ю., Бурка О.М. Гідрокинезотерапія в системі фізичної терапії</i>	<i>79</i>

<i>Костюченко С.О., Соломаха Д.Ю., Бурка О.М. Використання додаткового устаткування в оздоровчому плаванні.....</i>	<i>81</i>
<i>Калініна Д.С., Бурка О.М. Альфа-гравіті як сучасний засіб фізичної терапії.....</i>	<i>83</i>
<i>Присяжнюк О.А., Мережко Л.О. Аналіз основних механізмів фітотерапевтичної дії при комплексному лікуванні та медичній реабілітації хворих з патологіями серцево-судинної системи</i>	<i>85</i>
<i>Ковальова А.А., Ковальова У.І. Можливості оптимізації функціонального стану дівчат (18-24 років) засобами фізкультурно-оздоровчої системи «пілатес»</i>	<i>87</i>
<i>Малярєнко Ю.О., Мануйлова Л.В. Ерготерапія після інсульту</i>	<i>89</i>
<i>Малярєнко Ю.О., Клименко К.М. Застосування дихальних вправ як засобів фізичної реабілітації хворих на хронічний бронхіт</i>	<i>92</i>
<i>Присяжнюк О.А., Демченко Я.А. Особливості методик відновного масажу в різних видах спорту</i>	<i>94</i>
<i>Присяжнюк О.А., Демидова Л.Ю. Сучасні методи реабілітації при порушеннях зору</i>	<i>97</i>
<i>Присяжнюк О.А., Дяченко А.В. Методика первинної діагностики при болях в суглобах та її використання в реабілітаційній практиці</i>	<i>99</i>
<i>Присяжнюк Е.А., Гюльбандян М.А. Возможности использования занятий восточными танцами в лечении и профилактике нарушений осанки</i>	<i>101</i>
<i>Присяжнюк О.А., Мирна А.І., Бівол І.С. Вплив занять з пілатесу на функціональний стан нервово-м'язової системи дівчат 18-20 років</i>	<i>103</i>
<i>Рижкова М.В., Румілов Д.О. Кінезіотейпування при вагітності</i>	<i>105</i>
<i>Єрмолаєва А.В., Маслов А.О., Брухно Е.Л. Використання сучасних технологій і 3D друку в реабілітації хворих з щелепно-лицьовими дефектами</i>	<i>108</i>

<i>Мирна А.І., Сичова Т.С.</i> Основні принципи застосування засобів фізичної терапії в комплексі лікування та реабілітації хворих на ішемічний інсульт	109
<i>Мирна А.І., Дьомічева Г.В.</i> Засоби фізичної реабілітації при вродженій кривошій у дітей першого року життя.....	111
<i>Присяжнюк О.А., Ананко Н.А.</i> Необхідність застосування засобів фізичної реабілітації в акушерстві та гінекології.....	112
<i>Присяжнюк О.А., Сафроненко І.Ю.</i> Вплив масажу на фізичну реабілітацію дітей з гіперактивністю та порушеннями аутичного спектру	115
<i>Гагара В.Ф., Бабіч К.О.</i> Вплив фізичній терапії на синдром зап'ястного каналу.....	117
<i>Гагара В.Ф., Модуліна Г.А.</i> Засоби фізичної реабілітації при лікуванні гострого та хронічного пієлонефриту	119
<i>Гагара В.Ф., Процько А.О.</i> Вплив фізичній терапії на пошкодження хрестоподібної зв'язки	121
<i>Гагара В.Ф., Мануйлова Л.В.</i> Застосування засобів фізичної реабілітації в оздоровленні хворих на хронічний бронхіт ...	123
<i>Гагара В.Ф., Кучинська О.В.</i> Застосування засобів фізичної реабілітації в оздоровленні хворих після перенесеного інфаркту міокарда.....	125
<i>Гагара В.Ф., Гуськова О.П.</i> Застосування фізичної реабілітації при плевриті	127
<i>Єрмолаєва А.В., Румілов Д.О., Рижкова М.В.</i> Неврастенічний синдром в практиці масажиста.....	129
<i>Єрмолаєва А.В., Більговський Є.В.</i> Важливість засобів фізичної реабілітації при негоспітальній пневмонії	132
<i>Єрмолаєва А.В., Лідер О.І.</i> Фізична реабілітації дітей молодшого шкільного віку з варусним і вальгусним викривленням ніг	134
<i>Єрмолаєва А.В., Петрик О.І.</i> Особливості застосування лікувального масажу при різних видах сколіозу	136
<i>Лідер О.І.</i> Вплив поліненасичених жирів на профілактику серцево-судинних хвороб	137

<i>Єрмолаєва А.В., Лідер О.І.</i> Дисфункції м'язів, як причина порушення постави.....	139
<i>Ковальова А.А., Моргун К.Д.</i> Використання нетрадиційних методик лікування дітей 8-10 років з тяжкими вадами мовлення	141
<i>Рижкова М.В., Усікова О.В.</i> Досвід поліпшення фізичного та психоемоційного стану підлітків 12-14 років з порушеннями постави засобами індивідуалізації дихальних та фізичних вправ.....	142
<i>Маляренко Ю.О., Бусол Д.В.</i> Реабілітація по системі Неурак у пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату	144
<i>Ковальова О.В., Вірко В.В.</i> Міждисциплінарний підхід у лікуванні болю	146
<i>Ковальова О.В., Кот Ю.С.</i> Ефективність і особливості застосування методу міофасціального релізу SANOROLLER по відновленню хребта у жінок в після пологового періоді	149
<i>Кот Є.М., Доровських А.В.</i> Відновлення імунної системи в умовах коронавірусної інфекції	152
<i>Ковальова А.А., Доровських А.В.</i> COVID-19 іноваційні методи вирішення проблеми на сучасному рівні	155
«ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА ЛОГОПЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СПЕЦІАЛЬНІЙ ОСВІТІ».....	159
<i>Семенцова О.М.</i> Психологічна корекція комунікативної діяльності дітей із ЗПР у спеціалізованих та інклюзивних групах закладів дошкільної освіти.....	159
<i>Залановська Л.І.</i> Готовність до професійної діяльності в інклюзивному освітньому середовищі студентів спеціальності «спеціальна освіта».....	161
<i>Івахненко А.А.</i> Історичні етапи становлення афазіології	164
<i>Ганноцька Д.І., Семенцова О.М., Серeda О.П.</i> Особливості використання методики глобального читання для розвитку мовлення дітей з розладами аутичного спектру	166

<i>Івахненко А., Кирилів В.О.</i> Формування артикуляційної моторики і динамічних стереотипів у дітей з псевдобульбарною дизартрією	168
<i>Пушнина І.В., Фабріс В.О.</i> Корекція звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення	170
<i>Миколенко Є.С., Семенцова О.М., Середя О.П.</i> Особливості використання лінгводидактичних технологій для розвитку та корекції зв'язного мовлення дітей із ЗНМ II-III рівнів	172
<i>Панченко В.І., Семенцова О.М., Середя О.П.</i> Формування усного мовлення у дітей молодшого дошкільного віку з порушеннями слуху	174
<i>Ріпка Д.А., Залановська Л.І.</i> Особливості використання методу Сенд-Арт в логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку із ЗНМ	176
<i>Сомова А., Залановська Л.І.</i> Теоретичний аналіз особливостей поведінки учнів із затримкою психічного розвитку в інклюзивному класі	178
<i>Супрун В., Семенцова О.М., Середя О.П.</i> Специфіка організації діяльності вчителя-логопеда в команді психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами	181

СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ»

УДК: 796.015

Чухланцева Н.В.

канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВІРТУАЛЬНА РЕАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ СПОРТУ

В останні роки віртуальна реальність привертає велику увагу не тільки в індустрії розваг, але й в сфері спорту і освіти. Віртуальна реальність являє собою середовище за межами нашого «реального» світу, яку можна налаштовувати відповідно до потреб користувачів за допомогою різних пристроїв і систем, керованих персональними комп'ютерами, ноутбуками або мобільними телефонами. Все більша кількість дослідників підкреслюють, що її корисність практично не обмежена.

Для кращого розуміння досліджуваної проблеми пояснимо деякі терміни, такі як неіммерсивна віртуальна реальність (VR) і іммерсивна VR. Іммерсивність (від англ. Immersive - «створює ефект присутності, занурення») - це спосіб сприйняття, визначальний фактор зміни свідомості. Тривимірне середовище, з можливістю переміщуватися в ньому і маніпулювати запропонованими об'єктами служить певним цілям (ілюстрації, моделюванню та ін.) в тих випадках, коли немає необхідності в повноцінній заміні реального світу комп'ютерним. Зокрема, користувач ясно бачить пропоновані об'єкти і може з ними взаємодіяти відповідно до поставлених завдань. Середовище, яке не створює повної ілюзії занурення в інший світ називається неіммерсивним. Інші середовища, які можуть повністю витіснити зі свідомості користувача реальність, створити ілюзію перебування «там», занурити його в створений комп'ютером світ називаються іммерсивними.

У разі неіммерсивної віртуальної реальності мова йде про використання зовнішніх пристроїв для гри в відеоігри. У 1986 році була створена одна з перших так званих систем exergaming, де учасники брали участь у фізичних вправах, граючи у відеоігри.

Подальший розвиток технологій призвів до створення нових систем (таких як Nintendo Wii, Microsoft Kinect), які використовують датчики руху для захоплення руху (їх оцифрування) гравця задля управління грою. Саме цей тип технології називається іммерсивною VR, яка забезпечує повне занурення користувачів в віртуальний (нереальний) світ. Досягається це за допомогою спеціальних окулярів, які дозволяють учасникам здійснювати 360-градусний огляд віртуального середовища навколо них. У цих окулярах

використовуються датчики, які можуть визначати рухи голови (учасник може змінювати положення в віртуальному середовищі). Датчики руху часто використовуються для передачі рухів учасника віртуальної реальності в гру. Отже гравець є не тільки споживачем, але й також може виконувати певні завдання руху.

Наразі найбільша увага дослідників приділяється використанню віртуальної реальності в спорті, реабілітації, оздоровчому фітнесі, психології. Аргументація «за» щодо використання ВР і перелік його переваг ґрунтуються на доведеному впливі фізичного навантаження на організм людини під час гри в «інтерактивні» ігри.

Основною перевагою ВР є можливість забезпечити «мікронавчання» або «безліч повторень в короткій серії», тобто коли спортсмен може провести безліч ігрових ситуацій на тренуванні, а процес прийняття рішень у гравця, що використовує ВР, буде більш ефективним і швидким. ВР можна використовувати як альтернативу звичайним вправам низької та середньої інтенсивності. Наприклад, літнім людям можуть бути надані великі можливості активно рухатися в безпечній та контрольованому середовищі. У той же час ВР може бути набагато веселіше, ніж звичайні вправи.

Психічний стан спортсмена є надзвичайно важливим чинником підвищення спортивних результатів, зокрема спортсмени повинні вміти справлятися зі стресовими ситуаціями під час змагань (наприклад, футбольний штрафний удар). Наприклад, використання ВР гравцями НБА на тренуванні, для збільшення результативності штрафних кидків, засвідчило збільшення кількості успішних штрафних кидків збільшилася в реальних змагальних умовах, а змодельоване конкурентне середовище сприяє ефективній психологічній підготовці.

Візуальне сприйняття, передбачення і прийняття рішень важливі компоненти спортивних досягнень, які можуть стимулюватися віртуальною реальністю. Прикладом цього може бути прийняття рішень, що дуже важливо в командних видах спорту, коли одне невіддале рішення може вирішити всю гру. За допомогою ВР ці ключові ситуації можна випробувати і пропрацювати за допомогою занурення (з точки зору гравця) в ВР.

Зауважимо, що ВР є корисним засобом у спортивній підготовці завдяки можливості відтворення заданої ситуації, з негайним зворотнім зв'язком, необхідної кількості разів без підвищених фізичних вимог реального тренування.

ВИКОРИСТАННЯ СПОРТИВНИХ ІГОР В ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ З УЧНЯМИ ПОВНОЇ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Сучасна система фізичного виховання учнів формується завдяки новим підходам до планування та проведення як уроків фізкультури, так і позакласної оздоровчої роботи, постійному перебудуванню процесів виховання, робиться ставка на гуманістичну розвиваючу систему загальної середньої освіти. Саме така система сприяє тому, щоб кожна людина мала намір з раннього дитинства бути фізично розвинутою та надалі вести здоровий спосіб життя. Завдання фізичного виховання полягає в тому, щоб дати дитині можливість відчути радість руху і створити для цього відповідні умови.

Достатньо швидко досягнути значних результатів у фізичній підготовці та зміцнити здоров'я дозволить відвідування поза уроками фізичної культури різноманітних секцій та гуртків зі спортивних ігор. Саме цей рід занять дозволить учням швидко перемикнути з одного виду діяльності на інший, активізувати роботу нервової системи, внутрішніх органів та органів почуттів. Таке оздоровче тренування, як спортивні та рухливі ігри, включає різноманітні природні рухи – від бігу та стрибків, до метання й лазання. Цей вид фізичної активності є доступним для учнів різних вікових категорій, тому його можна вважати універсальним методом фізичного виховання.

Треба відзначити, що в більшості спортивних та рухливих ігор основною вимогою від учасників є прояв швидкості внаслідок реакції на різні подразники: звукові, зорові або тактильні сигнали, а також в ситуаціях раптових зупинок, затримок й відновлення рухів, необхідності подолати невеликі відстані в найкоротший час.

Ігри, в яких структура і характер рухів подібні діям і вправам у гімнастиці, легкій атлетиці, спортивних іграх, плаванні формують такі рухові навички, що легко трансформуються при умовах більш поглибленого освоєння техніки рухів конкретних видів спорту і полегшують опанування нею.

Аналіз наукової літератури показує, що більшість досліджень вітчизняних і зарубіжних фахівців у галузі фізичного виховання спрямовано на виявлення закономірностей використання рухливих ігор у молодших школярів, а у старших класів цьому питанню приділяється недостатньо уваги.

Сюжетні ігри вікову категорію учнів 16-17 років не цікавлять, тому в цьому віці ігри зі змагальним початком займають головне місце.

Завдяки тому, що обстановка в грі постійно змінюється, рухливі ігри вимагають від учасників проявляти швидкість реакції, вміння перейти від одних дій до інших. Також важливим виховним аспектом ігор є вплив на морально-вольові якості старшокласників. Взаємодія в колективі сприяє розвитку почуття солідарності, товариськості та відповідальності за дії один одного. Але необхідно враховувати, що фізичні можливості дівчат в ігрових діях, що вимагають прояву сили, швидкості, координації рухів, витривалості, менше, ніж у юнаків.

Для рухливої гри характерні креативні рухові дії. Обмеженням в грі є її правила (загальноприйняті або встановлені тим, хто керує грою). Правила створюють умови для подолання труднощів при виконанні визначеної мети.

Обов'язковою є умова організації гри таким чином, щоб в учасників переважали позитивні емоції, тому що негатив стає на перешкоді нормальному ходу нервових процесів, з'являються стреси, які здатні нашкодити здоров'ю.

Школярі старших класів здібні до більш абстрактного мислення та аналітичності дій. Особливу привабливість рухливих ігор бачать ті юнаки та дівчата, які остаточно сформували свій інтерес до занять якимось видом спорту, а такі додаткові заняття дають можливість вдосконалювати свої навички в обраному виді. Наприклад, вдосконаленню гнучкості сприяють ігри, пов'язані з частою зміною напрямку руху. В іграх можуть застосовуватися короткі прискорення з раптовими змінами напрямку руху або його затримками; метання; подолання перешкод стрибком, опором силою; дії, що вимагають умінь застосовувати різноманітні рухи, набуті в процесі спеціальної фізичної підготовки.

Таким чином, систематична організація та правильне проведення рухливих та спортивних ігор в позаурочний час створює додаткові позитивні умови для динамічного фізичного розвитку та вдосконалення рухових дій юнаків та дівчат, а виконання різних ролей учасниками ігор розвиває їхні організаторські навички. Також, треба відмітити, що тренеру або педагогу з фізичної культури, особливо важливо після завершення гри відзначити найактивніших, найспритніших учасників, а також успіхи і прогрес інших гравців.

УДК 378.2

Порада О.В.¹, Глущенко Н.В.²

¹ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

² канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ДЕЯКІ АСПЕКТИ МІЖПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ

Система навчання в вузі здебільшого орієнтована на інтелектуальний розвиток. Актуалізація і розвиток емоційно-ціннісних відносин молодих людей і формування особистісних, професійних та міжпрофесійних компетентностей є одним із завдань навчання і виховання.

Для досягнення професіоналізму, вершин професійної компетентності необхідні не тільки професійні знання і вміння, а й особистісна складова, що передбачає ціннісне і емоційне ставлення до різних життєвих явищ.

До особистісних якостей випускника, що впливають на його конкурентоспроможність та забезпечують його міжпрофесійну компетентність можна віднести таке: підвищена здатність до навчання, організованість, самостійність, відповідальність, самопізнання, саморефлексія, самоконтроль, самопланування, самопереконавання, самопримус, самомотивація, далекоглядність, розсудливість, ризикованість, потреба в діяльності та активності, потреба в суперництві і змаганні, потреба в самоствердженні, потреба в реалізації свого особистісного потенціалу, надійність, цілеспрямованість, почуття обов'язку, загальна культура, орієнтації на цінності, терпимість, толерантність, космополітизм, гуманність, творчість, креативність, поліфункціональність тощо. Варто зазначити, що вищеозначені якості є також одними з складових самоактуалізованої особистості.

Професійна компетентність - важлива складова і показник високого рівня професіоналізму, включає знання та ерудицію, що дозволяють людині кваліфіковано судити про питання сфери професійної діяльності, бути обізнаним у певній галузі, а також якості особистості, що дають можливість людині діяти відповідально і самостійно. Проявляється в успішному вирішенні певного класу професійних завдань, що лежить в основі різних видів компетентності (соціально-перцептивні, комунікативна, організаційна та ін.).

Міжпрофесійна компетентність являє собою володіння знаннями і якостями особистості необхідними для виконання ряду професій - здатність до планування, мотивація досягнення, гнучке професійне мислення, здатність до проектування професійної діяльності, професійна здатність до навчання, а

також якості особистості, що дають можливість людині діяти відповідально і самостійно.

В аспекті особистісної професійної компетенції випускника мають значення мотиваційні, особистісні, ділові та інтегративні якості. Зокрема:

- мотиваційні якості: самостійність, цілеспрямованість, самовпевненість, далекоглядність, розсудливість, ризикованість, потреба в діяльності та активності, потреба в суперництві і змаганні, потреба в самоствердженні, прагнення до самовираження і задоволення духовних та матеріальних потреб, прагнення до досконалості та прагнення до підвищення соціального статусу;

- особистісні якості: загальна культура, орієнтації на цінності, терпимість, толерантність, космополітизм, гуманність, самовладання і витримка, дбайливість, послідовність, самокритичність, справедливість, самопримус, рефлексія, самоконтроль, рішучість, тактовність, об'єктивність, чесність, особиста дисциплінованість, працьовитість, наявність лідерських якостей;

- ділові якості: поліфункціональність, творчість, креативність, підвищена здатність до навчання, організованість, навички планування, проектування, моделювання, прогнозування, вміння спілкуватися з людьми, вміння швидко адаптуватися до нових умов, здатність швидко засвоювати нові знання та методи праці під час навчання або перепідготовки у зв'язку зі зміною структури виробництва або зміною місця роботи;

- інтегративні якості: самоактуалізація, самореалізація, відповідальність, ініціативність, надійність, творчий підхід до прийняття рішень, вміння самооцінки, навички впевненої презентації себе, власних здібностей та можливостей, потреба в самоосвітній діяльності, вміння взаємодіяти.

На нашу думку, саме ці якості є актуальними для випускника та природовідповідними для юнаків студентського віку. Саме тому, їх формування має стати одним з важливих завдань виховання молоді у системі вищої школи.

УДК 796

Шуба Л.В.¹, Рогуцький Ю.І.²

¹ канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² вчитель фізичної культури Загальноосвітньої школи 83 м. Запоріжжя

ФІЗИЧНА ПІДГОТОВЛЕНІСТІ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Сьогодні в Україні розроблена науково обґрунтована система фізичного виховання школярів, яка розрахована на залучення до фізичної культури дітей та підлітків. Основа цієї системи – обов'язковий курс фізичного виховання, який здійснюють згідно державної програми. Він поєднується також з різними формами фізичної культури та спорту у режимі учбового дня та вільного часу школярів [1].

Система фізичного виховання базується на фізіологічних, психологічних та загальнопедагогічних закономірностях. Вона безперервно розвивається і удосконалюється з урахуванням потреб сучасного суспільства. Система фізичного виховання школярів покликана забезпечити розвиток фізичних, морально-вольових, розумових здібностей та професійно-прикладних навичок дітей та підлітків [2].

Планування та організація фізичного виховання потребує необхідність враховувати біологічну потребу дітей та підлітків у руховій активності [3].

Однак спеціальні дослідження свідчать, що рухова активність школярів у теперішній час значно нижча належного рівня. Обумовлено це тим, що учбове навантаження у сучасній школі досягло граничного рівня. Це привело до порушення основних режимних моментів дня і тижня учнів [3].

Аналіз результатів досліджень та літературних даних свідчить, що недостатня увага до фізичного виховання у сім'ї та школі веде до зниження у руховій активності [1]. Внаслідок цього до 80% школярів мають негативні зміни у стані здоров'я, а юнаки не в змозі проходити військову службу. За наслідками досліджень, здоровими вважаються лише 10-15% дітей та юнаків 17-18 років [2].

Мета роботи – визначити та оцінити показники фізичної підготовленості дітей середнього шкільного віку, які відвідували тільки навчальні заняття з фізичної культури.

Завдання:

1. Проаналізувати стан існуючих методик та засобів розвитку фізичних якостей учнів середніх класів.

2. Провести індивідуальну оцінку рівня розвитку фізичних якостей підлітків.

3. Визначити ефективність впливу уроків фізичної культури на показники фізичної підготовленості дітей середнього шкільного віку.

В процесі виконання дослідження застосовувалися наступні методи:

1. Методи збору ретроспективної інформації.
2. Методи збору поточної інформації.
3. Методи варіаційної статистики.

Аналіз результатів дослідження фізичної підготовленості учнів середніх класів, а також літературних даних, свідчить, що у школярів у цьому віці знижені порівняно з належними величинами показники, які характеризують розвиток основних фізичних якостей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту: у 2 т. / [Т.Ю. Круцевич, Н.Є. Пангелова, О.Д. Кривчикова та ін.; за ред. Т. Ю. Круцевич]. – [2-ге вид., переробл. та доп.]. – К. : Національний університет фізичного виховання і спорту України, вид-во «Олімп. Література», 2017. – Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. – 384 с.

2. Шкрібтій Ю.М. Фізичне виховання та дитячий спорт у системі шкільної освіти України // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, 2015. – №10. – 246-249.

3. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації» – К. : Наука 2012. – 46 с.

УДК 796

Шуба В.В.¹, Шуба Л.В.²

¹ канд. пед. наук, доц. Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту, м. Дніпро

² канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Рівень конкурентоспроможності будь-якого підприємства – це важливий фактор, що впливає на ефективність і успішність їхньої діяльності. В економічному розвитку України, а, відповідно, і вітчизняних підприємств, зараз період реформації. Саме тому має бути розглянута проблема підвищення конкурентоспроможності вітчизняних фізкультурно-спортивних організацій. Високий рівень конкурентоспроможності підприємств фізкультурно-спортивної спрямованості дасть можливість підприємствам

розвивати дану галузь в рамках країни, а також гідно представляти Україну в спортивних змаганнях різних рівнів.

Проблема низького рівня конкурентоспроможності фізкультурно-спортивних організацій полягає у відсутності відповідного досвіду з питань покращення якості менеджменту в подібних організаціях. Дефіцит державного фінансування і державної допомоги, відсутність пільгової системи, значне податкове навантаження на організації фізкультурно-спортивного напрямку – все це також негативно позначається на рівні конкурентоспроможності вітчизняних ФСО. Одним із факторів впливу на ефективність діяльності фізкультурно-спортивних організацій є рівень конкурентоспроможності послуг, які вони надають. Зважаючи на те, що управління конкурентоспроможністю являє собою складну систему, що орієнтована на вирішення таких завдань, як дослідження потреб споживачів, оцінка діяльності підприємств-конкурентів, аналіз стану ринку та його тенденцій тощо, постає необхідність у дослідженні і розвитку поняття конкурентоспроможності ФСО, як на державному, так і на регіональному та місцевому рівнях. Управління конкурентоспроможністю фізкультурно-спортивних організацій має забезпечити максимальне використання їхніх можливостей і орієнтацію таких підприємств на задоволення вимог споживачів.

Для створення системи ефективного управління рівнем конкурентоспроможності ФСО необхідно мати чіткий, науково обґрунтований методологічний апарат, основою якого має стати конкурентна стратегія таких підприємств, створена на основі поглибленого економічного аналізу та прогнозування з урахуванням різноманітних моделей поведінки як усієї системи, так і окремих її підсистем. Саме тому, постає необхідність дослідження і вивчення подібного досвіду закордонних країн, в яких галузь фізичної культури та спорту розвинена на високому рівні, серед яких, Канада, Великобританія, тощо, за для формування найбільш раціонального і ефективного підходу до управління підприємствами спортивної сфери.

Внесок у розгляд поняття конкурентоспроможності фізкультурно-спортивних організацій зробили такі науковці, як Г.М. Путятіна, Н.А. Середа, О.Н. Степанова, Р.С. Дьомін, Я.В. Леонов, І.І. Приходько та інші. Проаналізувавши дослідження, можна сказати, що на сьогодні питанню конкурентоспроможності фізкультурно-спортивних організацій в Україні приділено недостатньо уваги. На такий стан речей мають вплив, як кризові явища, які спостерігаються в державі, що акцентує увагу науковців на вирішенні проблем економіки держави, так і недостатній розвиток сфери фізичної культури і спорту в Україні.

Аналіз літератури, монографій, досліджень, статей тощо показав, що темі конкурентоспроможності фізкультурно-спортивних організацій в Україні присвячено не достатньо уваги.

УДК 37.013

Шамардина Г.М.¹, Панченков Б.С.²

¹ канд. пед. наук, проф. НУ «Запорозжская политехника»

² асп. НУ «Запорозжская политехника»

ФОРМИРОВАНИЕ ЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Возраст от шести до восьми лет определяется важным внешним обстоятельством в жизни детей - их поступлением в школу. В этот период ребёнку приходится осваивать новые для него навыки, которые должны будут помочь ему в освоении письма, чтения, счёта, физкультуры, творчества и других видов учебной деятельности - тем самым дети открывают для себя новое место в социальном пространстве человеческих отношений. Всё это служит предпосылками для развития мышления ребёнка, его теоретического сознания. Мышление, в свою очередь, является высшим познавательным процессом. У ребенка 6–8 лет преобладает направленность на решение конкретных задач, связанных с деятельностью играми, изобразительным творчеством, созданием разных поделок.

На наш взгляд одним из эффективных путей решения этой проблемы может стать обучение детей игре в шашки. Данный вид спорта развивает воображение, комбинаторное мышление и логическое, творческий потенциал, уверенность в себе, оперативную память, умение предпринимать нестандартные, в сложных ситуациях, решения, стратегическое планирование, практическое мышление и является одним из самых распространенных видов спорта в нашей стране и во всем мире. Кроме того, это будет способствовать повышению уровня интеллектуальных способностей младших школьников и может направить достижения высоких спортивных результатов. Шашки признаются универсальной дисциплиной игрового характера. Положительно влияют на совершенствование у детей многих психических процессов и имеют тысячелетнюю историю, но, несмотря на свой «почтенный» возраст, продолжают оставаться интересными и популярными по сей день. Обучение игре в шашки с самого раннего возраста помогает многим детям не отстать в развитии от своих сверстников, особенно тем из них, кто живет в сельских регионах и обучается в малокомплектной школе, открывает дорогу к творчеству сотням тысяч детей

некоммуникативного типа. Расширение круга общения, возможностей полноценного самовыражения, самореализации позволяет этим детям преодолеть замкнутость и различные комплексы. Большое значение при изучении шашечного курса имеет специально организованная игровая деятельность на уроках, использование приёма обыгрывания учебных заданий, создание игровых ситуаций. А также помогает реализовать многие позитивные идеи отечественных теоретиков и практиков – сделать обучение радостным, поддерживать устойчивый интерес к знаниям. Стержневым моментом занятий становится деятельность самих учащихся, когда они наблюдают, сравнивают, классифицируют, группируют, делают выводы, выясняют закономерности.

Преподаванию шашек сегодня уделяется огромное внимание во всем мире. Это направление энергично внедряется в школах за рубежом, например, в США, Испании, Японии, Италии, Голландии, Беларуси, и т. д. Оценив те возможности, которые открывает шашечная игра для развития детского интеллекта, правительства многих стран планируют ввести шашки в школьную программу. В Украине шашки включены в систему дополнительных образовательных услуг, однако далеко не везде это хорошее начинание претворяется в жизнь. К настоящему времени проведено значительное количество исследований, отражающих изучение мышления шашистов и шахматистов разной квалификации. Однако аспекту целенаправленного интеллектуального развития в процессе обучения игре в шашки и созданию специальных технологий обучения детей шашечной игре до сих пор не уделяется должного внимания.

Все это вызвало наш интерес к проблеме формирования логического мышления у детей младшего школьного возраста, которая неразрывно связана с процессом учебной деятельности. Объективная потребность теории и практики в совершенствовании умственного развития обучаемых, недостаточная разработанность теоретико-методологических, организационно-методических и технологических основ решения данной проблемы определили выбор темы исследования. На основе исследования разработаются теоретико-методологические аспекты формирования логического мышления у детей младшего школьного возраста в процессе занятий интеллектуальными видами спорта. Будут разработаны опубликованы методические пособия по формированию логического мышления у детей младшего школьного возраста в процессе занятий интеллектуальными видами спорта. Авторская методика будет представлена тренерским советам Украины различных интеллектуальных видов спорта для внедрения в учебно-тренировочный процесс.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В УМОВАХ НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Нова українська школа - це ключова реформа Міністерства освіти і науки України. Головна мета - створити школу, у якій буде приємно навчатись і яка даватиме учням не тільки знання, а й уміння застосовувати їх у житті. Реформа нової української школи розрахована на роки, адже неможливо швидко змінити освітню традицію, що усталилася в Україні протягом десятиліть. Нормативні документи, методичні рекомендації щодо освітнього процесу в новій українській школі з'являються поступово. У світлі цього важливим є розуміння впливу таких змін на фізичний розвиток школярів 6-7 років під впливом процесу фізичної культури в умовах нової української школи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Типову освітню програму під керівництвом Савченко О.Я. розроблено відповідно до Державного стандарту початкової освіти. У програмі визначено очікувані результати для кожного класу окремо, коротко вказано відповідний зміст предмета чи інтегрованого курсу.

Як зазначає І.Біленко та Н.В. Василенко упровадження педагогіки партнерства, компетентнісного й інтегративного підходів в освітній процес передбачає активне включення дітей в організацію навчального дня. Так, О.В. Куц та О.І. Мальована вважають, що ефективність впровадження нового Державного стандарту початкової освіти в практику діяльності шкіл буде досягнута за умови партнерської взаємодії усіх учасників освітнього процесу, залучення батьків до навчально-виховних заходів, конструктивної взаємодії учителів.

В свою чергу завдання фізичної культури реалізується за такими змістовими лініями: «Рухова діяльність», «Ігрова та змагальна діяльність» [1, 6]. Інваріантна складова Типових навчальних планів, до якої входить навчальний предмет «Фізична культура», сформована на державному рівні і є однаковою для всіх закладів загальної середньої освіти незалежно від підпорядкування та форми власності.

Отже за думкою багатьох авторів, а саме І. Біленко, Н.В. Василенко, О.І. Мальованої та інших провідним засобом реалізації вказаної мети є запровадження компетентнісного підходу в навчальний процес, на основі ключових компетентностей як результату навчання.

Навчально-методичне забезпечення, рекомендоване Міністерством до використання в навчальних закладах, зазначено в Переліках навчальних

програм, підручників та навчально-методичних посібників, розміщених на офіційному веб-сайті Міністерства освіти і науки України (www.mon.gov.ua) та веб-сайті Інституту модернізації змісту освіти (www.imzo.gov.ua).

Метою фізкультурної освітньої галузі є формування соціальної та інших ключових компетентностей, стійкої мотивації здобувачів освіти до занять фізичною культурою і спортом для забезпечення гармонійного фізичного розвитку, підвищення функціональних можливостей організму, вдосконалення життєво необхідних рухових умінь та навичок. Серед необхідних вмінь, що висуває нова українська школа до фізичного розвитку учнів початкових класів можна видзначити: демонструє фізичну витривалість та хороший фізичний стан; бере участь у видах діяльності, спрямованих на підтримку хорошого фізичного стану; під час вільного вибору підтримує фізичну активність; виконує рухи та вправи, які передбачають балансування, моторність, силу, гнучкість та м'язову витривалість; виконує аеробічну діяльність в іграх (як наприклад, бігає); виконує вправи, які потребують помірної фізичної сили та м'язової витривалості.

УДК 796

Захарова О.М.

старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МАСОВОЇ ГІМНАСТИКИ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ

Сучасний етап у розвитку гімнастики характерний переглядом ставлення до неї як до засобу лише спортивного вдосконалення, орієнтованого на прагнення до вищих досягнень на міжнародній арені.

Наслідком цього стало розмежування «олімпійської» і «масової» гімнастики. Але у зв'язку з цим стало очевидним існування двох методологій: методології масової гімнастики і методології гімнастики вищої майстерності.

Кожна з них має свій предмет і об'єкт, принципи і правила, засоби і методи, форми організації. Тим часом вони є продуктом історично «сформованої системи фізичного і рухового вдосконалення, іменованої «гімнастика».

Ось чому різні в принципі методології двох гімнастик взаємопроникають – що і дозволяє робити певні узагальнення, на підставі яких в конкретній галузі фахівець зможе виробляти вибір засобів, методів і форм організації роботи.

Ці узагальнення представляють собою своєрідний каркас, зібраний з факторних блоків природних законів і педагогічних закономірностей, на який в кожному конкретному випадку нанижуються приватні форми організаційного забезпечення та вирішення конкретних завдань.

З іншого боку, значно зросла потреба у фахівцях, здатних з високою якістю здійснювати роботу саме фізкультурно-оздоровчого характеру. Вона може бути задовільною лише при відповідному науково-методичному забезпеченні процесу їх підготовки.

У зв'язку з цим, у закладах вищої освіти останнім часом відкриваються нові факультети та спеціалізації за напрямком фізкультурно-оздоровчої роботи.

При всьому позитивному значенні цієї акції слід зауважити, що в даних навчальних структурах з незрозумілих причин оздоровлення розуміється лише в аспекті відновлення втрачених функцій, відповідно до чого розроблені і програми навчання фахівців, що залишають поза увагою інший аспект оздоровлення – аспект розвитку, що відноситься до значно більшої практично здорової частини населення.

Звісно ж, це – досить істотний недолік у науково-методичному забезпеченні підготовки фахівців.

Виправити його може розробка різних основоположних матеріалів, однією з узагальнених форм яких може і, на нашу думку, повинен стати відповідний курс лекцій.

УДК 796

Брухно Е.Л.¹, Чередниченко І.А.²

¹ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

² канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ТЕХНОЛОГІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ВАРІАТИВНОГО МОДУЛЮ «СПОРТИВНЕ ОРІЄНТУВАННЯ» У НАВЧАЛЬНУ ПРОГРАМУ ПРЕДМЕТУ «ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА» В УМОВАХ НУШ

Нова українська школа (НУШ) – це ключова реформа Міністерства освіти і науки. У відповідності до її засад, типова освітня програма з предмету «Фізична культура» для закладів загальної середньої освіти у 2019/2020 навчальному році побудована за модульною системою і містить інваріантну (обов'язкову – певні теоретико-методичні знання та орієнтовні вимоги з загальної фізичної підготовки) та варіативну складову. Програма є універсальною: модулі – можна змінювати залежно від об'єктивних умов.

Практично, будь-який вид спорту може бути представлений для вивчення у варіативному модулі.

У навчальній програмі з фізичної культури для учнів загальноосвітніх навчальних закладів, (затверджена наказом МОН від 23.10.2017 № 1407) представлено варіативний модуль «Спортивне орієнтування» (Автори: А. А. Ребрина, Г. А. Коломоєць). Модуль пропонується до вивчення у 7-9 класах і складається з таких розділів: зміст навчального матеріалу, очікувані результати навчально-пізнавальної діяльності учнів/учениць, орієнтовні навчальні нормативи, перелік обладнання та інвентарю. Але ж для того, щоб пристосувати модуль до процесу навчання цієї інформації може виявитись недостатньо. За умови наявності у навчальному закладі відповідного фахівця, ми пропонуємо таку технологію впровадження варіативного модулю у навчальний процес, в умовах НУШ, на прикладі теми «Спортивне орієнтування».

1. Планувати модуль «Спортивне орієнтування» паралельно з модулем, наприклад, «Легка атлетика» або «Футбол».

Це дозволить:

- урізноманітнювати уроки з легкої атлетики (оскільки, досить одноманітні вправи з легкої атлетики будуть виконуватися на одному або на двох уроках на тиждень, а не на трьох) або з футболу (не всі діти, особливо дівчата, «товаришують» з футбольним м'ячем);

- підвищувати успішність з предмету «Фізична культура» учням, які мають схильність до роздумів, до вирішення задач; яким подобається запам'ятовувати інформацію, вдаватися до пошуків і логічних розсудів.

2. Два уроки на тиждень планувати проводити на стадіоні або у спортивному залі, а третій, за умови потреби в цьому, – у комп'ютерному класі (що розширює можливості викладання) або у класній кімнаті. На аудиторних заняттях учні набуватимуть необхідних компетентностей, тобто формуватиметься база знань, користуватися якими учні будуть на уроках, переважно, практичної спрямованості. На них учні оволодіватимуть практичними вміннями, навичками та морально-вольовими якостями, які можуть знадобитися випускникам школи в подальшому житті.

Це один з підходів до впровадження варіативних модулів у навчальну програму з фізичної культури. Наразі, такий підхід ми бачимо найбільш зручним, оскільки:

- в даному випадку не має виникнути проблема з тим, щоб «поставити» у розклад вчителя і класу предмет «Фізична культура» – змінюється тема уроку (модуль) і місце проведення уроку, а клас і вчитель працюють за загальношкільним розкладом;

- є можливість зменшити навантаження на спортзал (в багатьох школах ця проблема існує), тому, якщо комбінувати модуль «Спортивне

орієнтування» з модулем будь-якої теми, що викладається у спортзалі, то можна значно полегшити планування зайнятості спортзалу у зимовий час;

- вчитель має можливість комбінувати теми уроків з різних модулів, залежно від контингенту учнів, ще на стадії планування. Наприклад, перший місяць навчання – 2:1, другий – 1:2 і т. п.

3. Планувати матеріальні витрати, з огляду на таке:

- довгострокові витрати – придбання комплектів обладнання КП (призма та компостер) – приблизно 130-160 грн/комплект. Оптимально 15 – комплектів (звичайно, електронні станції і чипи – зручніше і сучасніше, але коштують вони значно дорожче). Спортивні компаси (близько 200 грн/шт) – на кожного учня класу, бажано;

- оперативні витрати – витрати на виготовлення карти і контрольної картки (на забезпечення кожного заходу – в межах 3 грн. на кожного учасника).

Об'єднання (комбінування) різних модулів варіативної частини програми з фізичної культури в одному семестрі або чверті дозволяє дотримуватися принципу дитино центризму у навчанні у більш повній мірі – учні з недостатнім рівнем розвитку фізичних якостей, учні з недостатнім рівнем мотивації до занять або ті, яких за станом здоров'я не віднесено до основної фізкультурної групи зможуть підвищити свою успішність з предмету «Фізична культура», завдяки виконанню програми варіативного модулю «Спортивне орієнтування».

УДК 796

Бондаренко А.О.¹, Захарова О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-116 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДЛЯ САМООЗДОРОВЛЕННЯ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У державній системі виховання підростаючого покоління чинне місце посідають нові підходи до створення більш ефективної системи фізичного виховання. Це відзначено в низці програмно-нормативних документів, передусім у цільовій комплексній програмі «Фізичне виховання – здоров'я націй».

Основна форма використання фізичної культури і особистістю, і суспільством в сферах сімейної, дошкільної, загальної, професійної, вищої самостійної і спеціальної освіти, культурного дозвілля і в інших.

Здійснюється відповідно до властивих педагогічному процесу і специфічними закономірностями принципами і вимогами.

Проблема зміцнення здоров'я дітей є одним з головних завдань нашого суспільства. Наскільки успішно вирішується питання фізичної підготовленості в ранньому віці, настільки залежить стан здоров'я, фізичний розвиток, працездатність, успіхи у навчанні та спорті дітей більш молодшого шкільного віку.

Поряд з цим, заходи, що вживаються на державному рівні з метою покращення фізичного стану школярів, зокрема дітей молодшого шкільного віку, не забезпечать позитивних зрушень без пошуку шляхів оптимізації фізичного виховання в загальноосвітній школі.

Результати наукових праць вітчизняних дослідників доводять, що значна кількість показників фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку знаходиться за межею середнього рівня. Цю проблему, можна вирішувати засобами фізичної культури у різних формах фізкультурно-оздоровчих занять.

Фізичне виховання молодших школярів має свою специфіку, обумовлену їх анатомо-фізіологічними особливостями. Темпи зростання і розвитку окремих органів і функціональних систем дещо знижуються в порівнянні з дошкільним віком, проте залишаються достатньо високими.

Засобами фізичного виховання молодших школярів є фізичні вправи, використання гігієнічних факторів, оздоровчих сил природи.

На думку Москаленко Н.В., молодший шкільний вік виступає основним періодом набуття соціального досвіду, зокрема, формування орієнтацій на здоровий спосіб життя, що є передумовою функціонування механізмів розвитку особистості та організації її життєдіяльності.

Результати наукових праць фахівців України доводять, що значна кількість показників фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку знаходиться за межею середнього рівня. Цю проблему, на їх думку, можливо вирішувати засобами фізичної культури у різних формах фізкультурно-оздоровчих занять, до яких відноситься використання засобів фізичної культури для самооздоровлення.

Фізичні вправи є основним засобом фізичного виховання в школі. За їх допомогою здійснюються завдання, спрямовані на всебічний фізичний розвиток дітей, формування правильних навичок таких природних рухів, як хода, біг, стрибки, метання, лазіння тощо, розвиток основних фізичних якостей (спритності, швидкості, сили, витривалості), виховання позитивних морально-вольових якостей і корисних звичок.

Найефективнішим методом навчання є показ, оскільки в цьому віці переважає механічне запам'ятовування. Показ повинен бути точний, чіткий, безпомилковий і багатократний. На всіх етапах навчання показ повинен

супроводжуватися словесним поясненням. Саме це буде сприяти більш ефективному впливу засобів фізичної культури для самооздоровлення під час самостійних занять фізичними вправами.

В той же час, у джерелах наукової та спеціальної літератури зазначено, що фізичне здоров'я забезпечується цілісною системою, яка передбачає втілення фізкультурно-оздоровчих занять за основною програмою, а також додаткових занять «за вибором» (на яких діти згідно з інтересами і віковими особливостями займаються різними видами спорту), фізкультурних хвилинوک різної спрямованості, рухливих перерв, спортивного часу у групах продовженого дня, прогулянок на свіжому повітрі з використанням рухливих ігор, фізкультурно-спортивних свят, спортивних змагань, занять у спортивних секціях та самостійних занять фізичними вправами.

Отже, аналіз фахової літератури з проблеми самооздоровлення школярів в освітніх установах показав, що фізичне виховання зводиться лише до розвитку фізичних здібностей учнів і компенсації недостатньої рухової активності, тим самим не створюються передумови для формування усвідомленого ставлення учнів до свого здоров'я та ведення здорового способу життя як норми.

У зв'язку з цим обрана тема представляється нам актуальною та потребує подальшого вивчення та розробки.

УДК 796

Будій І.О.¹, Шуба Л.В.²

¹ студ. гр. УФКС-127 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ПІДВИЩЕННЯ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ДІТЕЙ 8-9 РОКІВ ЗАСОБАМИ ТАНЦЮВАЛЬНИХ ВПРАВ

Фізичне виховання – система соціально-педагогічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я та загартування організму, гармонійний розвиток форм, функцій і фізичних можливостей людини, формування життєво важливих рухових навичок та вмінь.

Одним із перспективних напрямів удосконалення системи фізичного виховання в загальноосвітній школі є пошук і наукове обґрунтування ефективних засобів і методів розвитку рухових якостей і особливо координаційних здібностей дітей 8-9 років. Координаційні здібності розвиваються в процесі засвоєння багатьох і різноманітних рухових умінь і навиків. Оскільки вони визначають швидкість оволодіння навиками рухів, то й покращують результати в техніці фізичних вправ.

В наш час танець широко застосовують в галузі професійно-прикладної підготовки, спеціальної й позатренувальної підготовки спортсменів, фізичного виховання дошкільників та дітей молодшого шкільного віку. Як синтетичний вид мистецтва, хореографія має потенційні можливості для вирішення багатьох завдань фізичного виховання, в тому числі, й сприянні розвитку координаційних здібностей, оскільки хореографічні уміння й навички за своєю природою, структурою й методикою вивчення ідентичні до рухових.

Таким чином, дослідження підвищення координаційних здібностей дітей 8-9 років засобами танцювальних вправ можна вважати актуальними, адже отримані результати показують особливості впливів соціально-економічних та екологічних факторів на рухову функцію людини. Такі результати можна застосувати для вдосконалення системи педагогічних дій в процесі фізичного виховання в плані їх диференціації.

Мета дослідження – обґрунтувати методику використання танцювальних під час уроків фізичної культури у дівчат 8- 9 років для підвищення рівня координаційних здібностей.

Відповідно до мети визначено основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан існуючих методик, програм, технологій розвитку координаційних здібностей у дівчат початкової школи.

2. Розробити та впровадити у процес фізичної культури дівчат 8-9 років методику використання танцювальних вправ для розвитку координаційних здібностей.

3. Перевірити ефективність впровадженої методики шляхом перевірки рівня координаційних здібностей дівчат 8-9 років по завершенню експерименту.

Наукова новизна полягає у впровадженні в процес фізичного виховання молодших школярів нових форм занять які впливають на розвиток фізичного стану дітей, а саме застосування танцювальних вправ. Танцювальні вправи здатні надійно покращити усі складові координаційних здібностей та створити надійний фундамент для розвитку координації в цілому.

Практичне значення дослідження полягає у пошуку власної концепції розвитку координаційних здібностей молодших школярів шляхом використання танцювальних засобів.

НОВІ ВИДИ СПОРТУ В ПРОГРАМАХ ОЛІМПІЙСЬКИХ ІГОР

Олімпійські види спорту – це види спорту, які входять до програми Олімпійських ігор.

Програма Олімпійських ігор постійно змінюється, щоб відповідати реаліям сьогодення і повною мірою задовольняти інтереси глядачів. Так, у Древній Греції все починалося лише з одного виду змагань – бігу на один стадій (дистанція 192,27 м), і включення в програму нових видів змагань відбувалося досить повільно.

Деякі нові види спорту подолали бар'єр для включення до програми Олімпійських ігор у Токіо у 2020 році. Міжнародний олімпійський комітет дав зелене світло п'ятьом ідеям, які були запропоновані японськими організаторами.

Міжнародний олімпійський комітет (МОК) включив карате, серфінг, бейсбол (чол.) / софтбол (жін.), скелелазіння і скейтбординг в програму Олімпійських ігор 2020 року в Токіо. Рішення було одногослоно прийнято в ході 129-ї сесії організації, яка передувала старту Ігор-2016 в Ріо-де-Жанейро. Передбачалось, що включення цих видів спорту збільшить медальну програму Олімпіади-2020 на 18 комплектів, в боротьбу за які вступають 474 спортсмена. Організаційний комітет Ігор-2020 запропонував включити п'ять нових дисциплін у відповідь на нову політику МОК.

Розглянемо детальніше нові види спорту:

1. Карате. Всесвітня Федерація карате (World Karate Federation) є організацією, визнаною Міжнародним Олімпійським Комітетом (МОК) і саме вона проводить основну роботу по популяризації карате з метою включення його в програму Олімпійських Ігор.

2. Серфінг. Рішення про включення серфінгу в олімпійську програму було прийнято на 129 сесії МОК, яка відбулася 3 серпня 2016 року. Таким чином, цей динамічний і популярний в світі вид спорту став рівноправним представником в олімпійській родині.

3. Бейсбол\софтбол. У серпні 2016 року МОК схвалив проведення змагань з бейсболу\софтболу на Олімпійських іграх 2020 року в Токіо.

4. Скелелазіння. У вересні 2013 року на 125-ом конгресі Міжнародного Олімпійського комітету (МОК) в Буенос-Айресі було прийнято рішення про включення одного з цих видів спорту до переліку Олімпійських Ігор і першому поданні цього спорту на Олімпійських Іграх 2020 року.

1. Скейтбординг. 28 вересня 2015 року скейтбординг увійшов в шортлист з п'яти нових видів спорту, кандидатів на включення в олімпійську програму літніх ігор в 2020 році.

Як пояснив голова Міжнародного олімпійського комітету Томас Бах, «ми хочемо залучати молодь до спорту. Враховуючи, скільки можливостей відкрито для молодих людей, ми вже не можемо очікувати, що вони автоматично прийдуть до нас. Ми повинні йти до них. Пропозиція організаторів Токіо-2020 повністю відповідає духу нової стратегії розвитку МОК. Разом запропоновані п'ять дисциплін є новаторською комбінацією з визнаних та новітніх, сфокусованих на молодь заходів, які популярні в Японії. Вони стануть спадщиною Ігор в Токіо».

Пізніше МОК схвалив постанову про літню Олімпіаду 2024 року в Парижі. До неї було включено брейк-данс, серфінг, скелелазіння і скейтбординг.

Розглянемо детальніше брейк-данс. Раніше змагання з брейк-дансу вперше пройшли на літніх юнацьких О.І. в Буенос-Айресі. Українські танцівники не брали участі у тих змаганнях. Однак українці часто здобувають призові місця на міжнародних конкурсах з брейк-дансу.

Остаточне рішення про нові види буде затверджено виконкомом МОК в грудні 2020 року.

На думку президента Міжнародного олімпійського комітету Томаса Баха, ці види спорту повністю відповідають програмі розвитку олімпійського руху. «Вони більш гендерно-збалансовані, більш міські і дозволяють підтримувати зв'язок з молодим поколінням», – вважає голова МОК.

Голова оргкомітету Олімпійських Ігор-2024 в Парижі Тоні Естанге заявив, що включення нових видів спорту зробить Олімпіаду «більш урбаністичною та артистичною».

УДК 796.034-05

Данілова Ю.В.¹, Мазін В.М.²

¹ студ. гр. УФКС-127 НУ «Запорізька політехніка»

² д-р пед. наук, проф. НУ «Запорізька політехніка»

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНЮВАННЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ ЮНИХ КАРАТИСТІВ

Сучасне карате характеризується високою динамічністю у поєднанні з необхідністю виконання чисельних технічних елементів. У зв'язку з цим, для успішного виступу каратиста на змаганнях є необхідним високий рівень спеціальної витривалості.

Зважаючи на сказане, чільне місце у підготовці юних каратистів займає розвиток цієї рухової якості. Однак, роботу тренерів істотно ускладнює відсутність наукових досліджень, присвячених методиці розвитку спеціальної витривалості каратистів на етапі початкової підготовки. Означене й обумовило вибір теми нашого дослідження.

Мета дослідження – обґрунтування методики, спрямованої на виявлення рівню розвитку спеціальної витривалості юних каратистів.

Завдання дослідження – описання авторської методики; збір даних з її використанням; виявлення норм авторської методики.

Методика виявлення рівню спеціальної витривалості юних каратистів передбачає, що спортсмен без зупинки наносить удари руками і ногами переміщаючись навколо стоячої груші протягом 30 сек. Спортсмен повинен нанести не менше 5 ударів ногами. При цьому він повинен дотримуватися техніки виконання ударів, прийнятої у карате. Якщо техніка порушується, то при 3-му зауваженні тестування припиняється.

Серед ударів використовуються такі: кідзамі-цукі, яку-цукі, уракен, круговий (удари рукою); маі-гері, маваші-гері, ура-маваши-гері, йоко-гері, уширо-ура-маваши-гері, уширо-гері (удари ногою).

При виконанні тестування до уваги беруться такі методичні вказівки:

- в.п. стійка зенку-цудачі; при кідзамі-цукі йде відхід убік; рука випрямляється, а потім відтягується на пояс; лікоть заводиться назад;

- при яку-цукі рука випрямляється, а друга йде на пояс; лікоть заводиться назад;

- при маі-гері нога згинається; повністю розгинається, а потім повертається в в.п.;

- при маваші-гері нога виноситься боком; повністю розгинається в колінному суглобі, а потім повертається в в.п.;

- ура-маваши-гері наноситися п'ятою ззовні всередину; повертається при такій же траєкторії в в.п.;

- при уширо-ура-маваши-гері йде розворот корпусу; виноситься передня нога; випрямляється і ставиться перед собою в в.п.;

- при йоко-гері нога повністю випрямляється; стопа боком і повертається в в.п.;

- при уширо-гері йде розворот корпусу; виноситься передня нога; стопа боком; випрямляється і ставиться перед собою в в.п.;

Для визначення норм описаної методики проведено пілотне дослідження на вибірці спортсменів віком 10-11 років (n=15). При цьому до вибірки входило 5 дівчат, 10 хлопців. 6 спортсменів мали вік 11 років, а 5 – 10 років.

При нормуванні авторського тесту перед нами постало питання визначення кількості якісних підмножин (рівнів) розвитку спеціальної

витривалості. Ми дійшли висновку, що у нашому випадку оптимальною є трьохрівнева шкала.

Серед можливих варіантів стандартизації нашого тесту обрано метод визначення процентилів – відсотків спортсменів з вибірки, які виконали стільки ж або менше ударів, ніж зафіксовано у конкретному спостереженні.

У результаті визначення 33-го та 66-го процентилів встановлено такі межі рівнів розвитку спеціальної витривалості:

- високий рівень спеціальної витривалості фіксується у спортсмена у разі, коли він виконує більш ніж 31 удар за 30 сек.;

- задовільний рівень відзначається коли спортсмен виконує від 28 до 31 удару включно;

- незадовільний рівень відзначається коли спортсмен виконує менш ніж 28 ударів за 30 сек.

Вважаємо, що норми методики потребують подальшого обґрунтування. Зокрема, доцільним є обґрунтування окремих норм для юнаків та дівчат на більш великій вибірці. Також доцільним є перевірка припущення про підвищення інформативності методики у разі збільшення часу виконання ударів з 30 сек. до 45 сек.

УДК 796.894

Джаним Д.М.¹, Сметанін С.В.²

¹ студ. гр. УФКС-117, НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ БОДІБІЛДІНГУ ЯК ЗАСОБУ ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМ ВИХОВАННЯМ

Актуальність дослідження. Незважаючи на велику кількість науково-методичної літератури, присвяченої інноваційним формам організації фізичного виховання в освітніх закладах, їх впровадження не набуло поширення. На думку ряду авторів, для поліпшення стану здоров'я та фізичного розвитку особистості ефективно можуть бути використані такі інноваційні форми фізичного виховання як елементи хатха-йоги (В. Видрін, В. Євстаф'єв, Н. Пономарьов), дихальні вправи (С. Кучкін, Т. Кузнєцова, Н. Фудін), оздоровча аеробіка, фітнес (Е. Панкратова), бодібілдинг (С. Бугайов, А. Водяний, Е. Нікітіна). Водночас, відсутність диференційованого та особистісно-орієнтованого підходів у плануванні фізичних навантажень, зниженням інтересу та мотивації у студентів до традиційних занять із фізичного виховання веде на думку В.Л. Волкова,

С.І. Присяжнюка та ін. до зниження ефективності процесу фізичного виховання в ЗВО.

Сучасний етап розвитку освіти характеризується інтенсивними пошуками нових шляхів та методів в теорії та практиці педагогічного процесу. Це зумовлено цілою низкою протиріч, головне з яких – невідповідність традиційних методів, форм навчання і виховання в системі освіти нинішнім соціально-економічним умовам розвитку суспільства, що породила цілий низку об'єктивних інноваційних процесів в галузі. Технологія організації спортивно-орієнтованого фізичного виховання відкриває широкі перспективи освоєння цінностей фізичної та спортивної культури в умовах масового фізичного виховання й спортивної підготовки нового покоління. В основу методики та організації фізичної підготовки студентів покладено концепцію тренування. Тому основні принципи організаційно-методичної концепції навчального тренування студентів у процесі їхньої фізичної підготовки повинні стати теоретико-методичною основою для нових форм організації занять з фізичного виховання, серед яких важливе місце може посісти і впровадження елементів бодібіндингу, адже за результатами анкетування в ході досліджень Г.П. Грибана, Т.Ю. Круцевич, Л.П. Пилипея виявлено, що понад 20% студентів бажають займатися саме силовими видами спорту.

З метою посилення мотивації до занять фізкультурою необхідно проводити комплекс заходів: впровадження в навчальний процес спортивних аспектів, зокрема з урахуванням можливості впровадження нових видів спорту; формування навчальних груп за інтересами; введення стимулюючих процедур тестування з наочним та об'єктивним відображенням прогресу результатів; поєднання практичних занять з навчально-методичними; свобода вибору місця й форми занять; музичний супровід і художнє оформлення; удосконалення викладацької майстерності; регулярні психологічні консультації тощо.

Мета дослідження – виокремити та проаналізувати можливість використання засобів бодібіндингу в якості засобу, спрямованого на мотиваційний аспект в освітньому процесі вищої школи. Відповідно до мети визначено такі основні завдання: 1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми підвищення мотивації студентів до занять фізичною культурою. 2. Дослідити мотиваційно-ціннісне ставлення студентів закладів вищої освіти до фізичного виховання та інтерес до занять бодібіндингом. 3. Розробити та теоретично обґрунтувати шляхи і методи підвищення мотивації студентів закладів вищої освіти шляхом впровадження в освітній процес фізичного виховання елементів бодібіндингу. Об'єкт дослідження – освітній процес фізичного виховання студентів закладів вищої освіти. Предмет дослідження –

мотиваційне ставлення до занять фізичним вихованням студентів у процесі впровадження елементів бодібілдингу.

Впровадження в навчальний процес елементів бодібілдингу, таким чином, спрямоване не лише на розвиток у студентів силових якостей, спеціальних знань, умінь і навичок, формування раціональної фізичної активності, що забезпечує високий рівень фізичного стану. В основі навчальної діяльності лежить формування у студентів мотиваційного, когнітивного та діяльнісного компонентів.

Етап формування мотивації є першим і найбільш важливим етапом проектування освітнього процесу з фізичного виховання. Зміст мотивації формується на основі отриманої інформації під час навчальних занять, відвідування змагань, перегляду спеціалізованих відео-матеріалів тощо. Структура мотивів студентів до занять із фізичного виховання в процесі впровадженні елементів бодібілдингу, таким чином є вихідним позитивним показником, який суттєво впливає на рухову активність особистості студента.

УДК 796

Джабраїлов А.М.¹, Буренко М.С.²

¹ студ. гр. УФКС-127 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ПОЗИТИВНІ ТА НЕГАТИВНІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЛИ НА РОЗВИТОК МІЖНАРОДНОГО ОЛІМПІЙСЬКОГО РУХУ В ПЕРІОД З 1920 ПО 1948 РР.

Цей період охоплює роки між першою і другою світовими війнами і перші три післявоєнних роки. Політичні, економічні і моральні потрясіння, що переживав світ у цей період ХХ сторіччя прямим чином відбилися на олімпійському спорті. У 1925 р. Кубертен подав у відставку. У цей період не проводилися Ігри XII і XIII Олімпіад, драматичні події склалися навколо Ігор берлінської Олімпіади 1936 р.

Саме у цей період організатори Олімпійських ігор і засоби масової інформації постійно повторювали про їхню значущість у справі зміцнення міжнародного співробітництва, Ігри використовувалися певними колами і країнами для розпалювання національного антагонізму. Політика МОК у цей період заслуговує серйозної критики. Важко пояснити, наприклад, факт обрання в 1938 р. третіх членів у МОК для Німеччини, Італії і Японії, що явно готувалися до розв'язання війни.

Спеціальна сесія МОК встановила факти численних безчинств і злочинів, вчинених нацистами у відношенні спортсменів-євреїв. Однак в

опублікованому в американській пресі попередньому висновку комісії стверджувалося, що Німеччина може організувати Олімпійські ігри, тому МОК на своїй сесії в Осло в 1935 р. прийняв рішення не змінювати місце проведення Ігор.

Олімпіада в Берліні стала тріумфом для темношкірих спортсменів США і черговим ударом по расистських забобонах. Ці спортсмени завоювали 6 золотих, 3 срібних і 2 бронзові медалі. Навіть перемога німецької команди в неофіційному загальнокомандному заліку не змогла затьмарити поразки расистської політики, яку проводила фашистська Німеччина.

Друга світова війна, що почалася в 1939 р., негативним чином позначилася на олімпійському спорті. МОК залишився без свого президента: Анрі де Байє-Латур втік в Америку з Бельгії, яка була окупована гітлерівською Німеччиною, де і помер у 1942 р. Ігри Олімпіад не проводилися ні в 1940, ні в 1944 роках.

При всіх складностях політичної ситуації тих років у світі і її негативному впливі на спорт, варто сказати, що цей період був інтенсивним з погляду удосконалення самого міжнародного олімпійського руху: його структури, організаційно-правових основ, відносин з державами, між МОК, НОК і федераціями й ін.

Завдяки діяльності МОК була впорядкована програма Ігор Олімпіад, порядок показових виступів, система нагороджень переможців. Уперше на Іграх 1920 р. пролунала олімпійська клятва, проголошена бельгійським фехтувальником В. Буаном, який згодом став президентом НОК Бельгії:

Під керівництвом МОК була розроблена система підготовки чергових Олімпійських ігор, почала впроваджуватися практика проведення тренувальних зборів і спільного поселення спортсменів в олімпійському селищі.

На початку другої світової війни керівництво справами МОК узяв на себе віце-президент швед Ю. Зигфрід Едстрем, що зробив після закінчення війни дуже багато чого для відродження олімпійського руху. Вже в серпні 1945 р. у Лондоні було проведено засідання Виконкому МОК, на якому було надане право проведення зимових Олімпійських ігор 1948 р. Санкт-Моріцу, а літніх – Лондону. Це рішення було схвалено в 1946 р. на сесії МОК.

Серйозно оцінивши політичну ситуацію, що склалася після другої світової війни, МОК почав активні кроки із залучення Радянського Союзу в міжнародний олімпійський рух. Представники СРСР були запрошені як спостерігачів на Ігри Олімпіади 1948 р. у Лондоні. Почався активний процес залучення радянських спортивних федерацій в міжнародні, а потім Олімпійського комітету СРСР – у Міжнародний олімпійський комітет.

Важливим підсумком другого періоду стало удосконалення міжнародної олімпійської системи. Була суттєво реорганізована діяльність

МОК, забезпечено реальне співробітництво МОК, НОК і Міжнародних спортивних федерацій, удосконалена система підготовки і проведення Олімпійських ігор, впорядкована програма змагань. Утворені міжнародні спортивні об'єднання з ряду олімпійських видів спорту – Міжнародний союз стрілецького спорту (УІТ) – 1921 р., Міжнародна федерація хокею (хокей на траві, ФІХ) – 1924 р., Міжнародна федерація лижного спорту (ФТС) – 1924 р., Міжнародна любительська федерація баскетболу (ФІБА) – 1932 р., Міжнародна любительська асоціація боксу (АІБА) – 1946 р. та ін.

Другий період розвитку олімпійського спорту при всіх його складностях і протиріччях переконливо продемонстрував зростаючий авторитет міжнародного олімпійського руху, зацікавленість у його розвитку і використанні його результатів у різних країнах світу.

УДК 796:378:008

Корнієнко О.Ю.¹, Корж Н.Л.²

¹ студ. гр. УФКСз-119м НУ «Запорізька політехніка»

² канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

КУЛЬТУРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ФОРМУВАННІ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА

В наш час є досить актуальним формування у студентської молоді стійкого та свідомого ставлення і мислення щодо цінностей здорового способу життя і особистого фізичного вдосконалення. Фізична культура та здоровий спосіб життя повинні стати надійним захистом, здатним допомогти студентській молоді адаптуватися до нових умов життєдіяльності, протистояти екологічній обстановці, яка безперервно погіршується.

Показниками прояву сформованості цінностей фізичної культури як світоглядної орієнтації є ряд аспектів, які акцентують увагу на наявність умінь саморегуляції власного фізичного стану; психологічного комфорту; переконаність у необхідності самовдосконалення та саморозвитку власної фізичної культури стійкої мотивації щодо занять фізичною культурою.

Поєднуючи специфіку напряму дослідження зі структурою «Я-Концепції» та враховуючи ідею В. Мясіщева, відповідно до якої в будь-якому ставленні можна виділити сутність та особливості формування стійкого ставлення до занять фізичної культури у студентської молоді в процесі фізичного виховання, нами виділені ряд аспектів, які дозволяють у повному обсязі простежити за станом сформованості фізичною культурою, а саме:

1. Когнітивний аспект визначається багатьма науковцями як знаннєвий. Даний аспект надає можливість визначити ступінь засвоєння студентами теоретичних знань у сфері фізичної культури, що є одним із важливих напрямків у структурі пізнавальної активності студентів та формування їх духовного здоров'я в цілому.

Показниками прояву когнітивного аспекту сформованості цінностей фізичної культури як світоглядної орієнтації є: обізнаність у проблемах здорового способу життя; переконаність у необхідності саморозвитку та самовдосконалення власної фізичної культури; наявність інтересу до вивчення питань щодо занять фізичною культурою, потреба в поглибленні знань; усвідомлення ролі власного способу життя у збереженні здоров'я; рівень знань з основ профілактики захворювань, здоров'язберегаючих технологій та оздоровчих заходів

2. Мотиваційно-емоційний аспект надає можливість активізувати у студентів спонукальні сили поведінки, бажання самовизначитись, бути успішним, ціннісно ставитись до свого здоров'я; мати особистісні ціннісні орієнтації, ідеали; здійснювати норми моралі, здорового способу життя, враховуючи інтереси і потреби особистості.

Показниками мотиваційно-емоційного аспекту виступають: наявність позитивної мотивації; настанова на ціннісне ставлення до різних форм занять фізичною культурою і спортом; наявність мотивації на досягнення успіху в діяльності, спрямованої на формування соціальної активності та професійного удосконалення за обраною спеціальністю.

3. Емоційно-вольовий аспект надає можливість визначити відчуття боргу власної гідності, активно сприйняти дійсність життєвої позиції, збалансувати почуття, волю й інтелектуальні задатки, виявити вплив фізичної культури на емоційний стан студентів. Цей аспект допомагає визначити ступінь прийняття правильного рішення в конкретній ситуації, зробити правильний вибір, вчасно придбати досвід емоційно-вольових відносин до світу.

Показниками сформованості емоційно-вольового аспекту мають бути: впевненість в собі та в своїх силах, наполегливість, здатність контролювати свою поведінку, уміння адаптуватися до обставин, що змінюються, здатність до роботи у колективі для досягнення спільної мети, тощо.

4. Естетичним аспектом фізичної культури є: краса рухів, статури, тіла і духу, взаємовідносини, є природним доповненням такої важливої естетичної цінності студента, як його духовне багатство. Естетичне виховання на заняттях фізичною культурою – це прагнення до фізичного вдосконалення, застосування на практиці знань, вмінь і навичок з раціонального використання фізичних вправ та інших засобів.

Показники сформованості естетичного аспекту є: різнобічність і широта запитів у галузі естетики; суспільно-естетична активність; підвищення фізичної й розумової працездатності; удосконалення координації рухів та інших сенсомоторних якостей.

Культурологічні аспекти фізичної культури є складовою частиною формування в особистості студента життєвих цінностей, які значною мірою впливають на якість життя сучасної студентської молоді, тому на нашу думку дуже важливо розкрити цей напрямок фізичної культури.

УДК 796.034-05

Дряпун Д.П.¹, Мазін В.М.²

¹ студ. гр. УФКС-127 НУ «Запорізька політехніка»

² д-р пед. наук, проф. НУ «Запорізька політехніка»

ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНЮВАННЯ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ЮНИХ КАРАТИСТІВ

Сьогодні перед тренерами з карате постало закономірне питання про пошук нових ефективних засобів формування рухових якостей юних спортсменів, які б відповідали сучасному рівню розвитку наукового знання. Хоча з моменту перших публікацій у нашій країні на цю тему минуло близько 30 років, арсенал засобів оцінювання координаційних здібностей юнаків та дівчат, які займаються у групах початкової підготовки з карате, ще важко назвати великим.

Тому вважаємо, що дослідження, спрямоване на обґрунтування нової методики оцінювання координаційних здібностей каратистів, які навчаються у групах початкової підготовки, є актуальним і своєчасним.

Мета дослідження – знаходження норм методики оцінювання координаційних здібностей юних каратистів, які займаються у групах початкової підготовки.

Завдання дослідження – збір даних за допомогою тестування з використанням авторської методики з подальшою їх обробкою.

Запропонована нами методика оцінювання координаційних здібностей юних каратистів передбачає, що спортсмен без зупинки наносить удари «розширені-ура-маваши-гері» по манекену за 30 сек. Після кожного удару він вертається у вихідне положення «стійка Зенкуцу-дачі» з відведеною назад правою рукою (або лівою, у разі якщо спортсмен ліворукий) та відповідним розворотом корпусу. Удар по манекену наноситься п'ятою.

Після кожного удару спортсмен може переміщуватися навколо манекену, а також міняти стійкі (лівосторонню на правосторонню та навпаки).

При виконанні тестування спортсмен має дотримуватися техніки. Якщо техніка порушується, то на 3-му зауваженні хронометрування зупиняється і спортсмен більше не виконує вправу.

Для визначення норм описаної методики проведено пілотне дослідження на вибірці спортсменів віком 8-9 років ($n=10$). У вибірці було 4 дівчини та 6 хлопців.

При нормуванні авторського тесту використано метод стандартизації на основі визначення середнього арифметичного (m) і стандартного відхилення (σ). При цьому межа низького рівня визначалася на основі: $m - 2\sigma$; межа високого рівня – $m + 2\sigma$. При такому способі нормування середньому рівню відповідало 50% результатів вибірки.

Статистичні показники розраховано з використанням програми Statistica 10. Вони прийняли таке значення: $m=9,9$; $\sigma=1,66$. При цьому $\min=7$, $\max=12$.

Відповідно, визначено такі норми методики:

- високий рівень фіксується у разі, коли спортсмен виконує більш ніж 11 ударів за 30 сек.;
- середній рівень відзначається коли спортсмен виконує від 9 до 11 ударів включно за 30 сек.;
- низький рівень відзначається коли спортсмен виконує менш, ніж 9 ударів за 30 сек.

У майбутніх дослідженнях вважаємо за доцільне підтвердити точність визначених норм методики оцінювання координаційних здібностей юних каратистів на більшій вибірці юних каратистів.

УДК 796

Гуриченко М.О.¹, Захарова О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-116 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

РОЗВИТОК СИЛОВИХ ЯКОСТЕЙ У ЮНИХ БОРЦІВ 13-14 РОКІВ

Особливе місце для нормального розвитку всіх систем організму, підвищення стійкості до негативних факторів навколишнього середовища і зниження захворюваності займає педагогічний процес, що організований з дітьми шкільного віку і передбачає систематичний вплив фізичного навантаження на дитячий організм, зокрема в умовах спортивного

тренування. На цьому фоні боротьба дзюдо один з перспективних напрямків у вирішенні ряду проблем у підлітковому віці.

Як вид одностороннього дзюдо включає в себе не тільки техніку і тактику ведення поєдинку, але й цілий комплекс вправ, що спрямовані на фізичне вдосконалення організму дитини, розвиток фізичних якостей, укріплення нервової системи, засвоєння елементів інших видів спорту.

Ефективна організація навчально-тренувального процесу підготовки юних спортсменів можлива лише тоді, коли вона базується на точному визначенні характеру адаптаційних перебудов основних рухових і функціональних систем організму під впливом фізичних навантажень і, безумовно лише за умов відповідності тренувальних засобів індивідуальним особливостям і можливостям юних спортсменів.

В дослідженнях підлітків, була спроба розкрити взаємозв'язок типів статури і моторики в цілях професійної орієнтації підлітків для контролю дозування, та індивідуалізації занять з фізичної культури. Для підлітків доліхоморфної тілобудови характерно відставання в силі і витривалості, брахіморфного – значна фізична сила; діти мезоморфного типу займають проміжне місце за рівнем моторного розвитку, маючи високі результати в показниках витривалості.

Значний інтерес представляють дослідження, в яких були прийняті спроби виявити і обґрунтувати зв'язок типу статури і рухових здібностей, зокрема сили. Було виявлено, що з комплексу факторів, які визначають працездатність хлопчиків 13-16 років, на частку соматичного статусу припадає від 34 до 57%.

При початковому відборі в першу чергу потрібно орієнтуватися на стабільні (мало змінні в ході розвитку і в малому ступені залежні від тренувальних впливів) фактори. У найбільшій мірі цим вимогам відповідають морфологічні ознаки.

Для досягнення високих спортивних результатів першорядне значення має відповідний рівень фізичної підготовки тих, хто займається. Тому провідне місце в тренуванні займає фізична підготовка, проведена в єдності з процесом вдосконалення техніки.

Сила – це здатність людини долати зовнішній опір переважно за рахунок м'язової діяльності або ж протидіяти зовнішнім силам. Специфічними формами силових проявів є: абсолютна, швидкісна, вибухова сила, силова витривалість. Силкові можливості пов'язані з віком. Від 13 до 14 років зростання абсолютної м'язової сили різко збільшується. Показники відносної сили досягають максимуму в 13-14 років.

У силовій підготовці юних спортсменів можна виділити два основних напрямки: 1) всебічний розвиток силових здібностей; 2) виховання специфічних силових здібностей.

У спортивній літературі зустрічається багато методів силових підготовки. Так виділяються методи загальної силових підготовки: метод короткочасних зусиль, метод «до відмови», повторний, інтервальний, коловий, методи різнобічної цілеспрямованої силових підготовки, методи спеціальної силових підготовки, синтетичного і аналітичного впливу.

Однією з найбільш вдалих є класифікація методів створення максимальних і динамічних зусиль за Зациорським В.М. Метод максимальних зусиль доцільно використовувати для підвищення граничної сили будь-якої конкретної м'язової групи або в якому-небудь конкретному русі. Метод динамічних зусиль характеризується граничною швидкістю виконання вправ при незначному зовнішньому обтяженні.

При підборі засобів і методів силових підготовки необхідно прагнути до того, щоб тренувальні завдання по можливості були адекватними змагальним діям. Це положення сформульоване, як принцип динамічної відповідності, критеріями якої є амплітуда і напрямок руху, ділянка робочої амплітуди руху де робиться акцент, розмір динамічного зусилля, швидкість прояви максимуму зусиль, режим роботи м'язів.

В той же час, коло засобів загально-силових підготовки борців дуже широкий, і тренери не відчують у зв'язку з цим при проведенні практичних занять труднощів. Що ж стосується спеціальної силових підготовки, то одним з її умов є виборчий вплив на потрібні групи м'язів за допомогою вправ, подібних або ідентичних структурі змагального руху.

Отже, у зв'язку з цим обрана тема представляється нам актуальною та потребує подальшого вивчення та розробки.

УДК 342.72

Івко Є.В.¹, Курта Є.О.²

¹ студ. гр. УФКС-136_под НУ «Запорізька політехніка»

² канд. юр. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ВЗАЄМОДІЇ ПРИВАТНИХ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІЗАЦІЙ З ДЕРЖАВНИМИ ПРАВООХОРОННИМИ ОРГАНАМИ

Одним із найважливіших завдань нашої держави на сучасному етапі розвитку є забезпечення життя, здоров'я та недоторканності людини, захист її законних прав та інтересів, особистого життя. В розвинених країнах світу обов'язок вирішення цих завдань покладається не тільки на державні правоохоронні органи, але й на приватні організації (детективні бюро, приватні охоронні служби тощо). В Україні, починаючи з 2000 року існувала

достатньо велика кількість спроб законодавчого регулювання детективної діяльності приватними структурами. 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» та прийняття 13 квітня 2017 р. його у другому читанні. Вказане рішення свідчить про прагнення зробити черговий крок до підвищення міжнародного іміджу України як країни, в якій створені всі необхідні умови для реального захисту прав людини.

Здійснення будь якої правоохоронної діяльності у державі, зокрема приватної детективної, повинно ґрунтуватись на певних засадах та принципах. У статті 3 Закон України «Про приватну детективну (розшукову) діяльність» визначені основні принципи та засади приватної детективної (розшукової) діяльності, серед яких вважаємо за потрібне звернути увагу на принцип взаємодії суб'єктів приватної детективної (розшукової) діяльності з правоохоронними органами.

Для ґрунтового дослідження зазначеного принципу в Україні, необхідно звернутися до міжнародного досвіду та визначити яким чином відбувається взаємодія між приватними детективами та державними органами, фізичними та юридичними особами в провідних країнах світу.

Так, приватний детектив у Великобританії мають право доступу до центрального національного поліцейського комп'ютера, за допомогою якого щоденно видається до 120 тисяч довідок за запитами про правопорушників.

Крім того, приватний детектив у може, отримати відомості щодо підданих країни. Наприклад, є термінали, через які на цілком законних підставах можна отримати доступ щонайменше до 100 баз даних, у тому числі й до комп'ютеризованого довідника компанії «British Telecom», а також до повного поіменного списку британських виборців і судових дос'є. Отже, можна зазначити, що у Великобританії підтримується дуже тісне інформаційне співробітництво між приватними детективними агентствами та державними правоохоронними органами (поліцією) під час розслідування злочинів та захисту прав і свобод громадян.

Взаємодія приватних детективів з державними правоохоронними органами Франції згідно із законодавством здійснюється наступним чином: 1) міністр внутрішніх справ, міністр юстиції, орган судової влади в межах повноважень можуть витребувати від детектива, який обслуговує певну територію, будь-яку потрібну інформацію для забезпечення національної безпеки, підтримання громадського порядку, попередження та розкриття злочинів (інформація, що цікавить відповідні державні структури, повинна бути підготовлена та надана детективом у найкоротший строк); 2) якщо під

час виконання своїх службових обов'язків детективу стане відомо про будь-які факти вчинення злочину або такого, що готується, він повинен негайно поінформувати про це прокурора або суд на відповідній території.

Приватні детективи в Італії, зобов'язані негайно давати відповіді на всі запити, зроблені посадовими особами поліції, державних органів чи агентами національної безпеки. За порушення положень законодавства у сфері регулювання приватної детективної діяльності особа може понести покарання у вигляді позбавлення волі на строк до 2-х років або штрафу.

Виходячи з вищевикладеного можна дійти наступних висновків:

- суб'єкти приватної детективної (розшукової) діяльності в розвинутих європейських країнах здійснюють не тільки опосередкований, а й безпосередній вплив на злочинні прояви;

- відбувається плідне інформаційне співробітництво (шляхом надання законного доступу до державних інформаційних баз даних) між суб'єктами приватної детективної діяльності та державними правоохоронними органами (поліцією) під час розслідування злочинів та захисту прав і свобод громадян;

- до вказаних суб'єктів з боку державних органів висувуються певні вимоги стосовно повідомлення в обов'язковому порядку про будь-які факти вчинення злочину або готування до його вчинення та надання іншої інформації за вимогами державних органів.

УДК 796

Ківа Д.А.¹, Чухланцева Н.В.², Чердніченко І.А.³, Брухно Е.Л.⁴

¹ студ.гр. УФКС-119м НУ «Запорізька політехніка»

² канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

³ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

⁴ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ ВИБУХОВОЇ СИЛИ І ПОКАЗНИКІВ СПРИТНОСТІ ТА ГНУЧКОСТІ ШКОЛЯРІВ 12-13 РОКІВ

Шкільний вік є найбільш важливим періодом в житті кожної людини, оскільки він супроводжується швидкими процесами росту, розвитку і формуванням його фізичних якостей. Наразі проблема фізичної підготовленості та функціонального стану дітей є актуальною з огляду на пошуки «нетрадиційних засобів» оптимізації фізичного виховання з метою збільшення рухової активності у дітей. Фізична підготовленість об'єднує обсяг сформованих в ході фізичного виховання умінь і навичок, що свідчать про рівень розвитку фізичних якостей школярів. Фізичні якості

розглядаються як показник фізичної підготовленості і стану дитини. Регулярний контроль за темпом та рівнем розвитку фізичних якостей зростаючого організму має важливе значення для своєчасного виявлення відхилень від вікових норм розвитку та їх корекції. Погіршення здоров'я дітей є найбільш значущою соціальною проблемою, зважаючи на це визначення рівня розвитку фізичних якостей школярів є актуальною та значимою проблемою. Дослідження низки авторів свідчить, що із погіршенням стану здоров'я знижується і фізична підготовленість школярів.

Формування рухового аналізатора дітей підпорядковується закономірностям вікового розвитку і здійснюється протягом ряду років. За даними Гаркуша С.В. (2015), Вайнбаум Я.С. (2010) з 7 до 14 років відбувається активний розвиток рухової функції дітей і підлітків, яке вже до 13-14 років досягає високого рівня.

Проведенні дослідження чинників, які мають вплив на ефективність занять фізичною культурою в загальноосвітніх школах підлітків середнього шкільного віку, на думку Долбишевої Н. (2008), свідчать про відсутність відповідної матеріально-технічної забезпеченості у школах. Лисак І.В., Кулібаба С.О. (2018) зазначають, що велика кількість школярів не розуміють для чого їм займатися фізичною культурою і спортом. Такий стан, за думкою Горшкова Н.Б. (2005), Боднар І.Р. (2013), Угринюк А. (2017) пояснюється консервативними і застарілими методами викладання предмету, наявністю завищених обов'язкових навчальних нормативів, неналежною професійною підготовкою до уроків вчителів фізичної культури.

Тестування фізичної підготовленості є елементом етапного контролю, як у системі спортивної підготовки так і у практиці фізичного виховання. Показники вибухової сили, спритності та гнучкості є найбільш цікавими, з точки зору об'єктивної оцінки всебічного розвитку організму дитини, оскільки ці якості є важливими для успішного оволодіння школярами розділів навчальної програми та є базовими для багатьох видів спорту: легкої атлетики, гімнастики, спортивних ігор, одноборств на початкових етапах підготовки.

Визначенню рівня розвитку показників швидко-силових можливостей, швидкості, гнучкості, спритності присвячені дослідження вітчизняних і закордонних фахівців. Ними доведено, що саме протягом середнього шкільного віку методи і засоби фізичного виховання сприяють найкращому тренувальному ефекту, отже є сприятливі передумови для розвитку спритності і швидкості рухів. На думку Кравцова Г.Л. (2019), Горчанюк Ю.А. (2015), Никитенко С.А. (2010), сприятливі морфологічні та функціональні передумови для розвитку вибухової сили створюються до 12 років, що пов'язано зі збільшенням м'язової маси та товщини м'язових волокон, накопиченням в них запасів вуглеводів, білків, багатих енергією

поєднань, поліпшенням нервової регуляції. Дослідження рівня розвитку гнучкості, Захарова Е.Н.(2004), Алтера М.Дж. (2004), свідчать про те, що оцінка рівня розвитку гнучкості важлива у школярів, оскільки її належний рівень є необхідною умовою для профілактики травм м'язів та сполучних тканин, а також необхідною основою для оволодіння та вдосконалення рухових дій.

Для об'єктивного оцінювання вибухової сили і показників спритності та гнучкості школярів 12-13 років нами пропонується використовувати надійні і інформативні тести: вертикальний стрибок, нахил уперед з положення сидячи, тест Едгрена. Вертикальний стрибок (стрибок вгору з місця із помахом рук і швидким присідом) пропонуємо використовувати для оцінки розвитку вибухової сили м'язів ніг, до того ж цей тест відображає не лише показники вибухової сили, а й показники відносної потужності, що залежить від Вт/кг ваги тіла. Для визначення та оцінки абсолютного показника здатності до перебудови рухових дій і швидкості пропонуємо застосовувати тест Едгрена. Для визначення рівня розвитку гнучкості пропонуємо використовувати тест «нахил уперед з положення сидячи», який є загальновідомим та одним з найкращих тестів для оцінки гнучкості.

Перспективою подальших досліджень вбачаємо оцінку рівня розвитку названих якостей школярів 12-13 років з метою визначення ефективності уроків фізичної культури.

УДК 796.894

Кочуков С.С.¹, Сметанін С.В.²

¹ студ.гр. УФКС-119сп НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ БОБІЛДІНГУ ДЛЯ РОЗВИТКУ СИЛОВИХ ЯКОСТЕЙ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Актуальність дослідження. В сучасних умовах інтеграції України в європейський освітній простір, соціально-політичні зміни відображаються на усіх сторонах суспільного буття, в тому числі і на системі освіти. Ключову роль в цих умовах відіграє модернізація системи вищої освіти з усіма її компонентами, одним з яких є система фізичного виховання, що реалізується в закладах вищої освіти.

Не достатня ефективність процесу фізичного виховання в ЗВО на думку В.Л. Волкова, Г.П. Грибана, С.С. Єрмакова, С.І. Присяжнюка, та інших сучасних українських науковців, пов'язана з наданням пріоритету в освітньому процесі нормативному підходу; відсутністю диференційованого

та особистісно-орієнтованого підходів у плануванні фізичних навантажень, зниженням інтересу та мотивації у студентів до традиційних занять із фізичного виховання.

За даними науковців, що досліджували шляхи вирішення цих проблем Ю.М. Вихляєва, Л.С. Ібрагімової, В.А. Темченка та ін., перспективним напрямком в подоланні ситуації, що склалася в системі фізичного виховання в ЗВО є підвищення у студентської молоді мотивації до систематичних занять фізичними вправами за рахунок впровадження в освітній процес нових видів фізкультурно-оздоровчої діяльності у формі секційних занять та безпосередньо під час занять планових занять фізичним вихованням. Одним із відносно мало розвинутих та перспективних видів фізичних вправ, що на сьогоднішній день набирають великої популярності у студентському середовищі, є бодібілдинг.

Незважаючи на велику кількість досліджень, пов'язаних із обґрунтуванням необхідності використання засобів бодібілдингу в освітньому процесі студентів, існує ряд суперечностей: між наявністю методичних положень щодо багаторічної підготовки у бодібілдингу та проблемою адаптації цих положень до освітнього процесу фізичного виховання у закладах вищої освіти; між проблемою низького рівня фізичної підготовленості студентів та відсутністю організаційно-методичних умов для впровадження інноваційних засобів фізичної підготовки молоді, зокрема бодібілдингу; між необхідністю цілеспрямованого формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до занять фізичними вправами та відсутністю відповідних умов для використання у цьому процесі засобів бодібілдингу.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність використання засобів бодібілдингу для розвитку силових якостей у студентів закладів вищої освіти. Відповідно до мети визначено такі основні завдання: 1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми розвитку силових якостей студентів засобами бодібілдингу. 2. Дослідити мотиваційно-ціннісне ставлення студентів закладів вищої освіти до фізичного виховання та інтерес до занять бодібілдингом. 3. Розробити, теоретично обґрунтовані шляхи та методи розвитку силових якостей у студентів закладів вищої освіти засобами бодібілдингу та експериментально перевірити її ефективність в освітньому процесі фізичного виховання. Об'єкт дослідження – освітній процес фізичного виховання студентів закладів вищої освіти. Предмет дослідження – зміст, форми, засоби та методи розвитку силових якостей студентів у процесі занять бодібілдингом.

Реалізація завдання всебічного та гармонійного розвитку особистості в умовах закладу вищої освіти передбачає врахування мотивації та уподобань студентів і ґрунтується на перевагах силових видів спорту, популярних серед студентської молоді. За результатами анкетування виявлено, що понад 22,3%

студентів бажують займатися силовими видами спорту, зокрема бодібілдингом, що підтверджує дані, отримані Г.П. Грибаном, Т.Ю. Круцевич, Л.П. Пилипеєм, які в своїх працях зазначають, що силові види спорту користуються високою популярністю серед сучасного студентства.

Аналіз літературних джерел дає підстави стверджувати, що бодібілдинг має великий потенціал, оскільки може бути представлений у системі освітнього процесу з фізичного виховання як засіб загальної фізичної підготовки студентів, спеціальної силової підготовки, позанавчальної форми організації занять та окремий самостійний спецкурс.

Основною формою організації і проведення навчальних занять з бодібілдингу є заняття з фізичного виховання при розподілі на підготовчу (20%), основну (70%) і завершальну частини (10%). Рациональна структура тренувальних навантажень різної інтенсивності на I році навчання повинна передбачати такі об'єми вправ: з інтенсивністю 50-60% від максимальної – 20-30%; з інтенсивністю 60-70% – 35-45%; з інтенсивністю 70-80% – 20-30%; на II році навчання: вправ із інтенсивністю 50-60% – 10-20%; з інтенсивністю 60-70% – 25-30%; з інтенсивністю 70-80% – 35-40%; з інтенсивністю 80-90% – 15-25% і з інтенсивністю 90-100% – 4-5%.

УДК 796

Мальгінов Б.В.¹, Буренко М.С.²

¹ студ.гр. УФКС-119м НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ПАУЕРЛІФТИНГ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я

В останнє десятиліття бурхливими темпами розвивається такий напрямок атлетизму, як пауерліфтинг, або силове триборство. Історія зародження пауерліфтингу відноситься до п'ятдесятих років ХХ ст. Серед атлетичних видів спорту, таких як важка атлетика, бодібілдинг, гирьовий спорт, пауерліфтинг є наймолодшим видом змагальних вправ. Чемпіонати світу з цього виду проводяться з 1971 р, чемпіонати Європи – з 1978 року, а перший чемпіонат РСРР був проведений в 1990 р.

В останні роки пауерліфтинг набув особливої популярності серед студентів вищих навчальних закладів, населення і в адаптивному спорті, проводяться найрізноманітніші змагання: чемпіонати ВНЗ, міст, областей і т. п., не тільки за класичним триборства, а й в окремій вправі – жим штанги лежачи. У змаганнях беруть участь люди різного віку: від підлітків до

ветеранів, чоловіки та жінки. Розвиток силових здібностей має велике значення в соціальному житті людини, в його професійній діяльності.

Наукова проблема полягає в тому, що організація навчально-тренувального процесу знаходиться на стадії розробки. В абсолютній більшості літературних джерел автори механічно переносять принципи і методики тренувань кваліфікованих спортсменів (включаючи, наприклад, тренування бодібілдерів екстра класу) на побудову тренувань початківців пауерліфтерів. Відсутні об'єктивні дані про біомеханічну структуру змагальних вправ. Не обгрунтовані структура і взаємозв'язок між фізичними якостями, які забезпечують результативність змагальної діяльності. Відсутні науково обгрунтовані розробки засобів і методів, які використовуються в тренувальному процесі пауерліфтерів початківців.

Пауерліфтинг в силу своєї доступності є одним з ефективних засобів розвитку фізичних якостей і зміцнення здоров'я, в тому числі студентів. Для розробки експериментальної методики тренування пауерліфтерів, ми спиралися на теоретичні і методичні рекомендації провідних вітчизняних і зарубіжних фахівців в галузі теорії спортивного тренування, таких як Л.П. Матвеев, Г.С. Туманян, Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов, А.І. Зав'ялов, Д.Г. Міндіашвілі, М.Т. Лук'янов, А.І. Фаламеев, В.П. Філін, Д. Уайдер, Г.П. Виноградов та ін., і на оптимізацію тренувального навантаження.

Пауерліфтинг (силове триборство) – присідання зі штангою, жим штанги лежачи на лаві, станова тяга.

Одноєю з головних проблем тренування пауерліфтерів початківців є вибір найбільш ефективної методики занять. Поряд з оптимальними тренувальними навантаженнями, правильною організацією і повторенням занять, важливе значення має вибір методів тренування. Прийнято вважати, що найефективнішим методом розвитку абсолютної сили є метод максимальних зусиль. Поряд з методом максимальних зусиль для розвитку сили використовуються такі, як повторний, «ударний», ізометричний, статодинамічний методи. Одним з найбільш важливих для нас моментів в розробці оптимальної методики тренувань є розкриття позитивних і негативних сторін використання різних методів у тренуваннях пауерліфтерів-початківців.

Індивідуальні та мотиваційні особливості тих хто займається вимагають вибору меж напруженості впливу (максимальних і мінімальних), що виражається в тривалості вправи, величині навантаження, режимі вправи і занять. Для силового тренування типовий показник «повторний максимум» (ПМ), або максимальна кількість повторень вправи.

Розроблена нами методика тренування для розвитку сили і збільшення м'язової маси для початківців включає дев'ять вправ для розвитку різних м'язових груп. Обмежується кількість підходів до трьох (замість

рекомендованих іншими авторами п'яти-шести), кількість повторень варіюється від шести до десяти. Кількість занять на тиждень – три.

Даний метод передбачає роздільне тренування м'язових груп в тижневому мікроциклі підготовки (вівторок – розвиток сили грудних м'язів і м'язів рук; субота – м'язів спини і живота; середа – м'язів ніг, плечового поясу). Оптимізація тренувального навантаження передбачає стабільну кількість підходів, фіксовану кількість повторень у вправі і кількість вправ в тренуванні.

Таким чином, розроблена методика «Оптимізації тренувального процесу пауерліфтерів» є ефективним засобом розвитку фізичних якостей і зміцнення здоров'я студентів, спрямована на підвищення спортивної майстерності початківців пауерліфтерів (студентів неспортивних ВНЗ).

УДК 378

Мурзак М.О.¹, Порада О.В.²

¹ студ. гр. УФКС-119сп НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ІГРОВОГО МЕТОДУ У РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Основною формою, спрямованою на вирішення завдань фізичного виховання учнів, є урок фізичної культури. Організм школяра знаходиться в процесі зростання і розвитку, пластичний і схильний до впливу різних чинників навколишнього середовища, яке не обмежується моментом впливу, а позначається надалі в ході його розвитку. Фундамент фізичного і психічного здоров'я закладається саме в дитинстві. Рухова активність сприяє вдосконаленню життєво-важливих функцій організму, особливо в період його зростання, а також ефективно впливає на зростання діапазону адаптаційних здібностей, підтримує на належному рівні розумову і фізичну працездатність.

Молодші школярі, нерідко проявляючи спостережливість, схильні до предметного, образного мислення, і тому їх діяльність повинна організовуватися у відповідності з подібним і умовним «сюжетом», що і допомагає виконувати вправи невимушено, підтримує інтерес до таких занять. Ігровий метод використовується в процесі фізичного виховання для комплексного вдосконалення рухів при їх первинному вивченні, використовується для вдосконалення фізичних якостей, тому що в ігровому методі присутні сприятливі передумови для розвитку фізичних якостей. У навчанні з використанням ігрової форми в урок або тренування вводяться

вправи, що мають характер змагання. До ігрової форми відносять підготовчі вправи, допоміжні ігри та вправи, де присутні елементи суперництва. Допоміжні ігри включають: прості, складні, перехідні і командні ігри.

Таким чином, ігровий метод в силу всіх притаманних йому особливостей використовується в процесі фізичного виховання не стільки для початкового навчання рухам або виборчого впливу на окремі фізичні здібності, скільки для комплексного вдосконалення рухової діяльності в ускладнених умовах. У найбільшій мірі він дозволяє удосконалювати такі якості і здібності, як спритність, швидкість орієнтування, винахідливість, самостійність, ініціативність. В руках умілого фахівця він є також досить дієвим засобом для виховання колективізму, товариства, свідомої дисципліни та інших моральних якостей особистості.

Ще важливими елементами є використання фізкультхвилинок, фізкультпауз та рухливих перерв в режимі навчального дня. Основне завдання початкової школи - так організувати навчальний процес, щоб кожна дитина, незалежно від своїх можливостей, могла успішно розвиватися, реалізовувати себе в пізнавальній діяльності. Правильно організований урок дає дітям можливість тривалий час підтримувати розумову працездатність на високому рівні.

Фізкультхвилинки проводяться в класі під керівництвом вчителя тривалістю до трьох хвилин. Найбільш раціонально проводити фізкультхвилинки в той час, коли в учнів проявляються ознаки втоми, а саме: знижується активність, порушується увага, учні неспокійні.

Фізкультпауза це форма короткочасного активного відпочинку при виконанні домашніх або класних завдань. Сигналом до неї може бути ослаблення уваги дитини, зниження активності. Проводити фізкультпаузи слід в перервах між виконанням завдань. Фізкультпаузи сприяють поліпшенню кровообігу, особливо в м'язових тканинах, активізують роботу серця і легень, що, в свою чергу, допомагає наситити кров киснем, який необхідний головному мозку, прискорює і підвищує виділення продуктів обміну в організмі. Фізкультпаузи відрізняються від фізкультхвилинок змістом і тривалістю 5-10 хвилин. Комплекси вправ повинні включати підйоми і опускання рук, нахили і повороти тулуба, згинання та розгинання пальців тощо. До змісту фізкультпауз можна включити повільний біг, рухливі ігри та ін.

Заняття фізичними вправами та іграми на рухливих перервах у режимі навчального дня мають за мету: призупинити в ході робочого дня розвиток гальмування процесів у корі головного мозку, попередити розвиток розумової втоми; переключити увагу учнів з розумової роботи на емоційний руховий вид діяльності; сприяти всебічному фізичному розвитку та зміцненню здоров'я учнів.

Проведення рухливих перерв вимагає відповідних вимог до занять фізичними вправами, а саме: організованого початку занять, поступового підвищення фізичного навантаження та зниження його до кінця заняття, організації діяльності як учнів, так і вчителів. Приблизний план організованих рухливих перерв складається на 2-3 тижні і, залежно від погодних умов, підбирається засоби проведення, дозується навантаження. Так у холодну погоду основними вправами буде прискорена ходьба, повільний біг, ігри та естафети середньої та високої інтенсивності. У теплу погоду рекомендується проведення загально розвиваючих вправ на місці з предметами і без них, танцювальні вправи в поєднанні з музичним супроводом, іграми, спортивними розвагами.

УДК 796

Плохотніченко А.В.¹, Шуба Л.В.²

¹ студ. гр. УФКС-117 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ІГРОВИЙ МЕТОД ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ УРОКІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ УЧНІВ 5-6 КЛАСІВ

Галузь фізичної культури у сфері освіти проходить діяльний період становлення, який відбувається також в багатьох сферах діяльності суспільства. Поточні тенденції і активна динаміка розвитку галузі, зростаюче значення виконуваних нею функцій сприяють формуванню законодавчої і нормативно-правової бази. Фізична культура шляхом проведення обов'язкових занять у загальноосвітніх навчальних закладах здійснюється відповідно до навчальних програм, затверджених у встановленому порядку. Навчальна програма «Фізична культура. 5–9 класи» розроблена відповідно до вимог Державного стандарту базової та повної загальної середньої освіти. Навчальна програма побудована за модульною системою. Вона містить інваріантну (обов'язкову) та варіативну складову. До інваріантної частини належать: теоретико-методичні знання та загальна фізична підготовка, зміст яких реалізовується упродовж кожного уроку. Практично кожен вид спорту може бути представлений у вигляді варіативного модуля. Фахівці фізичної культури можуть розробляти свої варіативні модулі до цієї програми. Програми варіативних модулів мають пройти експертизу, отримати гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України та бути оприлюдненими для загального користування. Отже, кількість варіативних модулів з часом має зростати.

Змістове наповнення варіативної складової навчальний заклад формує самостійно із модулів, запропонованих навчальною програмою. У 5–6 класах учні мають опанувати 4–6 варіативних модулів. На опанування обраних модулів відводиться приблизно однакова кількість годин, але не менше ніж 18. Однак не виключається можливість мотивованого збільшення чи зменшення кількості годин на вивчення окремих модулів.

Для оцінювання розвитку фізичних якостей використовуються орієнтовні навчальні нормативи передбачені цією програмою та нормативи запропоновані у кожному модулі по роках вивчення. Порядок їх проведення визначає вчитель відповідно до календарно-тематичного планування.

Але незадовільний рівень фізичної підготовленості юних українців багато в чому спричинений відсутністю серйозних стимулів для освоєння підростаючим поколінням фізкультурних цінностей. Важливим завданням стає пошук нових, альтернативних форм фізичного виховання молоді України.

Одним з показників фізичного здоров'я учнів є фізична підготовленість, а саме комплексний розвиток необхідних рухових якостей. А серед великої кількості різноманітних засобів фізичного виховання широко використовуються рухливі ігри, які сприяють вирішенню виховно-оздоровчих завдань. Ігрова діяльність має особливо важливе значення в період найбільш активного формування характеру - в дитячі та юнацькі роки. Граючись, діти засвоюють життєво необхідні рухові навички і вміння, в них виробляється сміливість і воля, кмітливість. У цей період ігровий метод має провідне значення, набуває характеру універсального методу фізичного виховання. Так, зокрема, питанням методики та практики впровадження спортивних ігор в навчальну програму присвятили свої праці Ю. Железняк, Ю. Портнов, В. Савин, А. Лексаков, Г. Максимів, В. Поляковський, Р. Чопик та інші.

Зміст ігор змінюється разом із ростом і розвитком дитини. Якщо на перших етапах ігрова діяльність носить спрощений характер, то пізніше вона значно збагачується як по формі, так і за змістом. Ці зміни визначаються зростаючою роллю свідомості в житті дитини.

Дослідниками встановлено, що розвиток рухових якостей під час ігрових вправ заснований на функції аеробної системи живлення, що включає в свою чергу серцево-судинну, легеневу системи. Таким чином, належний рівень рухових якостей свідчить про адаптаційний потенціал системи кровообігу та рівні загальної та фізичної працездатності.

Виходячи з того, що у процесі навчальних занять у середніх класах загальноосвітніх шкіл кардинально змінюється стиль викладання навчальних предметів в учнів знижується рухова активність, виникає ризик психоемоційних навантажень, що викликають стомлення. Саме у таких

умовах пасивний відпочинок не забезпечує повноцінного відновлення. Таким чином, виникає необхідність застосування засобів фізичного виховання в оздоровчих цілях. У зв'язку з цим, необхідно планомірний розвиток фізкультурних занять, одним із видів яких є рухливі ігри.

УДК 796.015

Терчиєв Т.Н.¹, Брухно Е.Л.², Чередниченко І.А.³, Чухланцева Н.В.⁴

¹ студ. гр. УФКС-118 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

³ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

⁴ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТИЗМУ В СПОРТИВНИХ ІГРАХ

Спорт вищих досягнень є такою сферою людської діяльності, в якій є поширеними підвищений травматизм, різноманітні професійні захворювання, передпатологічні та патологічні стани. Такі явища містять загрозу для здоров'я спортсменів, ефективності їх тренувальної та змагальної діяльності.

Наприклад, у США спортивні травми складають 16% всіх випадків пошкоджень дітей та молоді, в той час, як кількість транспортних травм – 7,1%. Ще 40 років тому, спортивні травми становили тільки 1,4% загальної кількості усіх травм. У 1970 р. ця цифра збільшилася до 5-7%. До кінця 80-х - початку 90-х років кількість травм перевищила 10%, в середині 90-х років цей показник становив 12-17%, а в період 2001-2003 років досяг 17-20%.

Динаміка кількості спортивних травм є постійно позитивною і їх обсяг наразі набув значних розмірів. Прямі і непрямі витрати на лікування спортивних травм досягли величезних розмірів. Наприклад, у Нідерландах щорічні витрати на лікування спортивних травм коливаються в межах 200-300 млн. доларів США. Найбільш часто травми зустрічаються у футболі, що зумовлено як специфікою цього виду спорту, так і його масовістю. Найчастіше травмуються воротарі, нападники і гравці середньої лінії. Воротарі в основному травмуються під час зіткнень, інші гравці – під час бігу, зіткнень, падінь. Основними видами ушкоджень є м'язово-сухожильні і остеоуглобові – удари і розтягнення м'язів, розтягнення суглобів, вивихи, переломи та ін.; 90% травм припадає на нижні кінцівки. Найчастіше травмуються молоді гравці 18-19 років. Досвідчені професіонали отримують травми значно рідше. Високим травматизмом відрізняються й інші ігрові види спорту. Так, на чемпіонатах світу з гандболу в кожному матчі, в середньому, один гравець з кожної команди отримує травму. Найчастіше

зустрічаються пошкодження кисті, колінних і гомілковостопових суглобів. Здебільшого – це переломи, розриви зв'язок, забої, «втомні» травми.

Причини виникнення травм у спортсменів досить різноманітні. За статистикою, близько третини травм (30,05 %) обумовлено причинами організаційно-методичного характеру, а дві третини (69,95 %) – індивідуальними особливостями спортсмена.

До причин методичного характеру належать: порушення загальних принципів тренування (поступовості підвищення навантаження, системності тощо); помилки спортивного відбору; недоліки медичного контролю; недостатня компетентність (або відповідальність) тренера під час організації та проведення навчально-тренувального процесу. Серед причин травматизму, які зумовлені індивідуальними особливостями спортсменів можна віднести: недостатній рівень техніко-тактичної підготовленості; низький рівень фізичної підготовленості; порушення спортивних правил; не дотримання загального режиму тренувань.

Найбільш розповсюдженими видами травм в ігрових видах спорту є: розриви хрестоподібної зв'язки, розтягнення зв'язок гомілковостопного суглобу, тендиніти ахілового сухожилля, тендиніти колінного суглоба, розтягнення м'язів, травми пальців, вивихи щелепи, розриви колінного меніску, розриви зв'язок надколінника.

Один з напрямків профілактики травм і захворювань спортсменів включає роботу з усунення факторів ризику, до яких ті схильні в умовах підготовки та участі в змаганнях. Велике значення у профілактиці спортивних травм має комплексне обстеження спортсмена, яке передбачає визначення наявності наслідків попередніх травм, виявлення нестабільності суглобів, характеристики стану м'язів і зв'язок, виявлення обмеженої рухливості м'язів і зв'язок, тобто особливостей стану організму спортсмена, а також його вроджених особливостей.

Результати необхідних обстежень з визначення рівня розвитку рухових якостей значною мірою повинні визначати зміст індивідуалізації тренувального процесу – забезпечення розвитку необхідних меж гнучкості, спритності, зміцнення м'язів і зв'язок; індивідуальна спрямованість «розминки» та ін. Також, треба пам'ятати, що для профілактики спортивних травм певне значення має і досить високий рівень розвитку у спортсменів здібностей до орієнтування в просторі, довільного розслаблення м'язів, до оцінки і регуляції динамічних і просторовочасових параметрів рухів. Визначення найбільш ефективних індивідуальних засобів і методів розвитку таких здібностей може посилити ефект профілактичної роботи.

Отже, більшість травм в спорті обумовлено недостатньою попередньою дослідженістю особистих факторів ризику, слабких, погано підготованих до

змагальних і тренувальних навантажень ланок опорно-рухового апарату, недостатнім рівнем технічної майстерності.

УДК 796.013.3:797.212+37

Мельник А.П.¹, Глушенко Н.В.²

¹ студ. гр. УФКС-117 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ УЧНІВ СЕРЕДНІХ КЛАСІВ ЗАСОБАМИ РУХЛИВИХ ІГОР (НА ПРИКЛАДІ ІГОР У ВОДІ)

Вивчення процесу оптимізації уроку фізичної культури спрямованого на підвищення рівня фізичної підготовленості і покращення здоров'я учнів завжди є актуальною темою. Підвищення рівня окремих рухових здібностей залежить від цілеспрямованого використання засобів, а в навчально-методичній літературі підкреслюється, що одним із засобів для розвитку рухових здібностей є рухливі ігри.

Правильне застосування ігор у навчально-тренувальному процесі сприяє успішному розв'язанню ряду педагогічних завдань. Гра може бути відмінним засобом виховання моральних і вольових якостей дитини, розвитку й зміцнення організму в цілому, методом закріплення й удосконалювання окремих навичок плавання, засобом підвищення емоційності заняття й, нарешті, застосовуватися для організації відпочинку як корисна й емоційна розвага.

На початку проведення експерименту ми перевірили стан рухових здібностей учнів класів. Так, показники бігу на 30 м у представників контрольної та експериментальної групи були $6,87 \pm 0,45$ с та $6,79 \pm 0,40$ с, а човникового бігу $12,32 \pm 0,50$ с та $12,52 \pm 0,50$ с, відповідно. Результати тестів стрибок у довжину у хлопців контрольної та експериментальної груп були $128 \pm 1,35$ см та $127,5$ см, а нахил тулубі вперед $+2 \pm 1,00$ см та $+2,5 \pm 0,75$ см, відповідно. Нарешті кількість згинань розгинань рук в упорі лежачи у хлопців контрольної групи зазначилась у $5 \pm 1,00$ разів, а у хлопців експериментальної групи $5 \pm 0,65$ разів. Аналогічним чином ми перевірили й стан рухових здібностей дівчат. Показники бігу на 30 м та човникового бігу у представниць контрольної групи склали $7,27 \pm 0,40$ с та $13,12 \pm 0,50$ с, а у дівчат експериментальної групи $7,39 \pm 0,36$ с та $13,50 \pm 0,50$ с. Результати стрибка у довжину з місця, нахила тулуба вперед та згинання розгинання рук в упорі лежачи у дівчат контрольної групи були $121 \pm 1,35$ см, $+3 \pm 1,00$ см та $3 \pm 1,00$ разів, а серед представниць експериментальної групи $120,5 \pm 1,0$ см, $+3,5 \pm 0,50$

см та $3\pm0,50$ разів, відповідно. Отже, отримані нами результати перевірки рівня рухових здібностей учнів на початку експерименту надали змогу підтвердити однорідність підбраного контингенту та правомірну можливість проводити подальший експеримент.

Розробка експериментальної методики будувалася на основних положеннях програми з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів. Процес використання рухливих ігор передбачав дотримання загально-дидактичних принципів (активності та свідомості, наочності, доступності, індивідуалізації, систематичності, міцності та прогресування), знання та реалізація яких робить процес фізичного виховання ефективнішим. Запропоновані нами заняття у басейні проводилися за загальноприйнятою схемою, яка складалась з трьох частин. У підготовчій частині діти плавали дистанційно. В основній частині вирішувалися завдання – підвищення рівня розвитку фізичних якостей школярів при використанні рухливих ігор на воді. У заключній частині уроку проводили дихальні вправи у воді.

Згідно результатам перевірки рівня рухових здібностей по завершенню експерименту нам вдалось зареєструвати достовірні зміни. Так, показник бігу на 30 м, човникового бігу та стрибка у довжину з місця у хлопців контрольної групи складали $6,37\pm0,45$ с, $12,00\pm0,50$ с та $129\pm1,35$ см, а хлопців експериментальної групи $5,59\pm0,40$ с, $11,00\pm0,50$ с та $135,5\pm1,0$ см, відповідно. Нарешті, результати нахилу вперед та згинання розгинання рук в упорі лежачи у представників контрольної групи склали $+6\pm1,00$ см та $8\pm1,00$ разів, а у хлопців експериментальної групи $+12\pm1,00$ см та $13\pm0,65$ разів, відповідно.

В свою чергу, результати дівчат у бігу на 30 м, човникового бігу та стрибка у довжину з місця у контрольній групі становили $6,80\pm0,40$ с, $12,45\pm0,50$ с та $123\pm1,30$ см, а в експериментальній групі результати складали $5,95\pm0,35$ с, $11,70\pm0,50$ с та $128,5\pm1,0$ см, відповідно. Тестування гнучкості при нахилі вперед та сума разів при згинанні розгинанні рук в упорі лежачи у дівчат контрольної групи складали $+7\pm1,00$ см та $6\pm1,00$ разів в контрольній груп, а в експериментальній групі $+12,5\pm0,50$ см та $10\pm0,50$ разів, відповідно.

Таким чином, ми можемо стверджувати що покращення у стані рухових здібностей серед дівчат та хлопців відбулось в обох групах. Але в той же час, отримані нами результати надають змогу прийти до думки, що покращення в контрольній групі відбулось закономірно за рахунок дотримання програми з фізичного виховання. В той же час, динаміка показників рухових здібностей серед представників експериментальної групи була більш переконливою та відбулась за рахунок впровадження експериментальної програми, котра надійно покращила та урізноманітнила навчальний процес під час уроків фізичною культурою.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Одне із основних завдань, визначених Законом України «Про дошкільну освіту» – збереження та зміцнення фізичного, психічного і духовного здоров'я дитини. Показниками фізичного здоров'я дитини є рівень морфо фізіологічного розвитку (нормальне функціонування всіх органів та систем організму, їх зріст і розвиток), що підтверджується віковими антропо- та біометричними показниками. Умовами цілісного розвитку дитини є використання в дошкільних навчальних закладах здоров'язбережувальних та здоров'яформувальних технологій, які реалізуються комплексно через створення безпечного розвивального середовища, екологічно сприятливого життєвого простору, повноцінного медичного обслуговування, харчування, оптимізації рухового режиму, системного підходу до формування у дітей ціннісного ставлення до власного здоров'я і мотивації щодо здорового способу життя, дотримання гармонійних, доброзичливих взаємин між педагогом та вихованцями й самими дітьми.

Фізичне виховання забезпечується комплексним використанням традиційних засобів фізичного виховання. Це зокрема: фізичні вправи (гімнастика, ігри, елементи спорту й туризму); оздоровчі сили природи (повітря, сонце, вода); гігієнічні чинники (режим харчування, занять і відпочинку, гігієна одягу, взуття, обладнання).

Сукупність організаційних форм роботи, обов'язкових для впровадження в освітній процес, становлять: заняття з фізичної культури; фізкультурно-оздоровчі заходи (ранкова гімнастика, гімнастика після денного сну, фізкультхвилинки, фізкультпаузи, за гартувальні процедури); різні форми організації рухової активності у повсякденні (заняття фізичними вправами на прогулянках, фізкультурні свята й розваги, дитячий туризм, рухливі ігри, самостійна рухова діяльність, дні та тижні здоров'я, індивідуальна робота з фізичного виховання).

Фізкультурні заняття є пріоритетними у процесі систематичного, послідовного формування, закріплення і вдосконалення основних рухових умінь та навичок у дітей, розвитку їхніх фізичних якостей. Проводяться вони в усіх вікових групах, переважно в першій половині дня – з усією групою або підгрупами дітей.

З метою активізації рухового режиму в повсякденні як варіант фізкультурних занять на прогулянках організовується дитячий туризм у формі погулянок-походів за межі дошкільного закладу (пішки, на велосипедах, лижах або санчатах), лише за наявності відповідних природно-лашафтних умов: лісу, луку, поля, водойми, лісосмуги).

Самостійна рухова діяльність дітей як форма активізації рухового режиму. Щодня в усіх вікових групах на неї відводиться час у вільні від занять години ранкового прийому, прогулянок, надвечір'я.

Рухливі ігри – після попереднього розучування їх на прогулянках – вводяться до різних форм роботи з дітьми (заняття, свята, розваги, походи, фізкультпаузи). В усіх вікових групах вони посідають важливе місце як самостійна форма роботи з фізичного виховання й проводяться щодня (під час ранкового прийому, на прогулянках, у II пол. дня).

Фізкультурні свята проводяться починаючи з середньої групи, 2-3 рази на рік у фізкультурній залі чи на спорт майданчику, в басейні, можна проводити їх також на стадіоні, парку.

Дні здоров'я організовуються з першої молодшої групи один раз на місяць. Цей день насичується різноманітними формами роботи з фізичного виховання.

Тижні фізкультури організовуються подібно до днів здоров'я у час канікул (зима, весна, літо)

Повітряні ванни: в русі забезпечують безпосередній вплив повітря на оголену поверхню шкіри в процесі рухової діяльності дітей.

Водні процедури: обтирання, обливання, душ, купання (у басейні, річці, озері, у морі). Застосовують одну або дві із зазначених процедур (наприклад, обтирання після ранкової гімнастики й гігієнічний душ після денного сну й ін.).

Сонячні ванни: сонце впливає благотворно на організм дитини зміцнюючи загальний його стан, поліпшуючи обмінні процеси й підвищуючи життєдіяльність.

ВИКОРИСТАННЯ ТРЕНАЖЕРНИХ ПРИСТРОЇВ У ЗАГАЛЬНО ОСВІТНІЙ ШКОЛІ

Фізична культура є невід’ємною частиною загальнонародської культури, одним із визначальних факторів прогресу та здоров’я нації. Демократизація освіти в Україні вимагає від школи нових підходів до викладання предмета та нових шляхів якісного фізичного виховання школярів. Законами України «Про освіту», «Про фізичну культуру і спорт», Концепцією фізичного виховання визначені головні положення та погляди на організацію роботи всього педагогічного колективу школи з фізичного виховання. Стандартні засоби фізичного виховання в школі не відображають сучасних модних тенденцій, здаються дітям архаїчними, нецікавими – звідси і низька мотивація до занять. Багато авторів стверджують, що рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості продовжують знижуватися, значна кількість старшокласників не справляється навіть з не надто високими нормативами шкільної програми.

З метою інтенсифікації навчально-виховного процесу школярів та підвищення ефективності фізичного виховання юнаків у 9-11-му класах широко використовуються тренажери та тренажерні пристрої, що дозволяють різнобічно впливати на розвиток фізичних якостей. Застосування тренажерних пристроїв на уроках фізичної культури з юнаками старших класів допомагає зміцнювати слабкі ланки опорно-рухового апарату, цілеспрямовано розвивати специфічні групи м’язів при локальному та регіональному силовому впливі, використовувати ефект поєднання поступається і долає режимів роботи. Найважливіша гідність тренажерів: можливість дозувати навантаження, вибір індивідуальних програм підготовки, простота в зверненні, привабливість зовнішнього вигляду, невеликі габарити. Тренажери можна розмістити на рекреаційній майданчику 6х8 м. Відстань між тренажерами повинно бути не менше 1,5-2 м.

Тренажерні пристрої можна застосовувати як на уроках фізичної культури, так і на секційних заняттях. При підборі вправ на тренажерах для включення їх в комплекс слід:

1) здійснювати вибір по структурному подібності і подобою з основним вправою, розучували на уроці (зв’язаний метод);

2) застосовувати принцип динамічного відповідності, тобто здійснювати вибір вправ з урахуванням величини і тривалості силового впливу, напрямів і

амплітуди в рухах, досягнення максимуму зусиль в мінімальний проміжок часу;

3) віддавати перевагу тим вправам, які сприяють розвитку слабших м'язових груп: плечового пояса, згиначів тулуба, гомілки, стегна;

4) дотримуватися при підборі і застосуванні вправ чергування навантаження на великі і дрібні м'язові групи;

5) комплексно впливати на кожному занятті одночасно на силу згиначів і розгиначів основних м'язових груп;

6) дотримуватися поступовості і послідовності в підвищенні навантажень.

Кожен тренажер - це своєрідна станція кругового тренування. Застосування кругового методу дає можливість займатися самостійно виконувати вправи на тренажерних пристроях, індивідуалізувати фізичне навантаження, відпочивати у встановлений час з регламентованими інтервалами. Заняття за методом кругової тренування є зручною формою організації великої маси займаються, і при цьому створюється можливість використовувати всі наявні в наявності тренажерні пристрої.

Підвищення навантаження при виконанні вправ на тренажерних пристроях здійснюють за рахунок збільшення числа підходів, кількості станцій, кіл, підвищення інтенсивності впливу (ваги обтяження), скорочення тривалості інтервалів відпочинку. Для визначення навантаження (ваги обтяження) при виконанні вправ на тренажерних пристроях слід застосовувати методичний підхід, що дозволяє розрахувати величину обтяження з урахуванням максимальної кількості повторень заданого вправи. Знаючи максимальну кількість повторень, можна обчислити процентне відношення величини використовуваного обтяження стосовно максимального (1 ПМ). Такий спосіб найбільш доцільний в умовах школи, так як дає можливість обчислити індивідуальну величину обтяження, не вдаючись до максимальних навантажень, застосування яких небезпечно для здоров'я школярів.

СЕКЦІЯ «СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ»

УДК 378.147

Бурка О.М.

канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

Рух України в європейський простір сприяє змінам в системі вищої освіти. Впровадження реформ забезпечують інтеграцію закордонної моделі навчання фахівців усіх спеціальностей.

В ході теоретичного аналізу наукової та науково-методичної літератури за останні п'ять років встановлено, що провідну роль в навчанні фахівців з фізичної терапії у країнах світу займають педагогічні технології.

За Б. Лихачовим, педагогічна технологія – сукупність психолого-педагогічних установок, що визначають спеціальний набір і компонування форм, методів, способів, прийомів навчання, виховних засобів; вона є організаційно-методичний інструментарій педагогічного процесу [1].

Керуючись цим визначенням, можна виокремити чотири групи інноваційних технологій, що застосовуються у підготовці фахівців зі спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» (у Канаді, США, Великій Британії тощо). Серед них:

1. Інтеграційні технології – інтеграція між предметних знань та вмінь у професійне навчання (наприклад, забезпечує формування навичок використання засобів оцінки фізичного стану в залежності від патології).

2. Тренінги – вироблення та вдосконалення алгоритмів вирішення типових проблем, правила поведінки в стандартних ситуаціях (наприклад, навчання застосуванню засобів фізичної терапії за віковими категоріями).

3. Діалогово-комунікаційні – навчання з використанням діалогового мислення (наприклад, формування комунікативної компетентності, здатності діяти у нестандартних ситуаціях).

4. Модерація – цілеспрямоване, структуроване самонавчання у квазіпрофесійних або професійних умовах (наприклад, в разі необхідності, або відсутності необхідного фахівця, вміння самостійно приймати рішення). Викладач, запрошені лектори, фахівці-куратори, тьютори – в якості консультантів.

Вважаємо, що всі означені групи є засобом підвищення якості навчання майбутніх фізичних терапевтів. Це підкріплюється тим, що запропоновані

технології в комплексі формують необхідні якості фахівця: здатність до рефлексії, саморозвитку, самоактуалізації, самовдосконалення, самоосвіти.

Опора на самонавчання, а також необхідність в спрямуванні позааудиторної діяльності пояснює потребу впровадження в процес навчання ще однієї педагогічно-організаційної технології – наукового гуртка.

Науковий гурток – група студентів, поєднана спільним інтересом для вирішення проблем, отримання нових знань, основними принципами якого є добровільність, спільність, структурованість та методична обґрунтованість занять.

Вважаємо, що використання п'яти груп педагогічних технологій є потужним й ефективним засобом підвищення якості навчання майбутніх фізичних терапевтів, оскільки зазначені інновації забезпечують формування основних кваліфікаційних вимог фахівця: робота в мультидисциплінарній команді; проведення обстеження та тестування; застосування засобів; прийомів та методів фізичної терапії; вирішення нестандартних ситуацій, консультування родичів тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Горчинський С. В. Наступність у контексті розвитку сучасної педагогічної освіти [Електронний ресурс] / С. В. Горчинський // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. – Чернігів, 2013. – Вип. 108.1. – Режим доступу до ресурсу: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DB-N=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C-COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=VchdpuP_2013_1_108_14

УДК 378.09.011.3-051:615.8:37.014.3(477)

Ковальова А.А.

викл. НУ «Запорізька політехніка»

ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»

В умовах сучасної глобалізації необхідна інтеграція освітніх процесів в світовий освітній і професійний простір, а також приведення стандартів освіти у відповідність до світових вимог. Мабуть саме тому відповідно до Постанови Кабінету міністрів України №53 від 01.02.2017 р. «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» в переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка

здобувачів вищої освіти з'явилась спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», що наслідуює спеціальність «Фізична реабілітація», яка була в галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини». А вже в 2018 р. було затверджено стандарт вищої освіти відповідно до наказу МОН України №1419 від 19.12.2018 р. «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти». В стандарті чітко сформульовано основний зміст і вимоги до умов навчання фахівців, засновані на вимогах Всесвітньої конфедерації з фізичної терапії (World Confederation for Physical Therapy) і Всесвітньої федерації ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists), зокрема фахові компетентності, а також регламентовано порядок атестації здобувачів вищої освіти (кваліфікаційний тестовий державний іспит «Крок» і практично-орієнтованого іспиту).

Формування у студентів необхідних фахових компетентностей неможливе без застосування в процесі навчання сучасних освітніх технологій, серед яких наразі виділяють ігрові технології, інтерактивні технології, технологію інтенсифікації навчання на основі опорних схем і знакових моделей, технологію рівневої диференціації навчання на основі обов'язкових результатів, технологію модульно-блочного навчання, технологію блочно-консультативного навчання та інші. Ці освітні технології в тому чи іншому вигляді широко використовуються в освітньому процесі і дозволяють досягати успішних результатів у навчанні сучасних фахівців.

Однак, життя вносить корективи і в освітній процес. Епідемія коронавірусної хвороби, яка розпочалася в Україні 3 березня 2020 р. (коли було зареєстровано перший підтверджений випадок), призвела до впровадження карантинних заходів на території України спочатку з 11 березня до 3 квітня, але вже 25 березня Кабмін запровадив режим надзвичайної ситуації до 24 квітня 2020 р. з можливістю подовження.

Вказані заходи викликали необхідність пошуку нових і модифікації звичних методів для досягнення максимальних результатів у ефективності навчання, яке фактично перейшло з очної форми в дистанційну. Так, нами успішно використовується викладання лекцій з дисциплін «Спортивна морфологія», «Фізична терапія, ерготерапія» педіатрії і неонатології» в додатку «Zoom», що дозволяє проводити лекції з синхронними слайдами, відео-фрагментами тощо. Такі лекції характеризують якісна видимість ілюстративного матеріалу, краща розбірливість мови лектора в порівнянні із звичайною аудиторною лекцією, краща видимість самого лектора (порівняно з більшою частиною поточної лекційної аудиторії). Ми використовуємо можливість запрошувати на такі лекції практикуючих фахівців в галузі, в яких нарешті з'являється вільний час. Так, наприклад, було проведено

онлайн-заняття на тему «Особливості підготовки, тренування та реабілітації спортсменів міжнародного рівня» для студентів 2 курсу за участю Президента федерації Натурального пауерліфтингу, МСМК по становій тязі та чемпіона України з пауерліфтингу 2012. Активно запроваджуються дистанційні технології навчання, зокрема використання Moodle (від. англ. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment –модульне об'єктно-орієнтоване динамічне навчальне середовище) і GoogleClassroom, які дозволять будувати навчальний курс у вигляді модульної системи з такими елементами, як теоретичний матеріал (тексти лекцій, підручники, посилання на зовнішні сайти), практичні завдання (задачі, запитання, тести для самоперевірки) та завдання для перевірки знань (тести, віртуальні лабораторні та курсові роботи), відео-додатки (відеолекції, відеодемонстрації) тощо. При використанні інформаційних технологій контроль знань у формі тестування є одним з найбільш технологічних, його можна вважати параметричною формою перевірки та оцінювання підготовленості студента.

Таким чином, використання інноваційних освітніх технологій при підготовці фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», обумовлене сучасними обставинами, забезпечує ефективність дистанційного навчання як форми самостійної роботи студентів, сприяє активізації навчально-освітнього процесу.

УДК 615.825.4

Зінчук Г.А.¹, Бурка О.М.²

¹ тренер-реабілітолог СК «Мотор Січ»

² канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ІГРОВОГО МЕТОДУ ДЛЯ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ ПРИ ЗАНЯТТЯХ ОЗДОРОВЧИМ ПЛАВАННЯМ

Плавання – ефективний засіб корекції здоров'я.

Заняття плаванням сприяє зміцненню опорно-рухового апарату, розвитку функціональних показників дихальної та серцево-судинної системи, протидіють порушенню обміну речовин, підвищують імунітет і загальний тонус організму.

Оздоровчий ефект плавання досягається за рахунок фізичних, хімічних та механічних властивостей води, зниження навантаження на суглоби (в тому числі хребта) та виконанні рухів в горизонтальному положенні.

Плавання показане всім особам, будь-якої вікової категорії та рівня фізичного розвитку.

Найбільшого ефекту плавання (відновлення або підтримки здоров'я) можна досягти при роботі з дітьми та підлітками.

Відомо, що робота з дітьми потребує незвичайних та нестандартних засобів, тому найбільш доцільно проводити заняття з оздоровчого плавання з використанням ігрового методу.

Пропонуємо використовувати наступні ігри:

1. Карусель (діти віком від 6 місяців до трьох років) – тримаючи дитину за випрямлені руки, необхідно наблизити її до себе, повернути навколо себе, постійно змінюючи глибину (максимум до підборіддя) та напрям. Гра сприяє розвитку координації, сприяє позбавленню страху перед водою, має загартовувальний ефект.

2. Рибка хвостиком виляла (6 місяців – 1 рік) – тримаючи дитину спиною до себе, виконувати махові рухи ніжками, терапевт (тренер) періодично робить повороти вправо та вліво. Намагатись зробити максимальну кількість бризок. Гра сприяє розвитку зорово-ручної координації, сили м'язів тощо.

3. Ігри з м'ячем (від 10-місяців – 3 роки):

- для розвитку сили м'язів верхніх кінцівок, підготовка до навчання нірнню – підтримуючи дитину під живіт, дитина намагається наздогнати та схопити м'яч;

- для розвитку сили м'язів нижніх кінцівок – дитина тримає в руках м'яч, намагається перепливати басейн або наздогнати тренера;

- для розвитку зорово-ручної координації, позбавлення страху перед водою – занурити м'яч в воду, відпустити, коли він з'явиться на поверхні, дитина має його схопити.

4. Жабка (2 – 5 років) – розмістити на певній відстані від бортика нудл, за командою дитина має його перестрибнути. Головне завдання – створити велику кількість бризок. Гру застосовують для розвитку сили м'язів, розвитку координації та орієнтації в просторі.

5. Поплавок (3 – 7 років) – зробивши глибокий вдих, дитина згинає ноги під себе та обхоплює їх руками, спина залишається над поверхнею води. Використовується для отримання відчуття впевненості, знайомства з підйомною силою води, розслаблення м'язів, що утримують хребет.

6. Пірнальники за скарбами (від 6 років) – командна гра на швидкість збору предметів з дна. Використовується для розвитку дихальної системи, витривалості, комунікативних навичок тощо.

7. Морська зірка (від 6 років) – командна гра на утримання положення «зірка обличчям вниз». Забезпечує розслаблення м'язів спини, живота, розвиток адаптації тощо.

8. Водне кільце (від 6 років) – командна гра, взявшись за руки, учасники сідають на дно басейну, перемагає та команда, що довше зможе знаходитись

під водою. Сприяє розвитку витривалості, функціональних показників дихальної систем, здійснює загартовувальний ефект тощо.

9. Естафети з нудлом (від 6 років) – командна гра, перепливання басейну з передачею нудла наступній парі (в залежності від кількості учасників, можна розділити по 3-5 дітей на один нудл). Використовують як при плаванні кролем, так і на спині. Застосовують для розвитку вміння діяти в команді, зміцнення опорно-рухового апарату.

10. Велосипед (від 6 років) – естафета, діти сідають на нудл як на велосипед, та, виконуючи рухи ногами, мають «переїхати» басейн. Використовують для розвитку м'язів та суглобів нижніх кінцівок, впливу на емоційно-вольову сферу особистості тощо.

11. Хто довше поаплодує (від 6 років) – необхідно пірнути, максимально відштовхнутись від дна максимально високо вистрибнути. Опинившись над поверхнею води, почати аплодувати поки не опиниться у воді. Використовують для розвитку координації рухів та зміцнення опорно-рухового апарату.

12. Хто голосніше (від 6 років) – за коротким свистком діти починають голосно кричати, після довгого свистка – пірнають, продовжуючи кричати. Сприяє розвитку емоційної сфери, забезпечує зміцнення голосового апарату, дихальних шляхів тощо.

Отже, на нашу думку, наведені вище ігри, є не лише розвагою під час тренувань, а й ефективним засобом корекції стану здоров'я.

УДК 617,3 - 053.9

Романова Т.А.

старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ВМІСТ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК 35 - 45 РОКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ ВИДІВ ФІТНЕСА НА ОСНОВІ ОБЛІКУ СОМАТОТИПА

Постановка проблеми. У заняттях фітнесом украй поважно враховувати вікові особливості жінок, які зачіпають всі тканини, органи і системи, а також їх регуляцію. Величина фізичного навантаження надає значну дію на опорно-руховий апарат. Чим менше рухова активність, тим менше енерговитрати, що приводить до гальмування процесів окислювального фосфорилювання в м'язових клітках. При цьому знижується швидкість розпаду і ресинтезу АТФ в м'язах. Сповільнюється вироблення гормонів, стимулюючих розвиток м'язової тканини (андрогени, інсулін). Цей механізм призводить до зниження швидкості синтезу скоротливих білків в клітках скелетних м'язів. В

результаті зменшується м'язова працездатність (Е.К. Аганянц, 1984; В.А. Бароненко, 2006).

Після 35 років фізіологічні резерви функції дихання, крові і кровообігу, що забезпечують працездатність, починають знижуватися. Середній темп зменшення максимально можливих реакцій цих систем і фізичної працездатності після 35-45 років складає близько 1% в рік. Причина - вікові зміни в кишкової і внутрішніх системах, а також істотне зменшення рухової активності у людей старше 30 років (Н.а. Агаджанян, 1983; Е.К. Аганянц, 1984; А.с. Солодков, 2005). У жінок після 40-50 років збільшується частота серцевих скорочень, зростає рівень артеріального тиску, при цьому більшою мірою діастола, що обумовлене підвищенням тону судин; пульсовий тиск, природно, знижується. Відповідно, підвищується навантаження на серці, що сприяє погіршенню метаболізму міокарду, порушенню функції синусового ритму і зниженню продуктивності серцевої діяльності (Е.К. Аганянц, 2001; А.с. Сологуб, Е.Б. Сологуб, 2005; С.А. Локтев, Г.Амакарова, 2012).

Інволюційні процеси і процеси вікового в'янення прискорюються за несприятливих умов, до яких слід віднести хвороби, недостатню рухову активність, підвищення маси тіла (В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт, 2005; С.П. Міронов і соавт., 2012). При цьому періоди від 20 до 30 років і від 50 до 60 років характеризуються відносною стабілізацією рухових функцій (Я.М. Коц, 1981; С.А. Локтев, Г.А. Макарова, 2012). Проте слід зазначити, що міра розвитку інволюційних змін не знаходиться в прямій залежності від паспортного віку і зв'язана, перш за все, з біологічним віком (В.А. Китманов і соавт., 1988). Відповідно до сучасних уявлень про дороги збереження здоров'я і продовження активного життя жінок зрілого віку виділяється декілька актуальних проблем, одна з яких пов'язана з доцільністю вдосконалення процесу фізичної підготовки жінок з обліком психофізичних особливостей, підлоги, віку і загального стану здоров'я.

В той же час вчені відзначають, що широке вживання науково обгрунтованих оздоровчих засобів фізичної культури в житті жінок 35-45 років, сприяє збереженню і поліпшенню фізичних, функціональних і адаптаційних можливостей організму в цілому і серцево-судинної системи зокрема (Ст. А. Бароненко, 2003; О.Н. Степанова, 2004; Н.н. Венгерова, 2007; До. Пруськ, 2011).

Висновки. Вибір видів фітнеса для підвищення рівня фізичної підготовленості жінок другого зрілого віку багато в чому детермінований соматотіпом, що підтверджується отриманими даними про їх переваги до різних фітнес-програм: що займаються з мікросомним типом - система Пілатес і дек-тренінг, з мезосомним типом - степ-аеробіка і фітнес-йога, з макросомним типом - слайд-аеробіка і силовий тренінг (кругове тренування).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаджанян, Н.А. Учение о здоровье и проблемы адаптации / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000.-204 с.
2. Аганянц, Е.К. Возрастные аспекты адаптации к мышечной деятельности / Е.К. Аганянц // Физиологические механизмы адаптации к мышечной деятельности: Тезисы докладов XVII научной конференции. - Л., 1984.-С.6-7.
3. Адамова, И.В. Технология комплексных занятий оздоровительными видами гимнастики и плавания с женщинами 35-45 лет: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.В. Адамова. - М., 2000. - 19 с.
4. Анохина, И. А. Ритмическая гимнастика как средство компенсации дефицита двигательной активности у студенток: автореф. дис...канд. пед. наук / И.А. Анохина: МОГИФК. - Малаховка, 1992. - 24 с.
5. Антипенкова, И.В. Направленность оздоровительной тренировки и адаптивной физической культуры женщин фертильного возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.В. Антипенкова. - М., 2004. - 20 с.
6. Аршавский, И.А. Физиологические механизмы закономерности индивидуального развития / И.А. Аршавский // Основы негэнтропной теории онтогенеза. - М.: Наука, 1982. - 270 с.
7. Аулик, И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И.В. Аулик. - М., 1990. - 191 с.

УДК 616.831-005.1

Маляренко Ю.А.¹, Бабіч К.О.²

¹ канд. мед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

На базі «Міського амбулаторного центру фізичної реабілітації» (Міська клінічна лікарня № 3) проходила практику і допомагала пацієнтам з інфаркт.

Інсульт - гостре порушення мозкового кровообігу з розвитком симптомів ураження центральної нервової системи.

Види Інсульти:

- Крововилив у мозок (Геморагічний інсульт) - 20%

- Інфаркт мозку (Ішемічний інсульт) - 80%

Крововилив у мозок (Геморагічний інсульт)

Причини:

- Розрив мозкової судини в результаті різкого підвищення артеріального тиску

- Розрив аневризми (патологічне випинання стінки судини).

Інфаркт мозку (Ішемічний інсульт)

- Загибель / руйнування ділянки мозку розвивається при раптовому або поступовому закритті просвіту судини (закупорка або звуження судин), яке живить мозок, що призводить до припинення подачі крові в мозок, а отже, і кисню, і поживних речовин.

Наслідки Інсульту:

- Порушення зору

- Порушення мови

- Порушення рухової активності

(Параліч, парез, порушення координації і спритності)

- Астенія - підвищена розумова і фізична стомлюваність, слабкість, дратівливість, нестійкий настрій, порушенням сну.

Реабілітація

Реабілітація - це важлива частина процесу відновлення після інсульту. Мета реабілітаційної програми - допомогти пацієнтові відновити максимально можливу незалежність. Але це не означає, що пацієнт повернеться до того стану, який був до інсульту. Реабілітація не може вилікувати пошкодження мозку, завдані інсультів, але може навчити правильно використовувати і контролювати своє тіло.

Основні принципи успішної реабілітації:

- Ранній початок (перші дні після інсульту)

- Тривалість (без перерв) і систематичність

- Комплексність (поєднання різних методів реабілітації)

- Активна участь в реабілітації самого пацієнта і членів його сім'ї

Метод

Відновлення рухів

(З перших днів після Інсульту)

- Лікування становищем (для профілактики контрактур)

- Лікувальна гімнастика (активна і пасивна)

- Масаж

- Навчання ходьбі і самообслуговування

Де пацієнт може проходити реабілітацію?

Місце проходження реабілітації залежить від декількох факторів.

Реабілітацію можна отримати:

- У лікарні, де пацієнту проводиться лікування від інсульту;

- У спеціальному реабілітаційному центрі або закладі (стаціонарно);

- В амбулаторному реабілітаційному центрі (закладі) або приватній клініці;

- У домашніх умовах з фахівцем з реабілітації.

Багатопрофільна реабілітаційна команда

Кількість реабілітаційних послуг, які необхідні пацієнту, визначаються індивідуально і залежить від важливості наслідків інсульту. Програма реабілітації може містити послуги одного або декількох фахівців з реабілітації, а саме.

Лікуючий лікар. Це може бути судинний невролог, який спеціалізується в області лікування пацієнтів з інсультом, нейрохірург, терапевт або сімейний лікар. Цей фахівець займається наглядом і рішенням медичних проблем, пов'язаних з інсультом, призначає клінічні діагностичні дослідження, визначає фактори ризику утворення інсульту і підбирає медикаментозне лікування, яке спрямоване на застереження повторимо інсульту і ускладнення нинішнього захворювання. Лікар повинен надати пацієнтові інформацію за планом здорового харчування, який буде включати в себе контроль за масою тіла, рівнем холестерину, задоволення дієтичних потреб, а також буде брати до уваги існуючі проблеми з ковтанням і харчуванням. Необхідно також проінформувати пацієнта про всі можливі фактори ризику виникнення повторного інсульту.

Медичні сестри працюють безпосередньо з пацієнтом, його сім'єю і всієї реабілітаційної командою, особливо тісно від початку освіти інсульту, до того моменту, як пацієнт стане більш самостійний. Медсестри допомагають у виконанні повсякденної активності, наприклад: прийом ліків, умивання, одягання, відвідування туалету, та інше.

Кінезіотерапевт (фахівець фізичної реабілітації) працює з особами, у яких є рухові проблеми в зв'язку з пошкодженням кінцівок, які з'явилися в результаті інсульту. Завданням кінезіотерапевта є відновлення функції самостійного вставання, сидіння, переміщення, утримання балансу тіла і координації руху. Кінезіотерапевт за допомогою спеціальних вправ і технік повинен поліпшити рівновагу, навчити переміщатися в ліжку і кріслі, а також сприйняти відновленню нормальної ходьби.

Ерготерапевт (фахівець фізичної реабілітації) - фахівець, завданням якого є відновлення навичок, необхідних для самостійного повсякденного життя, і навчання виконання цих навичок в нових для пацієнта умовах (порушення чутливості в кінцівках, розладах почуттів простору, порушення зору, зниження пам'яті та уваги. Ерготерапевтами можуть допомагати пацієнтові досягти його персональних цілей і поліпшити фізичні і розумові здібності.

Логопед - це той фахівець, завданням якого є подолання проблеми з розумінням мови, читанням або листом, а також розмовною мовою в цілому. Цей фахівець може поліпшити розмовну мову або надати інші альтернативні шляхи для комунікації. Логопед також працює з пацієнтами, які можуть мати

проблеми з ковтанням їжі і води, вчить долати ці обмеження, шляхом спеціальних вправ і навичок.

Психолог працює з розумовими і поведінковими проблемами пацієнта, такими як мислення, пам'ять або емоційні розлади. Завдання психолога - допомогти пацієнтові і його родині подолати почуття тривоги, пригніченості, безвихідній ситуації, які є частими після виникнення інсульту.

Представник служби соціального захисту (соціальний працівник). Завдання працівників фонду соціального захисту є соціальна допомога, адаптація пацієнта з інсульту в суспільстві, допомога в працевлаштуванні, плануванні подальшого життя або праці. Часто в медико-соціальних реабілітаційних центрах пацієнти, які перенесли інсульти, допомагають знайти нові інтереси і захоплення, або відновити старі в тих нових соціальних умовах, в яких пацієнт виявився після інсульту.

Ще однією важливою частиною реабілітаційної команди є піклуються, сім'я і друзі пацієнта. Вони можуть забезпечити важливу емоційну підтримку, а також допомогти продовжити реабілітацію пацієнта вдома або зробити її ефективною.

Навіть коли пацієнт завершив програму реабілітації, один або більше членів реабілітаційної команди можуть продовжувати моніторинг процесу відновлення пацієнта через деякий час. Деякі з них можуть відвідувати пацієнта вдома, інших пацієнт - може відвідувати на їхньому робочому місці. Реабілітаційні послуги можуть надаватися в лікарнях, соціальних сервісних агентствах, групах підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Інсульт. Інформація для всіх, кого це стосується (від ред. М.Є.Поліщука). / [Текст] / - К.: Видавець Д.В. Гуляев, 2014, - 64 с.

УДК 616.24:615.83

Маляренко Ю.О.¹, Закуцька Т.М.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр.УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ

Бронхіт хронічний - дифузне прогресуюче запалення бронхів, що проявляється продуктивним кашлем і продовжується не менше 3 місяців на рік упродовж 2 років поспіль, при виключенні інших 64 захворювань верхніх дихальних шляхів, бронхів і легенів, які могли б викликати ці симптоми. Етіологія. Захворювання пов'язане з тривалим подразненням бронхів різними

шкідливими чинниками (куріння, вдихання пилу, диму, окису вуглецю, окислів азоту, інших хімічних сполук), і з впливом рецидивуючої респіраторної інфекції (віруси, пневмококи) [5].

Фаза ремісії характеризується зменшенням інтенсивності запального процесу, зменшенням ексудації, проліферацією сполучної тканини і епітелію. Результат хронічного запалення дихальних шляхів: склероз бронхіальної стінки (м'язового шару, еластичних волокон, хрящів), перибронхіальний склероз, атрофія залоз з розвитком стенозування просвіту бронха або сегментарного розширення з утворенням бронхоектазів. Класифікація. Найменування нозологічної форми захворювання (шифр за МКХ-10): Простий і слизово-гнійний хронічний бронхіт (J41); Простий хронічний бронхіт (J41.0); Слизово-гнійний хронічний бронхіт (J41.1); Змішаний, простий і слизово-гнійний хронічний бронхіт (J41.8); Хронічний бронхіт неуточнений (J42). Клініка. Клінічні ознаки хронічного бронхіту залежать від фази процесу (загострення або ремісія), наявності або відсутності ускладнень. Характерний ранковий кашель з відділенням слизової мокроты. Згодом він присутній протягом доби, посилюючись в холодну і сиру погоду, з роками стає постійним. Мокрота слизова, в періоди загострення - слизово-гнійна або гнійна, в помірній кількості (до 100-150 мл на добу), частіше вранці, при виході з теплого приміщення на холодне, вологе повітря [2].

При загостренні пацієнти можуть пред'являти скарги, характерні для гипертермического (гарячкового) і інтоксикаційного синдромів: на субфебрильна температура, загальну слабкість, зниження працездатності, пітливість, серцебиття. При розвитку пневмосклерозу, емфіземи легенів з'являється задишка, що підсилюється при навантаженні. При розвитку дихальної недостатності з'являється дифузний ціаноз, можливо потовщення кінцевих фаланг пальців рук у вигляді барабаних паличок і нігтів у виді годинних стекол. 65 Огляд грудної клітки при неускладненому перебігу хронічного бронхіту відхилень від норми не виявляє. При розвитку емфіземи легенів грудна клітка набуває бочковидну форму, в диханні може брати участь допоміжна мускулатура. Порівняльна перкусія легень при неускладненому перебігу хронічного бронхіту відхилень від норми не виявляє. При розвитку емфіземи - коробковий звук. При аускультатії легких спостерігається жорстке везикулярне дихання, дзижчать і (або) свистячі сухі хрипи. Бронхофонія при неускладненому перебігу хронічного бронхіту не змінена. При розвитку емфіземи бронхофонія ослаблена. Лейкоцитарна формула і ШОЕ частіше залишаються нормальними; при гнійному бронхіті - невеликий лейкоцитоз з паличкоядерних зрушенням в лейкоцитарній формулі [1].

При загостренні гнійного бронхіту незначно змінюються біохімічні показники запалення (С-реактивний протеїн, сіалові кислоти, серомукоїд,

фібриноген). Аналіз мокротиння: нитки фібрину, велику кількість лейкоцитів, циліндричного епітелію, іноді - еритроцитів. Бактеріологічне дослідження мокротиння: грампозитивні та грамнегативні бактерії. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітини: можливе посилення легеневого малюнка. Спірографія: зменшення обсягу форсованого видиху, індексу Тиффно при бронхоспазмі.

Бронхоскопія: візуально оцінюють ендобронхіальні прояви запального процесу (катаральний, гнійний, атрофічний, гіпертрофічний, геморагічний, фібрінозовиразковий ендобронхіт) і його вираженість. Бронхоскопія дозволяє виконати біопсію слизової оболонки і гістологічно уточнити характер ураження. Виключаються інші причини тривалого кашлю (новоутворення дихальних шляхів, бронхоектази). Реабілітація пацієнтів з хронічним бронхітом. Реабілітаційні заходи починають проводити при стиханні гострого процесу [3].

Мета реабілітації: підвищення загальної і місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до простудних та інфекційних захворювань в верхніх дихальних шляхах. Методи реабілітації сприяють посиленню кровообігу і лімфообігу, зменшення запальних змін в бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання. 66 Програма фізичної реабілітації кілька різна в залежності від форми хвороби. При гнійному хронічному бронхіті велике значення має дренажна гімнастика і постуральний дренаж, що проводиться регулярно (3-4 рази на тиждень) [4].

Вони повинні сприяти більш повному виведенню гнійної мокроти з бронхів. При обструктивному синдромі 2-3 тижні застосовується звукова гімнастика з наступним доповненням її дихальними вправами з вдихом і видихом з опором. Масаж грудної клітки сприяє кращому виділенню мокротиння, полегшує дихання. Фізіотерапія при хронічному бронхіті: лазеромангітотерпія, УФО, фонофорез, лікарський електрофорез, спелеотерапія, інгаляції мінеральної води, аероінотерапія, КВЧ-терапія [6].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бородин, Г.Л. Современная технология медицинской реабилитации пациентов с пневмонией. Инструкция по применению/ Г.Л. Бородин, О.М.Калечиц, Н.В. Мановицкая, Г.К. Новская – № 017-0311.- 24.06. 2011г. – 26 с.
2. Васичкин, В.И. Энциклопедия массажа /В.И.Васичкин//М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА. - 2003- 240 с.
3. Клинический протокол диагностики и лечения бронхоэктатической болезни - №768 . - 5 . 07 .2012 г.

4. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с профессиональной хронической обструктивной болезнью легких. - №751. - 28.06.2013 г.

5. Лицкевич, Л.В. Технология медико-социальной экспертизы при хронической обструктивной болезни легких. Инструкция по применению/Л.В. Лицкевич, О.П. Шатыко, И.М. Лаптева / 2010. - №207-1210. - с.26

6. Лыков, А.А. Лечебная физическая культура в терапии: Практикум / А.А.Лыков, Л.П.Середенко, Н.А.Добровольская// Донецк: РМК МЗ Украины.

УДК 364-786:616.831-005.1

Маляренко Ю.О.¹, Кабарухін В.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗІ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Масаж - метод оздоровлення, підвищення працездатності, лікування та профілактики захворювань, а також реабілітації, що являє собою сукупність прийомів механічного дозованого впливу на різні ділянки поверхні тіла, які виконуються руками масажиста або спеціальними апаратами чи пристосуваннями [2].

Атеросклероз – це хронічне ураження стінки артерій, яке характеризується накопиченням у внутрішній стінці артерій ліпопротеїнів і холестерину, реактивним розростанням сполучної тканини з утворенням фіброзних бляшок, наступним їх розривом, тромбозом [2].

При атеросклерозі судин головного мозку констатується хронічна недостатність мозкового кровообігу. Проявляється вона головним болем, шумом у вухах, зоровими порушеннями, підвищеною втомлюваністю, зниженням пам'яті [1].

Завдання масажу: покращити кровообіг в басейні хребтових, основних та внутрішніх сонних артерій [1].

Показання до призначення масажу: атеросклероз судин головного мозку при хронічній недостатності мозкового кровообігу I стадії [1].

Методика масажу: Положення хворого – сидячи за масажним столиком, голова спирається на підголівник або руки пацієнта. Масажист – позаду хворого. Обхоплююче поглажування задньої та бічних шийних ділянок послідовними чи симетричними рухами від потилиці до надпліччя і далі до підключичних і пахвових лімфатичних вузлів. Спіралеподібне розтирання

пальцями потиличної ділянки в напрямку від соскоподібного відростка до зовнішньої потиличної горбистості і навпаки. Розтирання задньої та бічних лопаткових ділянок долонними поверхнями пальців прямолінійне, спіралеподібне. Розтирання пальцями остистого відростка 7 шийного хребця «сонечком». Розминання трапецієподібного м'яза за ходом його волокон: верхніх – від каркової лінії до лопаткової ості, країв – поздовжнім та поперечним розминанням. Щипцеподібне розминання груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Закінчують погладжуванням задньої та бічних поверхонь шиї [1].

Масаж підключичних ділянок. Погладжування пальцями підключичних ділянок від груднини до плечових суглобів. Спіралеподібне розтирання пальцями у цих же напрямках. Розминання натискуванням та зміщенням великих грудних м'язів, країв – поздовжнім та щипцеподібним розминанням, погладжування підключичних ділянок [1].

Масаж голови. Площинне та обхоплююче погладжування голови поверх волосся долонними поверхнями кистей від лобової до потиличної ділянки. Прямолінійне та спіралеподібне погладжування пальцями лобової ділянки симетричними рухами рук від середини лоба назовні, до скроневих ділянок. Погладжування пальцями від перенісся догори, до волосистої частини голови, послідовними рухами рук. Граблеподібне погладжування, розтирання прямолінійне і спіралеподібне голови в напрямку від тім'я до завушних ділянок. Спіралеподібне розтирання пальцями завушних ділянок. Розминання граблеподібним натискуванням та зміщення надчерепа м'яза. Ніжне зміщення м'яких тканин голови у фронтальній та сагітальній площинах. Закінчують погладжуванням голови в напрямку від лобової до потиличної ділянки. Усі прийоми виконуються ніжно, без різких рухів та натискувань, під контролем самопочуття та артеріального тиску хворого [1].

Тривалість. Процедура масажу – 15 – 20 хв. Курс лікування – 15-20 процедур щоденно або через день [1].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж/ Л.О. Вакуленко, Г.В. Прилуцька, Д.В. Вакуленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.
2. Корольчук А.П. Масаж загальний і самомасаж: навчально-методичний посібник для студентів факультету фізичного виховання і спорту / А.П. Корольчук, А.С. Сулима. – Вінниця: 2018. – 124 с.

УДК: 615.8-7:616.711

Маляренко Ю.О.¹, Чорний О.Е.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

МЕТОДИКА ВІДНОВЛЕННЯ ХРЕБТА ПО СИСТЕМІ EUROSPINE ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

В даний час дегенеративно – дистрофічні захворювання хребта є одними з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Захворюваність і пов'язана з нею втрата працездатності створили соціальну проблему в розвинених країнах світу, про що свідчать численні повідомлення останніх років вітчизняних і зарубіжних вертеброневрологів.

Найбільш часта причина обмеження фізичної активності дорослого населення - це больовий синдром, який за своє життя відчуває практично кожна доросла людина. Залежно від ступеня вираженості больового синдрому в різній мірі страждає якість життя хворих.

Медична та соціально – економічна значимість проблеми діагностики і лікування дегенеративно – дистрофічні захворювання хребта обумовлена низкою причин. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2018) остеохондрозом хребта страждає від 30 до 87% найбільш працездатного населення у віці від 30 до 60 років. На частку остеохондрозу хребта доводиться від 20 до 80% випадків тимчасової непрацездатності.

Згідно епідеміологічних досліджень, в Україні, США, країнах Європи від болю страждає від 7 до 64%, а від хронічного болю – 8 – 45% населення. Хронічні болі в спині займають перше місце за поширеністю серед регіональних больових синдромів в самому працездатному віковому зрізі (35 – 45 років). Вважається, що близько 80% пацієнтів з гострим боєм у спині повністю одужують, у 17-20% біль починає персистувати.

Основними пусковими механізмами болю є м'язово - тонічний синдром внаслідок дегенеративно – дистрофічних змін хребта і міофасціальний синдром. Згідно з визначенням Міжнародної асоціації по вивченню болю (IASP), до хронічної відносять біль, яка зберігається більше 3 місяців без усунення її причини. При цьому її виділяють як самостійне захворювання - хронічний больовий синдром (ХБС). При болю в спині потрібно її об'єктивізація, оцінка вираженості і контроль інтенсивності.

Збалансоване комплексне патогенетично обґрунтоване лікування сприяє виправленню вад хребта, що сприяє суттєвій зміні постави підлітків (за результатами обстеження на IDIAGM360).

Методика EUROSPINE сприяє поліпшенню мозкового кровообігу і це відображається в стабілізації вегетативної нервової системи (за результатами аналізу ВРС).

Застосування комплексної системи EUROSPINE сприяє позитивному психологічному стану пацієнтів.

Методика EUROSPINE сприяє поліпшенню зору.

Застосування системи EUROSPINE дозволяє повноцінно відновлюватися після важкої праці, перевантаження.

Доведено ефективність методу відновлення за системою EUROSPINE при професійних захворюваннях порівняно з традиційними методами.

Обґрунтовано доцільність використання методики EUROSPINE в комплексі реабілітаційних заходів у хворих на міофасціальний, больовий синдром з подальшим відновленням рухливості хребта.

Доцільність застосування методики EUROSPINE, особливо у осіб похилого віку, для яких практично не виявлено протипоказань щодо застосування.

При застосуванні невеликої дози стандартних препаратів, або за їх відсутності, за допомогою методики EUROSPINE можна отримати довготривалий суттєвий терапевтичний ефект та покращити якість життя людини.

УДК 615.851.32

Косяченко В.С.¹, Бурка О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-217 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ СПОРТИВНИХ БАЛЬНИХ ТАНЦІВ У ЕРГОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ТРАВМ СПИННОГО МОЗКУ

Сьогодні в усьому світі спостерігається тенденція до зростання авто - і авіакатастроф, техногенних аварій і природних катаклізмів, терористичних атак і військових конфліктів, нещасних випадків, що призводять до збільшення кількості постраждалих з травматичними ушкодженнями хребта (з та без ушкодження спинного мозку).

Також травма хребта може виникнути внаслідок незначних травм, падінь у осіб різного віку через дегенеративно-дистрофічні процеси в хребті (остеопороз, спондиліоз тощо).

Серед найбільш поширених травм хребта: забої, переломи, розриви зв'язок, вивихи і підвивихи, зміщення хребців. Зазвичай їх поділяють на:

травми тіла хребця; травми поперечного відростка хребця; травматичний вивих; розтягнення і/або розрив зв'язок; пошкодження міжхребцевих дисків.

Основними симптомами таких порушень є: біль в області ушкодження компресійного характеру; втрата або порушення координації, труднощі в утриманні рівноваги; загальна слабкість організму, порушення м'язового тону та функцій провідних шляхів; виникнення парестезій (специфічних поколювань, онімінь тощо) або анестезії (повної втрати чутливості кінцівок, пальців рук і ніг; в особливо важких випадках, анестезія всього тіла нижче шиї); порушення функцій дихання (кашель, важкий вдих/видих, гіпоксія).

Основними засобами відновлення після отриманої травми спинного мозку є фізична терапія та ерготерапія. Послуги, що надаються фахівцями цих напрямків в випадках спинальних травм, мають за мету сприяння розвитку, підтримці та відновленню максимальної свободи рухів тіла, функціональних можливостей та побутових навичок протягом життя.

Ранній початок відновлення, супроводжується позитивним гуморальним зрушенням – активації гормонів, ферментів, іонів калію кальцію; а пасивні й активні рухи, що сприяють відновленню аферентних й еферентних імпульсів, забезпечують прискорення регенерації тканин в осередку ураження.

Оскільки максимальне відновлення після травм спинного мозку майже не можливе, зусилля фахівців більше спрямовані на навчання людини використанню спеціального устаткування та самообслуговуванню. Тому, у резидуальному періоді відновлення, завданням якого є побутова та соціальна реабілітація, основними стають ерготерапевтичні заходи.

Ерготерапевтичні заходи можуть здійснюватись як в обладнаних кімнатах медичних закладів, так і вдома, у звичній для хворого обстановці. Найголовніше у цих заняттях – навчити пацієнта та його родичів (або близьких) правильно їсти (годувати), одягатись, пересуватись.

Під впливом ерготерапії у хворих з наслідками травм спинного мозку зростає м'язова сила, обсяг збережених локомоцій; відновлюються можливі втрачені рухи; формуються нові локомоції компенсаторного характеру; підвищуються загальна працездатність та максимальне споживання кисню; покращуються показники гемодинаміки, біохімічні та вегетативні реакції.

На нашу думку, засобом, що забезпечить виконання всіх наведених вище завдань й умов, можуть стати елементи спортивних бальних танців.

Оскільки спортивні бальні танці діляться на класи з певним рівнем навантаження, для осіб з наслідками спинальних травм рекомендуємо використовувати мінімальне навантаження: щадні рухи та допоміжні елементи. Наприклад:

- музика/музичальність – для розвитку рівноваги, навчання пересуванню на протезах, ортезах;

- темп, ритм – для відновлення навичок ходьби, орієнтації в просторі, координації рухів;
- основна позиція рук – для зміцнення м'язів, що утримують хребет, м'язів плечового поясу та кінцівок, формування навичок відчинення дверей;
- квадрат – для формування постави, підвищення рівня фізичної працездатності, ходьби;
- напівприсід – для задіяння та зміцнення м'язів-стабілізаторів, формування навичок пересаджування, формування правильної постави;
- згинання-розгинання стоп – для зміцнення м'язів тазового поясу та вільних нижніх кінцівок, формування навичок правильного сидіння, пересаджування;
- вправи для дихання – для покращення функціональних показників дихальної системи, навчання правильному диханню при прийомі їжі.

Зазначимо, танці – це не вибір випадкових рухів, а чітко спланований ритм і послідовність дій, тому заняття ними поліпшують координацію, роблять пересування в просторі скоординованим і плавним. Також не варто забувати, що танцюючи, людина одержує величезну кількість ендорфінів – гормонів радості. Все це допомагає особам з наслідками травм спинного мозку стати більш впевненими у собі, а отже прискорити виконання двох найважливіших завдань ерготерапії – адаптацію та інтеграцію в суспільство.

УДК 615.825.1

Карманова К.Ю.¹, Бурка О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-217 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ГІДРОКИНЕЗОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Гідрокінезотерапія – це метод, заснований на виконанні лікувальних фізичних вправ у воді. Завдяки різнобічним терапевтичним діям грає провідну роль в фізичній терапії хворих з різними нозологіями [3].

Фізичні вправи у воді мають вплив, абсолютно відмінний від впливу на «суші». Це пов'язано з унікальними властивостями води, що діють на організм людини. Означений вплив спрямований на функціональний стан органів та систем, а також на рухи самого тіла – полегшують виконання фізичних вправ і підсилюють їх лікувальний ефект [2].

Гідрокінезотерапія – високоефективний метод лікування, що сприяє поліпшенню функціональних результатів лікування хворих травматологічного та ортопедичного профілю, зменшенню тривалості періоду тимчасової непрацездатності та запобігає інвалідизації [3].

Особливості занять у воді:

1. Сила гравітації, що компресує хребет, у воді сильно зменшується, і тому вертикальне навантаження (осьове або ударне) значно знижується.

2. Для утримання рівноваги у воді організм використовує автономні (так звані «глибокі») м'язи, що майже не використовуються у звичайному житті, це сприяє зміцненню м'язового корсета.

3. Заняття у воді значно прискорюють збільшення або відновлення загальної рухливості та гнучкості суглобів при незначних м'язових зусиллях.

4. Вправи в басейні надають загальнозміцнюючий вплив на організм (збільшується життєвий об'єм легенів та насичення тканин киснем, поліпшується сон, нормалізується емоційний стан, підвищується рівень фізичної витривалості, а загартовування служить профілактикою простудних й інших захворювань) [4].

5. Гідростатичний тиск викликає відчуття здавленості тіла, що забезпечує м'язове розслаблення, відчуття легкості та свіжості після виходу з води; покращує циркуляцію крові та лімфодренаж; нирки працюють більш активно через відсутність перерозподілу кровотоку між органами і працюючими м'язами [2].

Застосування інвентарю (плавальні дошки, нудли, аквадиск) підвищує емоційне забарвлення вправ, робить їх більш цікавими та різноманітними [3].

Фізичні вправи у воді показані хворим із захворюваннями і травмами опорно-рухового апарату (особливо у післяімобілізаційний період), при порушеннях постави, контрактурах, атрофіях м'язів, артрозах (коксартрозах), артритях; захворюваннях серцево-судинної системи, в тому числі при судинних патологіях (варикозна хвороба, тромбофлебіт і ін.); органів дихання, а також при захворюваннях внутрішніх органів (холецистити, коліти, гастрити і ін.), порушеннях обміну речовин і ендокринної системи (подагра, ожиріння, цукровий діабет та ін.); пошкодженнях і захворюваннях нервової системи (остеохондроз хребта, паралічі та парези, неврози, ДЦП, вібраційна хвороба та ін.) тощо [1].

Протипоказаннями до гідрокінезотерапії є: інфекційні захворювання; висока температура; не загоєні травми і пошкодження органів опорно-рухового апарату; кровотечі; важкі захворювання внутрішніх органів [5].

Гідрокінезотерапія для дітей – безумовний помічник у формуванні моторних функцій дитини з ДЦП, наслідками родових травм, парезів різного походження. Оскільки виконання навіть простих рухів для таких дітей пов'язане з величезними зусиллями, а часом зовсім неможливі на твердій поверхні через глибокі порушення функцій, у воді вони стають більш доступними. Момент пізнання, вивчення власного тіла благотворно позначається на розвитку функціональної моторики, структур головного мозку; сенсорно-моторної корекції; вирівнюється емоційний стан (як у

гіперактивних так і в дуже пасивних дітей). У результаті таких занять зміцнюється нервова система, сон, поліпшується апетит, удосконалюються рухи, окрім цього, регулярні вправи у воді сприяють загартуванню та формуванню правильної постави в дітей [5].

Таким чином, гідрокінезотерапія природний, нетравматичний, ефективний метод відновлення нормального стану організму. Вона різнобічно оздоровлює організм будь якого віку, знижує больові відчуття і виконує профілактичну функцію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. – М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
2. Н.В. Чупырко, Г.М. Загородный, О.В.Петрова, Т.А. Пристром \ Учебно-методическое пособие Гідрокінезотерапія–Мн.: БелМАПО, 2010. – 36 с.
3. Гидрокинезотерапия. URL: www.myuniversity.ru/Медицина/Гидрокинезотерапия/44044_1261722_страница1.html
4. <https://reasunmed.ru/prays-uslugi/164511/>
5. <https://www.aquila-kursk.ru/gidrokinenezoterapija/>

УДК 615.825.4

Костюченко С.О.¹, Соломаха Д.Ю.¹, Бурка О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-227 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ДОДАТКОВОГО УСТАТКУВАННЯ В ОЗДОРОВЧОМУ ПЛАВАННІ

Плавання – один з найпопулярніших і масових видів спорту, а також один з найкорисніших та найефективніших видів рухової активності.

За способами пересування або особливими рухами, плавання можна розділити на кілька видів:

1. Спортивне плавання – включає змагання, що проводяться в басейнах довжиною 50 або 25 метрів на дистанції від 50 до 1500 метрів, а також на відкритій воді у вигляді запливів на довгі дистанції (5, 10, 25 км).

2. Прикладне плавання – здатність людини триматися на воді і виконувати в ній життєво необхідні дії і заходи.

3. Фігурне (художнє, синхронне) плавання – це сукупність різних рухів (елементи хореографії, акробатичні та гімнастичні комбінації) у воді. Може виконуватися індивідуально (соло), парно і групами.

4. Ігрове плавання – це використання рухливих ігор в умовах водного середовища. Використання цього виду має позитивний вплив на емоційно-вольову сферу, розвиває координацію, сприяє вихованню комунікабельності, ініціативності. Ігрове плавання універсальне. Його можна зустріти як на Олімпійських іграх (водне поло), так і при організації водних свят.

5. Підводне плавання – це спосіб пересування під водою з або без додаткового устаткування. Розрізняють: фрідайвінг – (просте занурення і плавання на затримці дихання) та дайвінг (занурення за допомогою спеціального спорядження, наприклад, аквалангу).

6. Оздоровче плавання - використання особливостей плавальних рухів і знаходження тіла в воді з лікувальною, профілактичною, відновною, гартуючою метою. Його застосовують в системі фізичного виховання протягом усього життя людини. Порівняно з іншими видами рухової активності, воно має мінімум обмежень для осіб з відхиленнями у здоров'ї.

Ефективність і доступність оздоровчого плавання забезпечує провідну позицію цього виду в системі фізичної терапії. З роками, з метою збільшення реабілітаційного впливу, науковці рекомендують використовувати додаткове устаткування. Серед якого:

1. Hydro Hip – устаткування у вигляді двох пластин закріплених на стегнах. Їх використовують для навчання правильному положенню тіла та кінцівок, збільшення сили м'язів (через зростання опору води), включення м'язів-стабілізаторів тощо.

2. Лопатки для плавання – устаткування закріплена на долоні плавця. В фізичній терапії використовують для розвитку сили і швидкості, формування механізму м'язової пам'яті, збільшення м'язової маси тощо.

3. Колобашки – спеціальне устаткування з легкого плавучого матеріалу, що використовується в якості рухомої опори – поплавка. Найчастіше їх затискають між ніг – для тренування м'язів верхньої частини тіла, формування постави, покращення функціонування дихальної системи.

4. Дошка для плавання – устаткування плоскої прямокутної форми з легкого плавучого матеріалу, що використовується для навчання правильному диханню, зміцнення м'язів тулуба та нижніх кінцівок, вдосконалення координації та рівноваги, а також при відновленні після травм і захворювань опорно-рухового апарату, хірургічних втручаннях.

5. Ласты для плавання – устаткування (рушій) для плавання плоскої форми. Плавання в ластах поліпшує положення тіла у воді, що сприяє розвитку фізичних якостей, відновленню біомеханіки рухів, збільшенню сили ніг, гнучкості суглобів та підвищує рівень фізичної працездатності.

6. Моноласта – різновид ластів, єдина конструкція, рух здійснюється обома ногами. Її використовують для зміцнення м'язів нижніх кінцівок, живота й спини; покращення постави і рухливості суглобів (особливо гомілкостопного та суглобів стопи), підвищення загального тонусу, рівня фізичної підготовки, розвитку сили та витривалості (особливо це стосується пацієнтів, які вимушено знаходились у положення лежачі протягом довгого часу); нормалізації емоційного стану.

7. Дихальна трубка – устаткування у вигляді порожнистої трубки з загубником, що дозволяє плавцю дихати атмосферним повітрям не піднімаючи голову, перебуваючи на або під самою поверхнею води. Використання дихальної трубки забезпечує формування механізму м'язової пам'яті; збільшення дихальної здатності та об'єму легень; зменшує опір води, що дозволяє зберігати швидкість плавання довший час, а сталий темп та ритм дихання підвищує силову витривалість.

Варто зауважити, що в оздоровчому плаванні також використовують підвид устаткування – аксесуари: затиск для носа та беруші – для забезпечення профілактики потрапляння води у носові та вушні порожнини.

Отже, заняття з допоміжним устаткуванням в оздоровчому плаванні забезпечує вирішення різних завдань фізичної терапії через урізноманітнення і підвищення ефективності плавальних вправ. Але пам'ятаймо, що позитивний результат від його використання досягається лише за умов методично правильно побудованого тренування.

УДК 615.825

Калініна Д.С.¹, Бурка О.М.²

¹ студ. гр. УФКС-217 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. пед. наук., доц. НУ «Запорізька політехніка»

АЛЬФА-ГРАВІТІ ЯК СУЧАСНИЙ ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Ми живемо у час технологій та інновацій, тому зрозумілим є постійна і систематична розробка нових методик оздоровлення та реабілітації.

Нині все більше людей починають захоплюватися системою тренувань Альфа-гравіті. Ці тренування проходять у висячому положенні, з використанням опори, відмінної від тієї, яка зазвичай застосовується під час занять руховою активністю. Через це, тіло працює абсолютно інакше, а ефективність зайняття зростає в рази [3].

Альфа-гравіті («alfa» – «початок»; «gravity» – «гравітація») – 1) це еволюційна система тренувань на підвісах, що об'єднує в собі західні і східні спортивні традиції; 2) комплекс спеціальних фізичних вправ у висячому

положенні на спеціальних підвісних тросах (тренажері), за які людина тримається за допомогою стоп і пальців рук [1].

Альфа-гравіті бере свій початок в давньослов'янській практиці, що застосовувалася в єдиноборствах при підготовці бійців, так як сприяла розвитку спритності та гнучкості, а також формувала стійкість до стресових чинників. На сьогодні ця система тренувань поєднує елементи спортивної гімнастики, акробатики, йоги, східних єдиноборств і стрейчинга.

З часом конструкція підвісних тросів (тренажера) була спрощена, замість неї з'явився основний елемент системи Альфа- гравіті – слов'янський турнік (чотири мотузки з петлями для рук і ніг, підвішені вертикально на відстані 80-90 см один від одного). Спочатку його використовували для тренувань військових підрозділів спеціального призначення та інших силових структур. З 30-х років XX століття – для підтримки бойової форми і психологічної стійкості співробітників спецпідрозділів радянських спецслужб. Тренажер можна було встановити у будь-якому місці і підтримувати фізичну форму, займаючись всього по 15-30 хвилин в день, що було зручно в складних умовах роботи силовиків.

У 90-х роках ця практика набула популярності. Спочатку її застосовували в тренуваннях футболістів, з часом – як елемент тренувального процесу та реабілітації спортсменів у 26 країнах світу [4].

А у 2007 році Володимир Єзерський, продовжуючи дослідження розвитку когнітивних здібностей людини, розробив та впровадив систему Альфа-Гравіті у місті Запоріжжя.

Автор комплексу зазначає, що це єдина система в світі, яка дозволяє людині рухатися в тривимірному просторі, при цьому навантаження рівномірно розподіляється по всьому тілу [1].

Головна унікальність Альфа-гравіті в тому, що людина виконує вправи в підвішеному за кінцівки горизонтальному положенні, а сили гравітації природнім чином розпрямляють хребет.

Навіть якщо просто повисіти на тросах, не виконуючи вправ, лінії тіла витягуються без зайвих навантажень під власною вагою людини, м'язи розслабляються, покращується кровопостачання головного мозку, внутрішні органи, м'язів.

Другою унікальною особливістю методики є поєднання різноманіття сучасних видів рухової активності: фітнесу, стрейчингу, пілатесу, йоги та силового навантаження. Це надає можливість комбінувати завдання оздоровчих тренувань: навчання концентрації уваги, довільному розслабленню; робота з диханням; збільшення амплітуди рухів; покращення функціонального стану м'язів тощо [2].

Третя унікальність – розкриття потенціалу головного мозку: розвиток креативності, здатності приймати нестандартні рішення, зміцнення сили волі,

поява відчуття внутрішньої свободи тощо. Це пояснюється тим, що через втрату опори та новий досвід руху, в людини активується внутрішній центр – центр волі – Хара (у перекладі з японського «живіт»), який є енергетичним центром, резервуаром життєвої енергії [3].

Доведено, що Альфа-гравіті допомагає у відновленні після травм (переломів, вивихів, розривів зв'язок тощо), сприяє поліпшенню лімфодренажу та кровопостачання, стимулює роботу ЦНС, підвищує гнучкість, омолоджує організм, знімає розумову та емоційну напругу тощо [1].

Наведене вище, свідчить про те, що під час тренування задіяні всі групи м'язів, робота відбувається у щадному для організму режимі. А, отже, Альфа-гравіті є ефективною новітньою системою тренувань, як реабілітаційного, так і фізкультурного характеру.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. <https://rus.delfi.lv/woman/zdorovje/sport-fitness/alfa-graviti-vse-chto-nuzhno-znat-o-novejshej-sisteme-vosstanovleniya-i-razvitiya-tela?id=47656711&all=true>
2. <https://alfa-gravity.dp.ua/new>
3. <https://tsn.ua/ru/lady/krasota/fitness/alfa-graviti-volshebnye-verevochki-idealnoe-telo-540281.html>
4. <http://artgravity.kz/?p=14969>

УДК 615.322:616.12

Присяжнюк О.А.¹, Мережко Л.О.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька політехніка»

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ МЕХАНІЗМІВ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Згідно зі статистикою 2017 року в Україні, в структурі поширеності серцево-судинні захворювання (ССЗ), відсоток осіб працездатного віку є значним і становить при гіпертонічній хворобі – 36,7%, при ішемічній хворобі серця – 27,8%, порушення ритму серця – 31,1%, інфаркти міокарда – 29,7%. В цілому у 37% працездатного населення України діагностовано ССЗ. Кожен четвертий пацієнт із серцево-судинною патологією має вік від 18 до 64 років.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – це клас захворювань, які пов'язані з патологією серця або кровоносних судин. Існує маса причин їх

виникнення, різноманітні протікання, симптоми і прояви. Тому в кожному окремому випадку необхідно індивідуальне застосування поєднань лікарських трав з відповідними механізмами фармакологічної дії.

До серцево-судинних захворювань, які в сучасній медицині ефективно лікуються за допомогою лікарських рослин, лікувальних трав і фітопрепаратів на їх основі, відносяться: серцево-судинні неврози; ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність, кардіоміопатія, аритмія серця, аневризма аорти, тромбоз, нейроциркуляторні дистонії, гіпертонічна хвороба і артеріальна гіпертензія, атеросклероз та ін.

Метою дослідження є аналіз лікарських рослин за механізмами дії, які найчастіше використовують в терапії серцево-судинних захворювань.

Кардіотонічна дія переважає в рослинах, що містять серцеві глікозиди. Ці рослини тонізують ослаблений серцевий м'яз, підсилюючи і стабілізуючи його скорочення, зменшуючи тахікардію. Це важливо для поліпшення живлення міокарду та його відпочинку. Серцеві глікозиди містять: різні види наперстянок, конвалія, строфант, горицвіт, морозник, жовтушник і ін. У клінічній практиці перевага надається препаратам на основі виділених з цих рослин чистих глікозидів, причому дози їх строго індивідуальні і визначаються тільки лікарем-кардіологом.

Судинорозширювальна і спазмолітична дія - ці два види активності подібні, але в практиці нерівнозначні. Рослини, що мають спазмолітичну дію знімають або зменшують спазм артерій і інших порожнистих органів, але в обмеженій кількості. На системний кров'яний тиск істотного впливу не мають. Їх застосовують при лікуванні стенокардії, спазмів судин головного мозку і кінцівок, кардіоневрозах. Серед рослин з такою дією виділяють: аніс, глід, м'ята перцева, меліса, пастернак, хміль та ін. Спазмолітичні властивості обумовлені наявністю в цих рослинах алкалоїдів, флавоноїдів, кумаринів, ефірних олій і т.ін. За активністю вони поступаються синтетичним препаратам і виділеним з рослин чистим речовинам. Тому, як вже було сказано, в гострих стадіях розвитку хвороби, фітотерапія не повинна підміняти сучасні засоби: занадто важкі наслідки може спричинити сильний і тривалий спазм артерій (інфаркт міокарда, інсульт і т.п.). Область їх застосування - постійна підтримуюча терапія з метою зменшити ймовірність таких спазмів, їх частоту та інтенсивність.

Судинорозширювальна дія зі зниженням загального (системного) артеріального тиску (гіпотензивний ефект) має провідне значення в лікуванні гіпертонічної хвороби. Гіпотензивну дію мають герань лугова, буркун лікарський (жовтий), собача кропива, синюха, сухоцвіт, глід.

Антисклеротична дія лікарських рослин передбачає зниження рівня холестерину в крові і посилення його виведення. Має значення і зміцнення міцності судинної стінки за рахунок флавоноїдів, вітаміну Р і вітаміну Е

(часник, черемша, омела біла, рута запашна, діоскорея ніппонська, гіркокаштан, цмин пісковий). Курси фітотерапії атеросклерозу, як правило, дуже тривалі. вимагають наявності кількох альтернативних варіантів.

Сечогінна дія лікарських трав необхідна при лікуванні гіпертонічної хвороби і серцевої недостатності. При гіпертонії і набряках серцевого походження відбувається затримка в організмі натрію і води. Хоча лікарські рослини поступаються за активністю сучасним синтетичним препаратам, вони краще переносяться при тривалому прийомі, можуть поєднуватися з останніми і дозволяють зменшити їх дозування або частоту прийомів. Такою дією володіють: листя брусниці, берези, корінь петрушки, хвощ польовий, плоди ялівцю і ін.

Заспокійлива дія лікарських рослин дозволяє зменшити активацію серця нервовою системою. Це послаблює несильні болі і порушення серцевого ритму при кардіоневрозі, спазмах судин з провокацією гіпертонічного кризу, спазмах артерій серця, мозку, кінцівок. В результаті зменшується загальне відчуття дискомфорту. При неврозах важливо нормалізувати сон, особливо у літніх людей з труднощами засипання, частими пробудженнями, тривожними сновидіннями, нічними нападами кардіоневрозу, стенокардії. Тому до складу більшості зборів включають рослини з седативною і снодійною дією – серед них валеріана, ромашка, меліса, синюха блакитна та ін.

Таким чином, аналіз показав, що за універсальністю лікарські рослинні засоби не поступаються препаратам, створеним розумом людини, а за механізмами дії та полівалентністю інколи є незамінними при лікуванні патологій серцево-судинної системи. Це розширює доказову базу доцільності використання лікарських засобів рослинного походження.

УДК 796.035-055.2-053.81

Ковальова А.А.¹, Ковальова У.І.²

¹ викл. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229 НУ «Запорізька політехніка»

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДІВЧАТ (18-24 РОКІВ) ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ СИСТЕМИ «ПЛАТЕС»

У наші часи, нажаль, все більше підвищується навантаження на людський організм, збільшуються ризики техногенного і екологічного характеру, рівень стресу, тому дотримання здорового способу життя, що включає, зокрема, фізичну активність, необхідне для підтримання здоров'я. Адже, зарезультатами загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я.

Україна-2018» 28,0% опитаних палили щодня, 30,2% дорослих українців вживали алкоголь хоча б раз на місяць впродовж минулого року, а середній ІМТ по Україні становив $26,1 \text{ кг/м}^2$, що за класифікацією ВООЗ відповідає наявності надмірної ваги.

Серед інноваційних видів оздоровчої фізичної культури варто виокремити систему «Пілатес», заняття за якою тонізують м'язи, розвивають рівновагу, покращують статуру, надаючи м'язам більш видовженої форми, допомагають упоратися з болями в спині, розвивають дихальну систему за рахунок використання грудного, реберного дихання на противагу звичайного черевного, що дозволяє використовувати нижню частину легень і знімає спазм глибоких м'язів. Вправи в цій системі розроблені з акцентом на розвиток м'язової сили, особливо на укріплення м'язів пресу і спини, покращення гнучкості і рухливості в суглобах. Більше того, система «Пілатес» допомагає розвитку позитивного мислення і боротьбі зі стресами, вчить свідомому контролю над виконанням рухів, самоконтролю, умінню відчувати своє тіло.

Отже, метою нашого дослідження стала оцінка можливості оптимізації функціонального стану дівчат (18-24 років) засобами фізкультурно-оздоровчої системи «Пілатес».

В дослідженні брали участь 19 дівчат (середній вік $20,79 \pm 2,10$ років), які відвідували заняття за фізкультурно-оздоровчою системою «Пілатес» двічі на тиждень (тривалість одного тренування близько 60 хв.) впродовж 6 місяців, за які вони з початкового рівня вправ перейшли на поглиблений. Оцінка функціонального стану проводилась перед початком занять і через 6 місяців за допомогою вимірювання антропометричних показників (вага, зріст, вагостовий індекс (ВРІ), індекс маси тіла (ІМТ), функціональних показників (частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний артеріальний тиск (САТ), діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), вегетативний індекс Кердо (ВІК), а також вираховування адаптаційного потенціалу (АП) за Р.М. Басевським.

Впродовж дослідження спостерігалися достовірні зміни за усіма показниками, окрім ДАТ. Так, антропометричні показники на початку дослідження були: зріст – $167,95 \pm 5,06$ см, вага – $71,42 \pm 9,14$ кг, ІМТ – $25,39 \pm 3,60 \text{ кг/м}^2$ (нижня межа надлишкової ваги за класифікацією ВООЗ), ВРІ – $425,70 \pm 56,32$ г/см (наявність надлишкової маси тіла). Через 6 місяців вказані показники у всіх дівчат достовірно ($p < 0,005$) знизились на $5,43 \pm 2,48$ %: вага – до $67,47 \pm 8,36$ кг, ІМТ – до $23,99 \pm 3,32 \text{ кг/м}^2$ (нормальна вага), ВРІ – до $368,17 \pm 51,61$ г/см (нормальна вага). Також наприкінці дослідження спостерігалось достовірне ($p < 0,005$) зниження ЧСС на $6,83 \pm 2,51$ % (з $81,42 \pm 3,27$ уд./хв. до $75,84 \pm 3,27$ уд./хв.), САТ – на $4,10 \pm 2,92$ % (з $125,53 \pm 5,24$ мм рт.ст. до $120,26 \pm 3,11$ мм рт.ст.), ВІК – на $37,76 \pm 18,24$ % (з $14,27 \pm 4,13$ у.о. до $9,65 \pm 4,46$ у.о.), АП – на $7,48 \pm 3,22$ % (з $2,36 \pm 0,21$ у.о. до $2,18 \pm 0,15$ у.о.). ДАТ

також знизився на $1,75 \pm 4,36\%$ (з $69,74 \pm 3,11$ мм рт.ст. до $68,42 \pm 2,39$ мм рт.ст.), однак недостовірно.

Отримані результати свідчать, що фізкультурно-оздоровча система «Пілатес» має позитивний вплив на організм людини. За її використання впродовж 6 місяців в нашому дослідженні спостерігається нормалізація ваги, а також ІМТ і ВРІ. Більше того, за отриманими нами показниками ЧСС і САТ можна припустити, що система «Пілатес» за рахунок оптимізації роботи дихальної системи опосередковано сприятливо впливає на серцево-судинну систему, а також нормалізує вегетативну рівновагу (про що свідчать показники ВІК, які наприкінці дослідження стають ближчими до нуля, тобто до стану ейтонії, у порівнянні з даними на початку дослідження). АП, який залишався в межах задовільної адаптації як на початку, так і наприкінці дослідження, мав достовірне зниження, що вказує на оптимізацію функціонального стану організму досліджених.

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать, що використання фізкультурно-оздоровчої системи «Пілатес» може оптимізувати функціональний стан організму людини, а це дозволяє рекомендувати її використання для широкого загалу не тільки в якості засобу профілактики захворювань і підтримання певного рівня здоров'я, але і, як це вказується в багатьох літературних джерелах, для реабілітації хворих після різних травм хребта, суглобів, для позбавлення болів в різних відділах хребта, пов'язаних не тільки з травмами, але і з сидячою роботою, перенавантаженням хребетного стовпа, оскільки при заняттях за системою «Пілатес» вправи виконуються в спокійному темпі, плавно, без різких рухів, що гарантує травмобезпеку.

УДК 364-786: 616.831-005.1

Маляренко Ю.О.¹, Мануйлова Л.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

ЕРГОТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Ерготерапія - це комплекс простих вправ для розминки паралізованих м'язів, які хворий може почати виконувати на початку періоду під контролем фахівців, тільки потім, самостійно не спираючись на сторонню допомогу.

Ерготерапія - це методики, які включають в себе різноманітні дитячі ігри, що складаються з дрібних деталей, таких як дитяче лото, мозаїка, конструктор, піраміда, кубики, невеликі підробки [3].

Робота ерготерапевтів спрямована на максимальну адаптацію пацієнта який переніс інсульт, до навколишнього оточення. При адаптації фахівець ерготерапевт враховує втрачені і збережені фізичні здібності пацієнта. Після перенесеного інсульту виникає потреба до навчання самообслуговування в домашніх умовах, пересуванню і праці [6].

Мета ерготерапевта - покращення якісної складової життєвих процесів людей, які внаслідок перенесеного інсульту втратили рухові здібності, не можуть координувати свої рухи і робити звичні справи. Комплекс ерготерапії при інсульті спрямований на відновлення природної повсякденної діяльності людини з урахуванням патологічних змін і фізичних обмежень. Ерготерапевт допомагає пацієнтові заново навчитися працювати, доглядати за собою в побутовому плані, спілкуватися і розважатися [2].

Щоб дати людині можливість відновити функції пам'яті необхідно застосувати спеціальні лікарські засоби для поліпшення харчування судин мозку, а також ерготерапію, куди можуть входити різні дитячі загадки, скоромовки, логічні завдання, вгадування картинок, інтерпретація побачених фільмів, а також запам'ятовування невеликих за обсягом віршів. Потім в завдання необхідно за ступенем поліпшення стану хворого вносити корективи за ступенем складності роботи [1].

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричинює ушкодження тканин мозку і розлади його функцій. До інсультів відносять інфаркт мозку (ішемічний інсульт), крововилив у мозок (геморагічний інсульт) і субарахноїдальний крововилив, що мають етіопатогенетичні та клінічні відмінності. Інсульт – друга за частотою причина смерті людей в усьому світі і основна причина довготривалої непрацездатності [5].

Робота мультидисциплінарної команди – це спільне проведення огляду й оцінки стану хворого та ступеня порушення функцій; створення адекватного середовища для пацієнта залежно від його спеціальних потреб; спільне обговорення пацієнтів не рідше одного разу на тиждень; спільна постановка цілей реабілітації; планування виписки.

До складу мультидисциплінарної команди для лікування хворих на після інсульту залучаються фахівці інших дисциплін:

- клінічні психологи;
- дієтологи;
- офтальмологи;
- ортопеди;
- техніки-ортопеди;
- психіатри;
- соц. працівники;
- логопеди, дефектологи;
- фізичні терапевти;

- неврологи;
- ерготерапевт [4].

Рання реабілітація при інсульті дуже важлива для повернення чутливості в кінцівках. Так як у людей, які перенесли інсульт, спостерігається слабкість паралізованою 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, процедури, які необхідні для проведення реабілітації при інсульті. Така методика може включати в себе відновлювальні роботи, спрямовані на повернення чутливості в пальцях паралізованою руки [8].

Ерготерапія, а також психологічна реабілітація в умовах стаціонару або вдома, може серйозно вплинути на соціальне відновлення хворих які перенесли наслідки інсульту. Так як в гіршому випадку, залишаючись без належної уваги більшість пацієнтів, впадають в депресію, що допускати вкрай небажано.

Відновлення після інсульту справа нелегка. Так як людям перенесли інсульт необхідно приділяти достатньо багато часу протягом доби. Зокрема це стосується лежачих хворих тих, хто пережив гострі ознаки передінсультного стану [7].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Анисимова Л.Н. Дифференцированный подход к активной лечебной гимнастике при реабилитации больных в остром периоде церебрального инсульта: Дис. к.м.н. – СПб., 2000. – 196 с.
2. Анисимова Л.Н., Вознюк И.А. Этапы ранней реабилитации при ишемическом инсульте // Материалы Всерос. научн.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы совр. неврологии, психиатрии и нейрохирургии». – СПб., 2003. – С. 298.
3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.
4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: МИКЛОШ, 2003. – 176 с.
5. Одинак М.М., Вознюк И.А., Анисимова Л.Н. Реабилитация больных в раннем восстановительном периоде инсульта // Медлайн Экспресс. – 2006. – № 7. – С. 34-40.
6. Хабиров Ф.А. Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мультидисциплинарных бригад // Неврологический вестник. – 2005. – № 2. – С. 23-26.

7. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. – М.: Медицина, 1978. – 38 с.

8. Гусев Е.И., Коновалова А.Н., Гехт А.Б. Реабилитация в неврологии // Кремлевская медицина. – 2001. – № 5. – С. 29-33.

УДК 364-786: 616.831-005.1

Маляренко Ю.О.¹, Клименко К.М.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ ЯК ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Поняття про дихальну систему і структуру організму, які її формують. Дихальні шляхи - від ротового і носового отворів до легеневих пухирців (альвеол) розташовані поза грудної порожнини (внеторакально) і в грудній порожнині (внутріторакально). По дихальних шляхах, розташованих поза грудної порожнини, відносяться рот, носоглотка, гортань, трахея. Дихальні шляхи, особливо порожнину носа, служать для обігріву, зволоження й очищення вдихуваного повітря [2].

Порушення дихальної функції при захворюваннях органів дихання найчастіше пов'язано зі зміною механізму дихального акта (порушення правильного співвідношення фази вдиху, фази видиху і паузи, поява поверхневого і прискореного дихання, дискоординація дихальних рухів). Всі ці процеси вирішують основну задачу зовнішнього дихання – підтримання нормальної напруги кисню і вуглекислоти в артеріальній крові. Основним фактором порушення вентиляції є бронхообструкція, деструктивні зміни в легеневої тканини. Крім цього у пацієнтів із загальною детренованості і дисфункцією периферичної мускулатури підвищена потреба в додатковій вентиляції [4].

Бронхіт – це захворювання, під час якого відбувається ураження слизової оболонки бронхіального дерева, нижнього відділу дихальних шляхів, по якому повітря надходить у легені і виходить з них. Клінічні ознаки хронічного бронхіту залежать від фази процесу (загострення або ремісія), наявності або відсутності ускладнень. Найбільш характерними скаргами при захворюваннях легенів є кашель (сухий або з мокротою), кровохаркання, задишка різної вираженості, напади задухи, болі в грудях, різні прояви порушень загального стану (слабкість, пітливість, лихоманка) [1].

Для діагностики захворювань легенів використовують загальноклінічні прийоми обстеження пацієнта, а також ряд спеціальних методів. Анамнез захворювання і життя збирають по загальними правилами. Для оцінки функціонального стану організму велике значення має опитування пацієнта, який дозволяє визначити його рухові можливості і виявити ознаки хронічної коронарної, або серцевої недостатності на підставі переносимості їм повсякденних навантажень [3].

Функціональні методи дослідження дозволяють оцінити анатомо-фізіологічні властивості структур легкого і адекватність процесів, що забезпечують газообмін між повітрям і кров'ю легених капілярів (спірометрія, пневмотахометрія). Спірометрія - метод реєстрації легених обсягів при виконанні дихальних маневрів у часі. Пневмотахометрія - метод реєстрації потоку (об'ємної швидкості руху) повітря при спокійному диханні і форсованому видиху (крива «потік-об'єм») [5].

Реабілітаційні заходи починають проводити при стиханні гострого процесу. Мета реабілітації - підвищення загальної і місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до простудних і інфекційних захворювань в верхніх дихальних шляхах. Методи реабілітації сприяють посиленню кровообігу і лімфообігу, зменшенню запальних змін в бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання [7].

Заняття лікувальною фізичною культурою сприяють адаптації організму пацієнта, його серцево-судинної системи і органів дихання до фізичних навантажень, підвищують його імунітет. Активні заняття лікувальною фізичною культурою ведуть до стабілізації емоційного стану пацієнта. До основних форм ЛФК за наявності хронічного бронхіту належали: ранкова гігієнічна гімнастика, процедура лікувальної гімнастики й дозована лікувальна ходьба. Важливою формою ЛФК у разі наявності бронхіту є дозована ходьба. Дозування ходьби збільшували поступово, тому маршрути добирали різної довжини й складності. У процесі призначення дозованої ходьби визначали для кожного хворого ритм дихання під час ходьби рівною місцевістю та під час підйому вгору, темп ходьби й маршрут з урахуванням поступового зростання навантаження [6].

До процедури лікувальної гімнастики вводили вправи для верхніх і нижніх кінцівок, плечового пояса й тулуба, дихальні вправи з посиленням видиху, коригувальні вправи. Навантаження в процедурі лікувальної гімнастики залежало від загального стану хворого, а тому його суттєво змінювали [6].

ЛФК протипоказана за наявності гострої дихальної й серцево-судинної недостатності. Інтенсивність лікувальної гімнастики істотно знижується в разі активного запального процесу, наявності дихальної недостатності II-III

ст., кровохарканні, у хворих літнього віку. За умови непростежуваності обструктивного синдрому рекомендували дихальну гімнастику за А.Н. Стрельниковою [5].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алекса В.И. Практическая пульмонология / В.И. Алекса, А.И. Шатихин. – М.: Триада-Х, 2005. – 696 с.
2. Внутрішні хвороби / Р.О. Сабадишин, В.М. Баніт, І.М. Григус [та ін.]; під ред. Р.О. Сабадишина – Рівне: ВАТ «Рівненська друкарня», 2004. – 544 с.
3. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. (Гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/11-8114 від 29.08.11 р.) / Григус І. М. – Рівне : [б. в.], 2011. – 186 с.
4. Оленская, Т.Л. Реабилитация в пульмонологии : учебно-методическое пособие : для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-790101 «Лечебное дело» / Т.Л. Оленская, А.Г. Николаева, Л.В. Соболева ; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный медицинский университет». - Витебск: [ВГМУ], 2017. - 143 с.
5. Трубников Г.В. Руководство по клинической пульмонологии / Трубников Г.В. – М.: Мед. кн.: Н. Новгород: Изд. – во НГМА, 2001. – 402 с.
6. Дышите правильно. Дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой против болезней. Издательство: Эксмо-Пресс, 2015 г. , 256 стр.
7. Ибатов, А.Д. Основы реабилитации [Текст]: учеб. пособие / А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 160 с.

УДК 615.322

Присяжнюк О.А.¹, Демченко Я.А.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-219м НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИК ВІДНОВНОГО МАСАЖУ В РІЗНИХ ВИДАХ СПОРТУ

Актуальність теми. Сьогодні масаж як ефективний метод фізичної терапії набуває широкого застосування для фізичного удосконалення. Масаж у межах відновного лікування різних органів і систем дозволяє зменшити обсяг лікарської терапії та навантаження. Як найбільш адекватний і фізіологічний для організму людини оздоровчий засіб, масаж добре поєднується з фізичними вправами, специфічними для різних видів спорту.

Метою дослідження було проаналізувати та виділити особливості застосування методик відновного масажу у спортсменів в різних видах спорту.

Найважливішими із завдань підготовки спортсмена є відновлення функціонального стану. Поряд з фізичною і психологічною підготовкою спортивний відновлювальний масаж сприяє підвищенню фізичної працездатності спортсменів, зростанню спортивних результатів. Нами були досліджені теоретичні та методичні джерела, в яких представлені різні підходи до відновного масажу та виявлене наступне.

- Ігрові види спорту (футбол, баскетбол, ручний м'яч, хокей з шайбою і ін.). Відновний масаж проводиться 2-3 рази на тиждень, тривалість його 30 - 35 хв. Особлива увага приділяється масажу кінцівок, поясниці, верхньому плечовому поясу, дихальним м'язам. Один раз на тиждень масаж проводиться в сауні (лазні), тривалість 15-25 хв; масажуються найбільш навантажені м'язи (прийоми – погладжування, неглибоке розминання, трушення і активно-пасивні рухи).

- Спортивна боротьба (класична, вольна, дзюдо, самбо і ін.). Відновний масаж проводиться 2-3 рази на тиждень (залежно від вагової категорії), тривалість 25-30 хв. Прийоми: погладжування, розтирання, розминка, трушення і елементи східного масажу. Один раз на тиждень проводиться масаж в сауні, коли масажуються найбільш навантажені м'язи (тривалість масажу 25-35 хв).

- Водні види спорту (плавання, стрибки у воду, ватерполо). Відновний масаж проводиться 3-4 рази на тиждень по 25-35 хв. У плавців масажують ті частини тіла, які несуть найбільше навантаження. У вільному стилі (стаєри) – плечовий пояс, руки, спина; у спринтерів – додатково ноги; у батерфляї (дельфін) – спину, плечовий пояс і руки; у плавців стилю «брас» – руки і ноги (особливо колінні суглоби і задня група м'язів); у плавців на спині – плечовий пояс, руки, передня поверхня ніг.

- Стрільба (з лука, пістолета, гвинтівки і ін.). Характеризується статичністю поз, затримкою дихання, все це нерідко приводить до розвитку ряду патологічних змін в опорно-руховому апараті. Відновний масаж проводиться 2-3 рази на тиждень, один раз в сауні (парній лазні). Тривалість масажу 25-35 хв. При масажі спини використовують прийоми сегментарного масажу.

- Лижний і ковзанярський спорт. Відновний масаж показаний 2-3 рази на тиждень (25-35 хв). При цьому особлива увага приділяється масажу дихальної мускулатури (міжреберні проміжки, діафрагма), нижніх кінцівок і поясниці у ковзанярів; спини, плечового поясу, рук, ніг і дихальної мускулатури – у лижників-гонщиків.

- Велосипедний спорт. Відновний масаж виконується 3-4 рази на тиждень, один з них в сауні (парній лазні). Тривалість масажу 25-35 хв. Особлива увага приділяється масажу нижніх кінцівок, дихальної мускулатури, поясниці. У спортсменів, що змагаються на треку масажують ще плечовий пояс, руки. Якщо траса гонки у велосипедистів проходить по бруківці (жорсткому ґрунту), то масажують також руки і плечовий пояс. Перед днем відпочинку можна проводити масаж у ванні (температура води 36-38 °С).

- Легка атлетика (біг, спортивна ходьба, стрибки, метання, штовхання ядра). Відновний масаж проводиться 3-4 рази на тиждень (тривалість 25-35 хв), один раз в сауні (парній лазні); при цьому масажують найбільш навантажені м'язи з подальшим втиранням в них протизапальних мазей. Масаж повинен бути м'яким, нетривалим за часом. Включаються в основному щадні прийоми. Якщо відчувається значне напруження в м'язах, то ручний масаж проводиться у ванні (температура води 36-38°С) протягом 10-15 хв. Масажують м'язи нижніх кінцівок і поясницю.

- Спортивна гімнастика. Ациклічний вид спорту, що включає вправи динамічного, статичного і силового характеру. Один з найважливіших чинників в підготовці гімнастів – масаж з розігріваючими мазями. Відновний масаж проводиться 2-3 рази на тиждень (тривалість 25-35 хв). Один раз на тиждень він робиться в сауні (парній лазні); масажують найбільш навантажені і хворобливі м'язи. При проведенні змагань, в проміжках між підходами до снарядів проводиться короткочасний відновний масаж. Прийоми – погладжування, розтирання, неглибока розминка і трушення м'язів через тренувальний костюм.

Таким чином були узагальнені особливості виконання відновного масажу в різних видах спорту. При призначенні відновлювального масажу в першу чергу враховується характер виконаного навантаження та особливості функціональних змін в організмі спортсмена. Окремо треба виділити, щоб відновлення функціонального стану здійснилося швидше, необхідно використовувати відновлювальний масаж після навантажень (як під час тренувань, так і під час змагань). Це робить масаж важливим складовим елементом програм фізичної реабілітації в спорті.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗОРУ

Відповідно до опублікованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я першої Всесвітньої доповіді про проблеми зору у світі налічується не менше 2,2 мільярдів випадків порушення зору або сліпоти, причому більше 1 мільярда з них є наслідком відсутності профілактики або лікування. Людей, які позбавлені можливості бачити від народження, або через хворобу, нині в Україні нараховується 300 тисяч осіб. Щороку в Україні інвалідами внаслідок вад зору визнають близько 12 тисяч осіб. Кожного року в Україні проводять 300 тисяч операцій із захворювання очей. Щороку лікарі виявляють 150 тисяч дітей, що мають проблеми із зором.

Старіння населення, зміна способу життя людей та високі зорові навантаження в умовах тотальної комп'ютеризації є одними з основних чинників зростання числа людей з порушеннями зору. У процесі росту організму з різних несприятливих причин можуть виникати порушення зору. Вони можуть бути наслідком травм, інфекцій, інтоксикацій, уражень нервової системи, хвороб обміну речовин, порушень постави, перенапруження зорового аналізатора, недостатнього освітлення, невідповідності зовнішніх умов при виконанні дрібної зорової роботи. Порушення зору часто виникають внаслідок поєднання декількох чинників. З'являється відчуття важкості та різі в очах, головний біль, знижується гострота зору. Найбільш поширеними порушеннями зору є спазм акомодатії, короткозорість, далекозорість, астигматизм та косоокість.

Вади зору можна повністю коригувати не лише окулярами чи контактними лінзами, а й засобами фізичної реабілітації. Така корекція потребує знання методик та активної позиції з боку батьків і самих людей зі зниженням зору, оскільки вимагає тривалої роботи та вольових зусиль.

Мета нашої роботи – проаналізувати методи реабілітації найбільш поширених вад зору для покращання здоров'я населення.

В працях провідних спеціалістів в галузі реабілітації та лікувальної фізичної культури В. С. Язловецького, В. М. Мухіна, В. І. Дубровського, М. В. Степашка, Л. В. Сухостата та ін. значна увага присвячена методам реабілітації порушень зору у дітей та дорослих. За останні роки переконливо доведено, що виникнення короткозорості в шкільному віці нерозривно пов'язане із порушеннями акомодатії (А. І. Дашкевич, А. А. Ватченко). У дорослої людини виникнення «дисплейної хвороби» спостерігається

протягом 3-5 років. У дітей при користуванні комп'ютером, телефоном і телевізором, з необмеженим режимом роботи, цей термін значно скорочується. Шкільна короткозорість середнього ступеню у сучасних школярів розвивається вже у 7-9 років, внаслідок тривалої і ненормованої зорової роботи. Початковий ступінь короткозорості школярів спостерігається доволі часто.

Фізичні вправи слід підбирати індивідуально, враховуючи загальний стан здоров'я і органа зору, самопочуття, фізичну підготовку та інші обставини. Вони підвищують тонус організму, розвивають точність і чіткість рухів, силу і спритність, виховують волю, сприяють кращій орієнтації в просторі. Все це важливо для людей з послабленим зором. В фізичній реабілітації вад зору ефективними є авторські методики тренування для очей У. Бейтса, Е. Аветисова, М. Корбетт, В. Жданова, М. Норбекова, які містять спеціальні вправи для розвитку м'язового апарату ока та гігієнічні рекомендації збільшення загальної опірності організму (в тому числі комплекс спеціальних вправ для ранкової зарядки, аутотренування, метод стабілометричного балансування, вправи на релаксацію, музикотерапія, іпотерапія, пальмінг, соляризація).

З метою поліпшення периферичного кровообігу, прискорення потоку крові, розвитку колатерального кровообігу, зменшення спазму судин, поліпшення трофіки тканин застосовується гідромасаж та класичний, рефлексогенний, точковий, вакуумний масаж.

Квантова офтальмотерапія – якісно новий напрямок в офтальмології і медицині, заснована на біоритмічній дії на орган зору квантів світла енергією низької інтенсивності, відповідної різним довжинам хвиль.

Механізм дії ультразвуку в даний час вивчений достатньо повно. Умовно в ньому розрізняють дію механічного, теплового і фізико-хімічного чинників, які визначають первинні ефекти, що виникають у тканинах.

В результаті численних досліджень було виявлено, що струм, який модулюється короткими періодами, надає анальгезуючу дію, сприяє зменшенню набряку і розсмоктуванню крововиливів, інфільтратів і помутнінь склоподібного тіла.

Лікування проводять постійними магнітними полями (ПМП), змінними (ПЕМП) і рідше імпульсними (ІММП). В очній практиці застосовують оліготермічні і атермічні дози УВЧ-терапії.

Таким чином, дослідження показало, що реабілітація дефектів зору повинна бути комплексною. На додаток до використання традиційних засобів ЛФК, до програми відновлення зору ефективно включати масаж, фізіотерапію, загартування, гігієнічні та оздоровчі заходи у режимі навчання, праці та відпочинку.

МЕТОДИКА ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ БОЛЯХ В СУГЛОБАХ ТА ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ

Хвороби суглобів одне з найпоширеніших захворювань сучасності, згідно ВООЗ посідають «почесне» четверте місце після серцево-судинних захворювань, онкологічних хвороб та цукрового діабету. Давно минули часи, коли ця хвороба вважалася виключно проблемою людей похилого віку. Статистика свідчить – хвороба стає молодшою.

Безперечно ризик захворювання суглобів зростає з віком. Надлишкова вага дає додаткове навантаження на опорні суглоби. Крім того, жирова тканина виробляє білки, які можуть викликати запалення суглобів та навколо суглобових тканин. Спортивні травми, або травми в наслідок нещасного випадку, навіть травми, які сталися багато років тому можуть збільшити ризик розвитку хвороби суглобів. Якщо професійна діяльність включає в себе завдання, що створюють повторюване навантаження на конкретний суглоб, в цьому суглобі може виникнути біль, запалення та ін. Деякі люди народжуються з неправильними суглобами або дефектним хрящем. При перших ознаках дискомфорту у суглобах запорукою ефективного лікування є вчасна діагностика. В даний час використовують велику кількість методів діагностики, але їх відрізняє наявність складної апаратури та висока вартість, тому пошук доступних методик діагностики для використання фізичними терапевтами в практичній діяльності є актуальним.

Мета дослідження – розробка адаптованої методики діагностики болю в суглобах для використання фізичними терапевтами, удосконалення взаємодії із пацієнтами та ефективне, доступне та просте попередження деструкцій, порушень функції і деформації суглобів зі збереженням якості життя.

Для виявлення причини болю у суглобах прийнято проводити зовнішній огляд, пальпацію, пацієнту пропонують виконати нескладні рухові тести. На наявність запалення вказує гіперемія, набряк, місцеве підвищення температури. Остеоартрози нерідко супроводжуються специфічним «кляцанням» при виконанні тесту. Застосовують інструментальні методи досліджень: рентгенографію; МРТ і КТ; УЗД прилеглих тканин (в залежності від показань). При підозрі на інфікування суглобової рідини проводиться її пункція за допомогою спеціальної лабораторної методики дослідження. При гострому запаленні проводиться аналіз крові на антитіла.

Реабілітація – найважливіша частина в лікуванні будь-яких суглобових патологій. Грамотна відновна терапія – найкраща профілактика рецидивів і прогресування захворювань суглобу. Тому для виявлення первинної причини методи діагностики при болях у суглобах спираються на певну послідовність:

Перший крок:

а) бесіда: позначається, де саме людина відчуває біль, локація болі; характер болю – поколює, пече, безперервний чи ситуативний; давність відчуття (Коли вперше відчули? Коли посилюється? Коли затихає?);

б) огляд постави, зовнішніх вікових ознак та ходи пацієнта. Простий огляд, пальпація й правильна клінічна інтерпретація є необхідними інструментами діагностики при холістично-індивідуальному підході до пацієнта.

Другий крок:

а) визначають «Початкову точку» – за шкалою від 0 до 100 пацієнт оцінює силу болю в суглобі в стані спокою. Ця суб'єктивна оцінка може вказувати також на перевагу психологічного чинника над фізіологічним, якщо пацієнт маючи на увазі число 60 називає 6 (підсвідомість не розуміє категорій десятків);

б) оцінка болю в суглобі в активному русі (за шкалою від 0 до 100). Напрямки активного руху – за осями руху досліджуваного суглоба. Кожний напрямок оцінюється окремо;

в) оцінка в спокої та в активному русі. Біль оцінюємо у суглобі пацієнта стоячи, сидячи та лежачи для визначення можливого фактору провокуючого біль. Кожне положення тіла слід оцінювати на затримці повного вдиху та на затримці повного видиху. Цим диференціюється причина болю в самому суглобі чи в іншому місці опорно-рухового апарату або в іншій системі організму. В положенні стоячи проводити оцінку, як із зціпленими щелепами так і з розкритим ротом, щоб виключити вплив вольових зусиль на біль.

Третій крок: перехід до спеціальної діагностики і терапії, яка залежить від первинної причини болю, знань та досвіду терапевта.

Останній крок:

а) пацієнт оцінює біль за вищезазначеною шкалою. В залежності від давності болю, стану організму та способу життя хорошим результатом взаємодій терапевта з пацієнтом можна вважати зменшення болю в суглобі від 5 до 70 одиниць. Саме зменшення на 70 одиниць свідчить про те, що терапевт влучно визначив первинну причину та вміло оцінив скарги пацієнта;

б) результати терапії на цьому етапі оцінюються за наступними показниками: «Стало краще, але з'явився інший біль»; «Стало гірше»; «Нічого не змінилося»; «Стало краще».

Проаналізувавши та дослідивши представлений алгоритм діагностики, його можна запропонувати для оцінки болю в суглобах різної симптоматики

та характеру, для більшості груп населення, окрім дітей до 8 років. Винятком також будуть симптоми і фактори, які є протипоказаннями для терапії.

УДК 793.31:613.71:615.825

Присяжнюк Е.А.¹, Гюльбандян М.А.²

¹ канд. хим. наук, доц. НУ «Запорожская политехника»

² студ. гр. УФКСз-219м НУ «Запорожская политехника»

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАНЯТИЙ ВОСТОЧНЫМИ ТАНЦАМИ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ

От болей в спине, связанных с нарушениями осанки, деформаций в позвоночнике люди страдали во все времена. Сохранились записи, рисунки, описание с давних времен, демонстрирующие «методику», применяемые для облегчения болей в спине. Проблема существует и в современном мире.

В настоящее время человек стал менее подвижен. Пользуясь компьютерными технологиями, гаджетами 21 века, якобы облегчающими ему жизнь, он не вникает в то, что проблема боли в организме может быть именно в отсутствии мышечной силы, наивно полагая, что ограждая себя от лишних физических нагрузок, тем самым оберегает свое здоровье. А как следствие получает недомогание, характеризующееся такими признаками, как: усталость с утра, вялость, головная боль, проблемы со сном, стреляющие боли в пояснице, ягодицах, судороги, более частые жалобы на боль в спине.

Позвоночник – это важнейшая часть опорно-двигательной системы. Он дает нам возможность двигаться, держать равновесие, защищает от повреждений внутренние органы. До тех пор, пока сохранена гибкость позвоночника и правильно работают окружающие его мышцы, он способен полноценно выполнять свои функции. В свою очередь гибкость позвоночника можно сохранять, поддерживать или развивать благодаря определенным техникам движений. Такую возможность дает техника восточного танца.

Учитывая, что восточный танец – это в первую очередь, образно говоря – «танец позвоночника», в котором разрабатываются все его отделы (от затылка до копчика), мы понимаем, что техника движений восточного танца задействует все группы мышц, связанные с позвоночником, даже самые глубокие, чего нельзя добиться другими современными системами гимнастических упражнений.

Таким образом целью нашего исследования было изучение влияния регулярных занятий восточными танцами, а именно египетского стиля, на

коррекцию осанки молодых женщин разных возрастных групп.

Для выполнения поставленной цели нами были использованы методы изучения, анализа литературных источников и проведен педагогический эксперимент. Исследование проводили на базе студии танца «Джейран» г. Днепр, в котором принимали участие женщины разных возрастных групп от 24 до 65 лет. Среди участников были девушки и женщины с нарушениями осанки, но не имеющие противопоказаний для занятий восточными танцами. Регулярные занятия восточными танцами проводились в течении 1 часа 3 раза в неделю на протяжении 3 месяцев.

В восточном танце применяются специфические элементы, не соответствующие западным видам танцев, позволяющие двигаться позвоночнику во всех плоскостях, обладающие некоторыми уникальными действиями. Именно с помощью отдельно взятых технических элементов, соединенных в единую связку, переходящую одна в другую, можно благоприятно воздействовать на осанку занимающихся, а применение египетской техники в определенной амплитуде, скорости, на необходимое повторение раз – укрепляет мышечный корсет.

По данным опроса – всего за 2-3 занятия происходят эмоционально-психологические и соматические изменения: женщины избавляются от чувства вялости, головокружений, появляется уверенность в себе, спина становится более гибкой, уходит частично или полностью боль в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника.

Подобранная нами система обучения и тренировки:

- улучшает физическую форму;
- повышает мышечный тонус;
- укрепляет мышцы спины и поясницы;
- изменяет осанку;
- укрепляет межреберную мускулатуру;
- укрепляет грудные мышцы;
- улучшает состояние связок;
- повышает гибкость позвоночника и суставов, их выносливость;
- улучшается чувство координации и равновесия, а также за счет усиленной работы мышц вызывает активизацию кровообращения, и соответственно, помогает быстрому восстановлению после травм.

Исходя из этого, некоторые болезни позвоночника (остеохондроз, кифоз, лордоз), вызванные не органическими причинами, также, как и некоторые перенесенные травмы спины, можно корректировать техникой восточного танца, значительно улучшая состояние пациентов уже через месяц регулярных занятий.

Таким образом применяемая техника восточного танца с акцентом на упражнения для развития мышц спины и подвижности позвоночника,

помогает бороться с болью в спине, а также может быть использована в комплексных программах реабилитации, профилактики и лечения нарушений осанки у женщин разных возрастных групп.

УДК 615.825.1

Присяжнюк О.А.¹, Мирна А.І.², Бівол І.С.³

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

³ студ. гр. УФКС-217 НУ «Запорізька політехніка»

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З ПІЛАТЕСУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ДІВЧАТ 18-20 РОКІВ

Останнім часом велика увага приділяється збереженню та поліпшенню стану здоров'я населення, більшу частину якого складають жінки, в зв'язку, з чим активно розвиваються різні види оздоровчої гімнастики. Все більшу популярність серед жінок молодого і зрілого віку набувають фітнес-тренування силової спрямованості, що дозволяють не тільки поліпшити функціональний стан організму, підвищити рівень фізичної працездатності, але і в найкоротший час коригувати статуру.

Пілатес – це популярна система вправ з удосконалення тіла і свідомості, яка дозволяє не тільки розвивати фізичні здібності, але і знімає стрес, підсилює концентрацію, підвищує контроль над тілом. З плином часу розвинулось безліч різних напрямків цієї системи вправ. Одні з них мають на меті суто фізичний аспект, інші – сповідують підхід з позицій взаємодії тіла і свідомості.

Однак до теперішнього часу даних про вплив системи пілатесу на розвиток фізичних якостей недостатньо. Більшість літературних даних і методичних розробок, присвячених пілатесу, носять описовий характер і не відображають всю складність і багатогранність можливого впливу на різні системи організму.

З огляду на вищесказане стає нагальна потреба вивчення, розробки і наукового обґрунтування використання засобів пілатесу для корекції функціонального стану нервово-м'язової системи.

Метою дослідження було – визначити використання можливостей засобів пілатесу для корекції функціонального стану нервово-м'язової системи дівчат 18-20 років.

Визначена мета дослідження зумовила постановку і розв'язання таких завдань: розглянути особливості фізіології нервово-м'язової системи жінок, навести характеристику системи пілатес та її методик, визначити оздоровчий

ефект від тренувань пілатесом; обґрунтувати і розробити програму використання засобів пілатесу для корекції функціонального стану нервово-м'язової системи дівчат 18-20 років; оцінити ефективність запропонованої програми корекції функціонального стану нервово-м'язової системи дівчат 18-20 років на основі вивчення динаміки показників.

Для виконання наукової роботи ми використовували наступні методи: вивчення, аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічний експеримент; методи дослідження функціонального стану нервово-м'язової системи: визначення сили і витривалості м'язів (динамометрія), м'язове тестування, теплінг, міотонометричні вимірювання за допомогою міотонометру «Міотонус-3»: чотиригладового м'язу стегна, великого сідничного м'язу, трапецієподібного м'язу, найширшого м'язу спини, м'язів, що випрямляють хребет, прямого м'язу живота; методи математичної статистики.

Дослідження проводилось на базі спорткомплексу НУ «Запорізька політехніка» протягом 2 місяців, в ньому приймало участь 18 дівчат 18-20 років, які за даними лікарського огляду відносяться до основної медичної групи і мають приблизно однаковий рівень фізичного розвитку та фізичної підготовленості, які були розподілені на основну та контрольну групи по 9 осіб в кожній. Для корекції функціонального стану нервово-м'язової системи дівчата основної групи займалися пілатесом. Дівчата контрольної групи займалися за стандартною програмою фізичного виховання.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, що підібраний комплекс корекції функціонального стану нервово-м'язової системи за допомогою засобів пілатесу виявиться більш ефективним, ніж комплекс контрольної групи.

В результаті вивчення літературних джерел було встановлено, що пілатес – це безпечна програма вправ без ударного навантаження, що дозволяє розтягти й зміцнити основні м'язові групи в логічній послідовності, не забуваючи при цьому й про більш дрібні слабкі м'язи. Основна відмінність пілатесу від більшості видів фітнесу в тому, що під час виконання вправ у роботу задіюються м'язи, що лежать досить глибоко: поперечний м'яз черевного пресу; м'язи тазового дна; багатороздільні м'язи хребта.

Дослідженням функціонального стану нервово-м'язової системи дівчат обох груп до проведення корегуючих заходів встановлено, що у всіх дівчат контрольної та основної групи всі показники були знижені. Достовірних відмінностей між показниками стану нервово-м'язової системи дівчат дослідних груп не встановлено, що свідчить про однорідність груп.

Для корекції функціонального стану нервово-м'язової системи дівчата основної групи проводились заняття пілатесом. Дівчата контрольної групи займалися за стандартною програмою фізичного виховання.

В кінці дослідження у дівчат обох груп встановлена тенденція до

позитивних змін показників функціонального стану нервово-м'язової системи. У дівчат основної групи достовірно збільшилися м'язова сила і витривалість, максимальна частота довільних рухів, підвищилася амплітуда тонуусу м'язів. Тобто в основній групі покращення показників були більш вираженими, ніж у контрольної групи, що свідчить про ефективність дії підібраної програми корекції функціонального стану нервово-м'язової системи за допомогою пілатесу у порівнянні з традиційним комплексом.

УДК 615.8:621.7

Рижкова М.В.¹, Румілов Д.О.²

¹ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька політехніка»

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Актуальність теми. Вагітність для жінки, напевно, найважливіший момент її життя, але, виношування дитини, особливо в заключному періоді, часто пов'язане з певними труднощами. Такі явища, як набряки, болі в тазу, крижовому, поперековому, грудному та / або шийному відділах хребта, головні біль, певні порушення в роботі системи травлення, діафрагми і т.д. є нормою навіть при «нормальному перебігу» вагітності, а якщо це супроводжується ще й іншими патологіями, то її відчуття переходять в розряд важких [1, 4, 5].

З давніх часів відомі такі методи полегшення стану вагітних як масаж, певна гімнастика, водні процедури, дієти та ін. Для підтримки зростаючого живота, розподілу і полегшення навантаження на хребет застосовувалися «бандажні пов'язки» [3]. Застосування бандажних пов'язок зумовлено змінами в опорно-руховому апараті: рухливістю тазових кісток і зміщенню загального центру ваги назад на 3-5 см [2, 3] внаслідок збільшення зростаючого живота з плодом [1] і, відповідно, перерозподілом навантаження на м'язову та суглобову системи.

Нажаль, не дивлячись на наявну користь, бандажні пов'язки багатьом жінкам не забезпечують бажаного комфорту при використанні: вони заважають рухам, зміщуються, натирають ділянки клубової кістки, доставляють суттєві незручності при проведенні природних гігієнічних процедур, та не рекомендовані для застосування під час сну (а, в деяких випадках це обгрунтовано). А недосипання так само негативно позначаються на загальному стані жінки та дитини. У цих питаннях набагато більш комфортним є застосування кінезіотейпування [6].

На базі Дніпровського центру підготовки масажистів «Дар здоров'я» та клініки «Панна Девіс» було проведене дослідження, в якому приймали участь 23 вагітних жінок віком 20-35 років, що мали медичні показання до носіння підтримуючого бандажа. Всі жінки знаходились під регулярним медичним наглядом та не мали протипоказань до кінезіотейпування.

Мета дослідження: визначити ефективність індивідуально підібраних аплікацій кінезіотейпа, що виконують бандажну функцію.

Завдання дослідження:

підібрати аплікацію, яка найбільш ефективно виконуватиме бандажну функцію.

Розробити принципи індивідуалізації в застосуванні такої аплікації.

Виявити ефективність застосування аплікацій кінезіотейпів та можливість їх використання замість звичайних підтримуючих бандажів для вагітних.

Методи дослідження: опитування, оцінка за візуальною аналоговою шкалою болю (ВАШ), пальпаторна оцінка тону м'язів.

В результаті дослідження було підібрано аплікацію, яка комплексно вирішує проблему підтримки живота і постави в цілому.

Проведене опитування показує, що незаперечною перевагою порівняно зі звичайним бандажем є те, що вони надійно фіксуються на шкірі та не зміщуються, не заважають рухам, вони не заважають проводити природні гігієнічні процедури та в них можна навіть приймати душ; забезпечують необхідну підтримку живота навіть вночі (при перевертанні). Застосування тейпів дозволяє перерозподілити навантаження в ОДА - зменшити навантаження на поперековий відділ хребта, стабілізувати грудний та шийний відділи хребта; тим самим сприяти усуненню вищеписаних та інших негативних явищ.

Результати оцінки за ВАШ показали зменшення больових відчуттів, що напевно, сприятиме зменшенню тону всієї нервової системи, і, як налідок, поліпшенню психоемоційного стану майбутньої мами.

Результати дослідження показали доцільність застосування даного методу для полегшення негативних станів, характерних для нормального перебігання вагітності. Також виявлена доцільність їх застосування при діастазі м'язів живота, та пупкових гриж. Також з власного досвіду ми зазначаємо, що при проведенні процедури необхідно перевіряти тейп будь-якого виробника на індивідуальну переносимість через ризик алергічних реакцій та подразнення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ситель А.Б., Дробішев А.В. «Причині виникнення неврологічних синдромів поясничного отдела позвоночника во время

беременности у женщин Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. УДК: 616.833.53/54:618,2.

<https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-vozniknoveniya-nevrologicheskikh-sindromov-poyasnichnogo-otdela-pozvonochnika-vo-vremya-beremennosti-u-zhenschin/viewer>

2. Карапетян С.В., Щербина К.К., Ниагури Д.А. «Динамика качества жизни беременных при использовании родовых бандажей и вкладных ортопедических приспособлений». Вестник Санкт-Петербургского университета, «Акушерство и гинекология. Репродуктология. Сер.11; Вып.4. <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-kachestva-zhizni-beremennykh-pri-ispolzovanii-dorodovykh-bandazhey-i-vkladnyh-ortopedicheskikh-prisposobleniy/viewer>

3. Румилов Д.А. «Подбор и обоснование методов, применяемых в массаже для беременных». Журнал «Массаж, эстетика тела» /№2/ 2015г./ под ред. проф. мед. н. Ерёмушкина М.А., Москва.

a. <http://metodir.ru/podbor-i-obosnovanie-metodov-primenyaemih-v-massaje-dlya-berem.html?page=3>.

b. <https://crimea-massage-club.ru/ru/news/2015-10-20-selection-and-justification-of-the-methods-used-in-massage-for-pregnant-women/>

c. <https://www.massagemag.ru/details/64>

4. Дарья Совина. «Кальций при беременности и после рождения малыша» Интернет-журнал «Мам эксперт». <https://www.mamexpert.by/kaltsiy-pri-beremennosti-i-posle-rozhdeniya-malyisha/>

5. Решетникова Е.Г., Скрыбин Ю.С. «Особенности течения сколиотической болезни позвоночника у беременных женщин». Журнал: «Вестник медицинских технологий Т. XVII- № 01, - С39. 2010 Т. Тюменская ГМА, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 52 УДК 616.711-007.55:618.3

6. «Тейпирование при беременности» <http://fysiotape.su/helpdesk/pregnancy-taping/>

УДК: 004.925.8

Єрмолаєва А.В.¹, Маслов А.О.², Брухно Е.Л.³

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І 3D ДРУКУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВИМИ ДЕФЕКТАМИ

Застосування сучасних комп'ютерних технологій Cad / Cam дозволяє коригувати методику лікування і підвищувати ефективність реабілітації пацієнтів. В роботі активно використовується методика зміни зовнішнього вигляду на комп'ютері для прийняття остаточного рішення про необхідність і вигляді операції при деформації особи. Це робить можливим активну участь пацієнта в плануванні власного лікування [5].

Останнім часом у багатьох сферах життя суспільства активно застосовуються сучасні 3D-технології. Їх стрімке вдосконалення дозволяє використовувати в самих різних областях науки і техніки. Сьогодні унікальні методи сучасного друку активно застосовуються в медицині і список об'єктів, які вже цілком успішно створюються за допомогою технології тривимірного друку демонструє величезний потенціал, який 3D-друк може привнести в сучасну охорону здоров'я [1].

При проведенні операцій на щелепно-лицевій ділянці особливо важливо використовувати, по можливості, сучасні технології для розрізу тканин. Наприклад лазер, який практично не залишає після операційних рубців [5].

Головні переваги нових технологій це точність в операційних втручань, а так само можливість використовувати спеціальні мембрани, які здатні замінювати відсутні частини кістки і шаблони для навігаційної імплантації. Грамотне планування реабілітації пацієнтів, спрямоване на тісне співробітництво лікарів суміжних спеціальностей, а також мотивація до участі в такому співробітництві самого хворого забезпечують сприятливий прогноз і гарна якість життя в після операційному періоді [4].

Ортопедичне лікування починається з здійснення віртуального планування функціонального і естетичного результату на основі 3D-моделювання це нам дозволяє в трьохмірній проекції створити потрібні нам заміщаючи протези. За допомогою попередньої візуалізації здійснюється також планування установки і розмірів майбутніх імплантів. При цьому застосування комп'ютерної програми дозволяє враховувати стан кісткової тканини, знаходити правильне рішення з урахуванням захисту судин і нервів від пошкодження [3].

3D принтери друкують функціональні протези з полімерів і металів. 3D біопринтери друкують кістки, суглоби, тканини і навіть органи з живих клітин. Це вже змінило медицину. Перевагами 3D-друку є: - унікальна точність готового виробу, що найбільш оптимально сприяє відновленню естетичних і функціональних завдань; - висока швидкість виробництва; - повна автоматизація процесу, що виключає вплив людського фактора; - короткий термін виготовлення та те що протягом дня ми можемо отримати готову роботу [2].

Таким чином використання сучасних технологій і 3D друку допомагають домогтися прогнозованого результату на 100%, тим самим хірургічне втручання стає менш травматичним і скорочується час проведення операцій, і відновлення пацієнта після неї.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. http://3d.globatek.ru/3d_printing_technologies/slm-tech/
2. <https://make-3d.ru/articles/что-такое-3d-pechat/>
3. <https://avantis3d-soft.ru/info/for-doctors/3d-tehnologii-v-stomatologii-primenenie-3d-v-stomatologii/>
4. https://pikabu.ru/story/3dpechat_metallom__faq_6490951
5. <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-patsientov-posle-operatsiy-v-chelyustno-litsevoy-oblasti>

УДК 615.322

Мирна А.І.¹, Сичова Т.С.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька політехніка»

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Останнім часом у нашій країні спостерігається велика кількість цереброваскулярних захворювань. Найбільш тяжким з них є інсульт, який щорічно вражає біля 6 мільйонів людей, а в Україні – більше 110000.

При цьому збільшується захворюваність осіб працездатного віку – до 60 років. Інсульт посідає провідне місце в структурі загальної смертності населення.

В ранньому відновлювальному періоді летальність становить 35 %, а впродовж року вмирає близько 50 % хворих, тобто кожен другий. Рівень

смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання.

Рухові порушення, порушення мовлення і коркових функцій внаслідок інсульту є основною причиною інвалідизації населення. Лише близько 20 % виживши хворих можуть повернутися до попередньої праці. Вимагаються особливі обов'язки від членів родини хворого. Це є також важкий і соціально-економічний тягар для суспільства.

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. Найчастіше є ускладненням гіпертонічної хвороби і розвивається а фоні різких коливань артеріального тиску.

Існують два види інсульту:

- геморагічний (внаслідок розриву мозкової артерії) – до 20 %;
- ішемічний (мозкова артерія закупорюється тромбом або через її тривалий спазм) - більше 80 %.

Питання застосування методики лікувальної гімнастики в комплексному лікуванні у ранньому відновлювальному періоді після інсульту лишається вкрай важливим та актуальним.

На важливе значення ранньої реабілітації вказує більшість досліджень, ранній її початок сприяє більш повному відновленню. Вирішальна роль в реабілітації хворих після перенесеного інсульту належить лікувальній гімнастиці, масажу, методам фізичної терапії.

Реабілітація хворих відбувається у відповідності з основними принципами, які полягають в ранньому початку лікування, його систематичності і тривалості, поетапному будуванні відновлювального лікування і комплексності. До реабілітаційних заходів відносять лікування положенням, пасивні вправи, масаж, нервово-м'язову стимуляцію паретичних кінцівок. Лікування положенням проводяться протягом 3-4 тижнів в залежності від рухових порушень.

Пасивна гімнастика проводиться одночасно з лікуванням положенням щоденно протягом усього курсу лікування хворого в стаціонарі. В цей же період починають масаж як здорових, так і паретичних кінцівок. Нервово-м'язова стимуляція починається в перші години після розвитку інсульту. Лазеротерапію призначають на область проекції магістральних судин – артерій голови (сонних і хребтових артерій).

Таким чином, фізичні фактори відіграють важливу роль в комплексній реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту. В основі лікувальної дії фізичних факторів виступає виникнення відповіді у вигляді рефлекторних реакцій організму, у формуванні яких провідна роль належить нервовій системі.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ КРИВОШІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Процес реабілітації немовлят є досить важким процесом, оскільки не усунути на даному періоді порушення можуть призвести до поганих наслідків у подальшому розвитку. Для дитини це особливо важливо, тому що наявність фізичних патологій може призводити до появи психологічної травми у майбутньому.

До категорії поширених вроджених патологій у дітей першого року життя відносять і кривошию. Проведені дослідження показують, що це захворювання охоплює близько 30% дитячого контингенту.

Вроджена кривошия займає третє місце за розповсюдженістю, після дисплазії кульшового суглоба та клишоногості. Це порушення зачіпляє не лише патологічні зміни у м'язах шії, а й в усьому шийному відділі хребта, відбувається формування неправильної постави та будови кісток черепа. А це вже є підставою для порушення роботи органів чуття - слуху та зору; нестабільності артеріального тиску і затримки розвитку психомоторики.

Загалом, якщо порушення виявлено на етапі грудного віку, його можна усунути, застосовуючи різні реабілітаційні заходи, не залучаючи використання оперативного втручання.

Кінезіотерапія є рушійним методом у боротьбі з кривошиєю. Її основні завдання на початковому етапі: покращення трофіки в ураженому та здоровому грудно – ключично-соскоподібному та трапецієподібному м'язах; урівноваження м'язового тону за рахунок ліквідації контрактури ураженого м'яза; нормалізація об'єму рухів у шийному відділі хребта; запобігання розвитку вторинних патологічних змін - асиметрії обличчя та черепа, викривлення хребта; уникнення можливого відставання психомоторики; підвищення опірності організму до зовнішніх подразників.

В залежності від рухових навичок дитини, виділяють 3 періоди кінезіотерапії: «лежача» дитина – 0-3 місяць життя; «мале прямостояння» - період вміння дитини знаходитися в положенні сидячи; «повне прямостояння» - вміння дитини знаходитися у положенні стоячи.

У період 0-3 місяці життя застосовується коригуюча гімнастика, з використанням пасивних вправ у положенні лежачи на спині та животі. Також застосовуються рефлекторні вправи та лікування положенням. Коригуюча гімнастика заключається у пасивному виконанні легких та

плавних рухів, без застосування зусиль і поштовхів. Таким чином ми уникаємо додаткової травматизації, запобігаємо появі больових відчуттів та судом. У дитини має складатися позитивне враження від виконання вправ. Тривалість - 7-10 хвилин на підготовчому етапі реабілітації.

У поєднанні з кінезіотерапією слід застосовувати класичний масаж. Він проводиться у положенні лежачи на спині та животі. Масаж можемо вносити у програму реабілітації одночасно з коригуючою гімнастикою, тобто з моменту постановки діагнозу і робимо впродовж усього курсу програми реабілітації.

Масажувати комірцеву зону ми починаємо з положення лежачи на спині для зняття напруження з ураженого м'язу. Голову дитини повертаємо у бік кривоший. Робимо м'які та пластичні рухи в зоні грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Використовуємо прийоми легкого погладжування, розтирання та розминання.

Алгоритм проведення фізичної реабілітації при вродженій кривоший передбачає комплексне застосування сучасних засобів та методів, що дозволяє досягти позитивної динаміки. В ході аналізу науково-дослідної літератури було визначено, що середня тривалість одного курсу реабілітації складає 5 тижнів. Кількість курсів варіюється в залежності від динаміки. Зазвичай кількість курсів – 2, з перервою в 3 тижні. Як висновок, період реабілітації - є довготривалим.

Наприкінці курсу реабілітації обов'язково проводиться загальне обстеження і порівняння отриманих результатів. Аналіз літературних джерел показує, що застосування засобів фізичної реабілітації саме у вище представлений послідовності дає позитивну динаміку у лікуванні кривоший. За період курсу можна досягти позитивної динаміки у лікуванні кривоший - з кута нахилу 12 градусів можна зменшити до 2. Для закріплення результату, необхідно повторити курс фізичної реабілітації через 3 тижні, оскільки організм дитини перебуває у фазі післядії, надаються практичні рекомендації батькам щодо підтримання отриманого результату за допомогою фізичних вправ у домашніх умовах.

УДК 615.851.8:618.2-083

Присяжнюк О.А.¹, Ананко Н.А.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-219м НУ «Запорізька політехніка»

НЕОБХІДНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Важливість і актуальність питання, щодо засобів та методів допомоги

жінкам в допологовий, пологовий, післяпологовий період з кожним роком набуває обертів. Також особливої уваги в цьому питанні потребують жінки, в яких були виявлені важкі гінекологічні захворювання або які перенесли складні операції. Всі ці категорії жінок потребують уваги та допомоги.

Статеві органи жінки через нервову систему взаємозв'язані з усіма органами та системами і їх функції перебувають у зворотному зв'язку і залежності. Тому захворювання статевих органів впливають на функції інших органів та систем і на стан організму в цілому. Це зобов'язує комплексно підходити до лікування гінекологічних хворих.

Особливим періодом у становленні материнства виступає період вагітності, який є одним із критичних періодів у житті кожної жінки та важливою стадією її статево-рольової ідентифікації. Для жінки вагітність виступає значущою подією, що призводить до трансформації та розвитку її як особистості та як матері. У комплексних дослідженнях стану жінки під час вагітності аналізуються різноманітні фактори: історія життя, адаптація до шлюбу, емоційні стосунками з оточуючими, культурні, суспільні та родинні особливості, фізичне та психічне здоров'я.

Метою дослідження став аналіз впливу засобів фізичної реабілітації на здоров'я жінок в комплексі акушерсько-гінекологічної допомоги.

Основними складовими організації перинатальної допомоги за сучасними підходами є:

- підготовка сім'ї до народження дитини. Сьогодні у відповідності до рекомендацій ВООЗ, реорганізація «Школи материнства» у «Школи відповідального батьківства» передбачає через нові комунікаційні технології підготовку вагітної та членів її родини до партнерських пологів, які є профілактикою ускладнень у пологах і як результат – поліпшення здоров'я матері і новонародженого;

- формування та підтримка грудного вигодовування малюків дає надзвичайно важливі позитивні результати у зменшенні випадків інфекційних розладів у новонароджених та породіль, а також профілактики хвороб органів травлення та шлунково-кишкового тракту у немовлят;

- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ. Удосконалені технології щодо 4-компонентного підходу: профілактики ВІЛ серед жіночого населення, профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозної профілактики ВІЛ у новонароджених та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей і їх сімей;

- медико-генетична допомога спрямована на профілактику вродженої та спадкової патології.

Крім того до важливих методів підтримки здоров'я жінок в акушерстві та гінекології треба віднести і обов'язкове м'язове навантаження, яке здійснюється засобами фізичної терапії. Фізичні вправи дозволяють досягати

оптимального режиму функціонування основних систем організму в особливих умовах вагітності. Дозовані фізичні навантаження стимулюють імунну систему. Систематичні заняття спеціальними фізичними вправами сприяють розвитку нових системних зв'язків, що забезпечують точність і координацію відновних реакцій організму жінки, а також їх економізацію. У післяпологовий період регулярні заняття фізичними вправами сприяють нормальному топографічному відновленню органів черевної порожнини та малого таза, швидкому зворотному розвитку розтягнутих м'язів черевної стінки і тазового дна, скороченню матки. Зміцнення м'язів спини і живота формує правильну поставу жінок, що за рахунок удосконалення зв'язкового апарату матки забезпечує її нормальне положення.

Своєчасне призначення засобів фізичної реабілітації у гінекологічних хворих запобігає формуванню вогнищ застійного гальмування в ЦНС, патологічних умовно-рефлекторних зв'язків і утворенню зрощень у приматковій тканині. Загальнотонізуючі вправи нормалізують трофічні процеси в органах малого тазу хворої жінки, сприяють розсмоктуванню інфільтратів за рахунок поліпшення крово- і лімфообігу в порожнині малого таза і посиленню окислювально-відновних процесів. Вправи з діафрагмального дихання допомагають уникнути венозного застою в органах черевної порожнини і посилити їх моторну функцію. Лікувальне застосування фізичних вправ забезпечує поступове розширення адаптації спочатку до тренувального фізичного навантаження, а потім і до умов побутової та професійної фізичної діяльності. Повноцінне застосування фізичних вправ краще здійснюватися в комплексі з фізіо-, бальнеотерапією, масажем тощо.

Отже, як і для фізичної реабілітації в інших сферах, складовою терапії в акушерстві та гінекології є потреба в обов'язковому залученні міждисциплінарної команди, а саме групи фахівців, до якої входять лікарі, медичні сестри, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи та інші спеціалісти. Вся команда працює злагоджено, всі рішення, щодо реабілітації пацієнтки, приймаються шляхом обговорення, при цьому кожний член команди несе відповідальність за свою професійну роботу. Також до команди залучена, як сама пацієнтка так і члени її родини. Такий професійний підхід вкрай необхідний для здоров'я жінки в сьогоденні.

УДК 615.825:613.9

Присяжнюк О.А.¹, Сафроненко І.Ю.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

ВПЛИВ МАСАЖУ НА ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ДІТЕЙ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Розлад аутичного спектру (РАС) - це порушення нервово-психічного розвитку, що характеризується порушеннями соціального і комунікативного функціонування, наявністю специфічних інтересів і повторюваних дій. Порушення сну відносяться до числа характерних клінічних проявів РАС. Частота різних варіантів розладів сну у дітей з РАС становить 65-83%. Будучи індикатором аномального функціонування головного мозку, порушення сну відносяться до числа ядерних симптомів РАС. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) також є порушенням нервово-психічного розвитку і проявляється зниженням здатності до концентрації уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. РАС зустрічається в 1,5% випадків, СДУГ - в 7,2%. Обидва ці розлади частіше виникають у хлопчиків, ніж у дівчаток (співвідношення 3-4 до 1). Часто вони супроводжуються опозиційним розладом, порушенням поведінки, тривогою і депресією, особливо у підлітків. За даними діагностики 28% пацієнтів з РАС мають коморбідний СДУГ, а більше 70% пацієнтів з СДУГ демонструють симптоми аутизму. Розлади аутичного спектру не лікуються. Від цього захворювання не можна позбутися повністю, але можна пом'якшити його прояви. Тому головна мета лікування - зробити так, щоб дитині було комфортно спілкуватися з оточуючими, освоювати нові навички та бути самостійним в дорослому житті. Програма занять і її спрямованість складається суворо індивідуально. Найбільш достовірними і потрібними методами визначені: поведінкова терапія, медикаментозний метод, заняття з корекційним педагогом, логопедом, сенсорна інтеграція. Доцільним є використання відразу декількох методик, які будуть взаємодоповнювати одна одну, підвищуючи загальну результативність. Тому пошук додаткових засобів для таких методик доволі актуальний в наш час.

Метою нашого дослідження було розглянути вплив масажу, як одного з ефективних засобів реабілітації дітей з РАС і СДУГ.

Масаж - являє собою метод механічного впливу на поверхневі тканини тіла людини, при проведенні якого поліпшується кровообіг, лімфообіг, обмінні процеси в м'язах, суглобах і навколишніх їх тканинах. Імпульси від тканин, які зазнали масажу, надходять у спинний і головний мозок, коригуючи їх функціональну активність і опосередковано впливаючи на стан

внутрішніх органів. Знижує збудливість нервової системи. Під час масажу стимулюються симпатичні зв'язку, що допомагає страждаючим від порушення сприйняття тактильних стимулів дітям звикнути до дотиків, що в свою чергу позитивно впливає на комунікацію і взаємодію дитини з оточуючими і навколишнім світом, надає можливість більш повноцінно сприймати і задіяти власне тіло.

Після проведення сеансів масажу спостерігається зниження тривожності, поліпшення якості сну, підвищення концентрації і соціальної взаємодії, зменшення гіперактивності і рухових стереотипів. Знижується вплив атмосферних факторів на самопочуття і поведінку.

Але не можна піддавати дитину надмірної стимуляції нав'язуючи фізичні контакти, якщо вона категорично проти, тим самим можна надто збудити її, привести в стан емоційної нестабільності і викликати негативне ставлення до подальших процедур, тому необхідно дати час для адаптації. Часом, масажні впливи спочатку обчислюється лише кількома секундами, і відбуваються не в середньому фізіологічному положенні, а комфортно для дитини (сидячи, лежачи на боці і т.п.). Лише при уважній регулярній дії ці параметри приходять в норму. З огляду на розлад сенсорної системи, хворі діти можуть бути надзвичайно сприйнятливі до запахів і текстур, а тому використання простирادل, рушників і ароматичних олій може дратувати дитину.

Ми спостерігали групу дітей віком від 3-х до 12-ти років, з яких у трьох спостерігається РАС зі СДУГ, у двох РАС. Курс масажу тривалістю 10 процедур (5 раз на тиждень) області спини, шийно-комірцевої зони і голови. У двох з трьох дітей з РАС з СДУГ відзначались поліпшення в засипанні і якості сну, а також в комунікації, зниження гіперактивності і розладів тактильного сприйняття. У третьої дитини з РАС з СДУГ якість сну змінилося в кращу сторону, однак відсутність ініціації і швидкість засинання не змінились, незначне зниження гіперактивності, комунікація та тактильне сприйняття покращилися.

У першої дитини з РАС були незначні зміни в якості сну і засинання, покращилась увага, сприйняття зверненої мови, емоційна стабільність. У другої дитини з РАС були відзначені лише незначні зміни в поведінки настрої, мовній активності в кращу сторону, інші параметри залишилися незмінні.

На основі дослідження не можна будувати об'єктивних висновків про однозначну і виняткову користь процедур масажу для усіх дітей з РАС і дітей з РАС і супутнім СДУГ через малу кількість досліджуваних, однак можна відзначити у всіх дітей позитивну динаміку змін, досягнуту за відносно короткий проміжок часу. Доцільним буде вивчити тенденції досягнутих позитивних результатів з плином часу, їх закріплення і подальший розвиток.

Це залишає за собою перспективу для подальших, більш поглиблених досліджень по представленій проблемі.

УДК 616-007-053.1

Гагара В.Ф.¹, Бабіч К.О.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

ВПЛИВ ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ НА СИНДРОМ ЗАП'ЯСТНОГО КАНАЛУ

Променево-зап'ястковий суглоб (лат. articulatio radiocarpatis) – рухоме з'єднання верхньої кінцівки людини між першим рядом кісток зап'ястка та променевою кісткою.

Причинами розвитку синдрому зап'ястного каналу можуть бути защемлення закінчень нервів в зап'ястковому каналі. Защемлення можуть траплятися через розвиток набряку сухожилкової тканини, яка прилягає до ураженого нерва. Крім того, і сам нерв може набрякати. Підсилює тунельний синдром зап'ястя постійні навантаження, зокрема під час роботи з клавіатурою комп'ютера. При цьому часто особливий ризик являє одноманітна робота, наприклад, постійна робота правої руки на комп'ютерній миші. Крім цього, тунельний синдром може розвиватися при незручному розташуванні рук, якщо ділянка зап'ястя змушена постійно напружуватися.

До причин синдрому відносять:

- Травма області зап'ястя, що приводить до набряку тканин в ньому, до виникнення гематом.
- Перелом кісток в ділянці зап'ястя – найчастіше, це перелом променевої кістки.
- Артрит промене-зап'ясткового суглоба.
- Запалення в ділянці синовіальних піхв сухожил'я м'язів-сгиначів.
- Вагітність, при якій відбуваються набряки м'язових тканин, тощо.

Для діагностування тунельного синдрому проводяться спеціальні тести: тест піднятих рук, манжетний тест, тести Фалена та Тінеля.

План терапії залежить від ступеня вираженості патології. Лікування основного захворювання, що викликає карпальний синдром зап'ястя, доповнює комплекс терапевтичних заходів. Дотримання охоронного режиму – головна умова результативності вжитих заходів. Для усунення навантаження з зап'ястя необхідно:

З допомогою спеціального фіксатора обмежити рухливість кисті, щоб запобігти подальшу травматизацію тканин. Ортопедичний виріб продається в аптеках.

Відмовитися від професійної діяльності, виключити рухи, які викликають погіршення стану, на два тижні.

2-3 рази на день прикладати холод протягом 2-3 хвилини.

У комплексі з медикаментозною терапією для лікування карпального кистьового синдрому призначають фізіотерапевтичні процедури, якщо на їх проведення немає протипоказань. Серед них:

- ударно-хвильова терапія;
- голковколювання;
- мануальна терапія;
- ультрафонофорез.

При настанні полегшення стану, для відновлення функціональності кисті, з метою реабілітації після оперативного втручання рекомендують:

- спеціальний масаж кисті (руки);
- лікувальну фізкультуру;
- електрофорез.

Таким чином, враховуючи, що основною причиною захворювання є неправильне положення кисті при роботі за комп'ютером, необхідно дотримуватися деяких правил. З метою профілактики зап'ястного синдрому лікарі рекомендують:

Правильно організувати робоче місце. Стіл повинен бути такої висоти, щоб при роботі з мишкою і клавіатурою, кисть не провисала. Вона повинна знаходитися на одній прямій з передпліччям.

Підтримувати правильну робочу позу – прямий кут між плечем і передпліччям, попереком і стегнами.

Підібрати зручну клавіатуру і мишку, щоб вони сприяли збереженню правильного положення кисті. Миша-джойстик розроблена спеціально для людей, які страждають тунельним синдромом.

Робити перерви в роботі через кожні 30-60 хвилин.

Виконувати спеціальні вправи для розслаблення кистей – струшування, кругові рухи в зап'ястях, стискання і розтискання пальців. Масаж, використання еспандера поліпшить кровообіг, попередить набряк тканин.

Людам, чия професійна діяльність пов'язана з ризиком розвитку променево-синдрому, рекомендується неухильно дотримуватися санітарно-гігієнічні вимоги до виконання трудових операцій. Перерви в роботі, відсутність понаднормових годин, виробнича гімнастика – основні профілактичні заходи. При появі початкових симптомів захворювання необхідно звернутися за медичною допомогою.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ТА ХРОНІЧНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

Пієлонефрит являє собою інфекційне захворювання, яке в результаті ураження патогенами паренхіми нирки, чашок і ниркової балії, проявляється запальним процесом в нирках. Найчастіше інфекція проникає із сечового міхура, в нього ж бактерії потрапляють з шкіри навколо уретри. Пієлонефрит може розвиватися як самостійне захворювання, але переважно він діагностується в комплексі з сечокам'яною хворобою, чоловічим недугом – аденомою передміхурової залози, патологічними станами жіночих статевих органів, пухлинами сечостатевої системи, цукровим діабетом або ж розвивається в вигляді ускладнень в післяопераційний період. У зв'язку з фізіологічними особливостями будови жіночої сечостатевої системи, у прекрасної половини людства, інфекційне захворювання зустрічається в шість разів частіше, ніж у чоловіків. Найбільш поширеними збудниками пієлонефриту є: кишкова паличка; протей; ентерококи; синьогнійна паличка; стафілококи.

Основні причини розвитку хвороби – це: переохолодження; вірусні інфекції (грип, ангіна, тонзиліт, ГРВІ та інше); застій сечі в сечових шляхах; цистит; запальні захворювання; цукровий діабет; механічні пошкодження сечового міхура; хвороби нирок; гіповітаміноз; ВІЛ; часті перевтоми; фізичне виснаження; наявність катетерів, сечоприймачів; вагітність; безладні статеві зв'язки; аномалії сечових шляхів; ускладнення після оперативного втручання на сечостатевих органах; променева і хіміотерапія; гормональний збій; полікістоз.

Клінічні прояви пієлонефриту залежать від віку і форми захворювання. Найбільш поширені такі симптоми: загальне нездужання, слабкість; гарячковий стан, озноб; нудота, блювота, пронос; біль у боці під ребрами, який віддає в спину, клубову ямку і надлобкову область; підвищення температури тіла; сплутаність свідомості; часте сечовипускання; гематурія.

У фізичній реабілітації хворих на пієлонефрит застосовуються методи фізіотерапії як способи швидкого відновлення нирок.

Фізіотерапевтичні процедури полягають у впливі тепла на область нирок. Як правило, використовують інфрачервоні сауни, УВЧ-терапію, ультразвукову терапію, електрофорез із застосуванням уросептиків, грязелікування, гальванізацію і озокерітотерапію. Ці процедури спрямовані

на поліпшення кровопостачання нирок, розширення судин в ниркових тканинах і швидку їх регенерацію.

На стадії стійкої ремісії хвороби і при реабілітаційних заходах можна застосовувати і лікувальний масаж. Його основна функція в поліпшенні кровопостачання ураженого органу. В якості основних масажних маніпуляцій застосовують несильно розтирання, погладжування, вібрацію або розминка. Ударні і постукуючі рухи в області нирок протипоказані при проведенні масажу.

В області нирок (попереку) категорично заборонені будь-які жорсткі маніпуляції масажу.

Після перенесеного пієлонефриту людям, які раніше займалися спортом, можна повертатися до нього лише з дозволу лікаря.

Після перенесеного пієлонефриту людям, які раніше займалися спортом, можна повертатися до нього лише з дозволу лікаря. Але все ж частіше в якості підготовчої терапії застосовують ЛФК (лікувальну фізичну культуру). Її проводять як стаціонарно (у санаторних умовах), так і амбулаторно.

ЛФК – це спеціально розроблений комплекс вправ при нирковій недостатності, що проводиться дозовано і в помірних кількостях. Така методика реабілітації дозволяє пацієнтові швидко відновитися і уникнути можливих ускладнень після перенесеного пієлонефриту.

Основними позитивними сторонами ЛФК є:

- підвищення захисного бар'єру організму;
- посилення кровотоку в області розташування нирок;
- нормалізація гормонального фону методом впливу на ендокринну систему пацієнта;
- нормалізація сечовиділення, що буде сприяти відновленню роботи пошкодженого органу;
- запобігання застійних явищ в одній або обох нирках;
- поліпшення метаболізму, що додатково буде сприяти поліпшеною роботі нирок;
- поліпшення життєвого тонуусу і адаптація нервової системи після перенесеного захворювання.

Лікувальна фізкультура повинна проводитися тільки під керівництвом і наглядом досвідченого фахівця.

ВПЛИВ ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ НА ПОШКОДЖЕННЯ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

Хрестоподібні зв'язки знаходяться в порожнині колінного суглоба. До їх травми призводять різкі великоамплітудні рухи в колінному суглобі. Передня хрестоподібна зв'язка починається від задньоверхньої частини внутрішньої поверхні зовнішнього виростку (кісткового виступу) стегнової кістки, перетинає порожнину колінного суглоба і прикріплюється до передньої частини передньої вертлужної ямки великогомілкової кістки також в порожнині суглоба.

Ця зв'язка стабілізує колінний суглоб і не дає гомілці надмірно зміщуватися вперед, а також утримує зовнішній вертлюг великогомілкової кістки. Задня хрестоподібна зв'язка колінного суглоба починається від передньоверхньої частині бічної поверхні внутрішнього вертлуга стегна, перетинає колінний суглоб і прикріплюється до задньої міжвертлужової ямки великогомілкової кістки. Вона стабілізує колінний суглоб, і утримує від зсуву гомілку.

Розриви передньої хрестоподібної зв'язки виникають при ротаційних (кругових) рухах коліна при зафіксованій стопі. Яскравим прикладом такої травми може бути падіння при катанні на гірських лижах, адже при падінні гірськолижний чобіт не відстібається, стопа залишається в фіксованому положенні, а коліно здійснює ротаційний рух. Іншою причиною травми є боковий удар в коліно, який часто наноситься в контактних видах спорту (футбол, баскетбол, волейбол тощо) та при ДТП.

Сприятливі фактори (що може послабити зв'язки): вікові зміни міцності; недоліки та особливості будови опорно-рухового апарату (клишоногість, плоскостопість, дисплазія кульшового суглоба, ширина тазу й ін.); порушення обміну (гіпоестрогенія у жінок); пере розгинання; перенесені раніше травми зв'язок (формування фіброзного рубця зменшує їх міцність); надмірна вага тіла; недостатня сила м'язів, які зміцнюють суглоб.

Пацієнти, які отримали гострий розрив передньої хрестоподібної зв'язки, описують наступні симптоми: чутне клацання в колінному суглобі під час травми; неможливість продовжити попередню активність (гра в футбол, баскетбол, катання на лижах); швидке виникнення набряку колінного суглоба (гемартроз) протягом перших годин після травми.

В якості допоміжних і підтримуючих методів комплексного лікування призначають фізіотерапію, як допомагають за недовготривалий час зменшити больовий синдром, поширити амплітуду рухів, поволі збільшувати навантаження на пошкоджений суглоб, повністю або частково повернути до активної трудової діяльності, пристосувати до повсякденного життя.

Масаж колінного суглоба починають з погладжувальних, які виробляють долонною поверхнею великих пальців обох рук спочатку на передній кінцівці колінного суглоба, для чого великі пальці встановлюють на 1,5-2 см нижче колінної чашечки і, обходячи її, продовжують масажні рухи вздовж обох країв сухожилля чотириголового м'язу до середини стегна. Потім в тому ж напрямку слід спиралевидне розтирання.

Фізіотерапія у комплексній реабілітації спортсменів після артроскопічних операцій з приводу пошкодження колінного суглоба важливу роль відіграють фізіотерапевтичні процедури, які в перший період надають значну трофічну, протизапальну та знеболювальну дію, деякі з них сприяють швидкій регенерації хрящової тканини.

Світлотерапія – це лікування, яке проводиться під дією яскравих потоків світла. Внаслідок цього, збільшується вироблення гормону, який відповідає за гарний настрій – серотонін і зменшується вироблення мелатоніну – гормон, який викликає сонливість, апатію. Яскраві потоки світла підвищують опірність організму до різних мікроорганізмів і вірусів, заспокоюють нерви, зменшують надчутливість шкіри, лікують вугрові висипи, мають протинабрякову дію, висвітлюють шкіру, усувають плямки.

Для зняття больового синдрому після травм застосовують діадинамотерапію.

Магнітотерапія – це використання магнітних полів низької частотності у безперервному або імпульсному режимі. У другому, пізньому післяопераційному періоді використовують такі апаратні методи, які здатні викликати тепло в тканинах безконтактним способом: індуктотермія, інфрачервоне випромінювання, мікрохвильова терапія, парафінові й озокеритові аплікації.

Індуктотермія – це метод фізіотерапії, заснований на застосуванні магнітного поля високої частоти. Магнітне поле (з частотою 13,56; 27,12; 40,68 МГц) утворюється при проходженні по провіднику індуктора (що представляє собою плоску, конічну, циліндричну спіраль або петлю) змінного струму зазначеної частоти, що підключається до апаратів для індуктотермії і УВЧ-терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОЗДОРОВЛЕННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Хронічний бронхіт (ХБ) – хвороба, що частіше виникає після 40 років. Епідеміологічні дані свідчать про більшу поширеність даного захворювання серед чоловіків, що суттєво впливає на соціально-економічні показники в країні. Так, в Україні в період з 2006 по 2010 роки захворюваність на хронічний обструктивний бронхіт зросла в 10 разів, а смертність у 3, 4 рази перевищували показники смертності від усіх інших пульмонологічних захворювань. Це захворювання знаходиться в першій 10-ці причин як тимчасової, так і стійкої та довготривалої втрати працездатності населення країни. У зв'язку з цим питання фізичної реабілітації пацієнтів, що хворіють на хронічний обструктивний бронхіт є вельми актуальним.

Протягом останніх років в Україні відзначається тенденція до збільшення захворюваності та смертності внаслідок хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) та хронічного бронхіту (ХБ), зокрема Завдяки фізичній реабілітації, яка може бути застосована на всіх етапах лікування хворих на хронічний обструктивний бронхіт, значно прискорюється процес відновлення стану здоров'я хворих, знижується тривалість днів непрацездатності, покращується робота дихальної системи, підвищуються адаптаційні і регенеративні можливості у пацієнтів, що страждають на хронічний обструктивний бронхіт. Тому для фізичного терапевта дуже важливим є впровадження збалансованого, індивідуального, не переобтяженого та зрозумілого пацієнтові комплексу методів та засобів фізичної реабілітації. У випадку з реабілітацією хворих на хронічний бронхіт – це виконання вправ з дихальної гімнастики, масажу, фітотерапія. Інші заходи будуть проводитись фахівцями з ЛФК, масажу, ФЗГ на амбулаторному та, бажано, санаторнокурортному етапах лікування та реабілітації. Після проведення дослідження із застосуванням комплексної методики фізичної реабілітації чоловіків, що хворіють на хронічний обструктивний бронхіт, є можливим стверджувати, що позитивно впливають на процес одужання при ХОБ такі методи, як дихальна гімнастика за О.М. Стрельниковою, сегментарний масаж, фіто- та ароматерапія.

Актуальність вибраної теми пояснюється тим, що застосування комплексної методики фізичної реабілітації має більше перспективи у

відновленні стану здоров'я та працездатності пацієнтів, здатна підвищити якість та тривалість їхнього життя.

Мета дослідження – вивчення ефективності впливу підбраного комплексу методів фізичної реабілітації на відновлення стану хворих, які перенесли хронічний обструктивний бронхіт та відображення ступеня ефективності використання комплексної методики фізичної реабілітації у період запровадження відновлювальних дій у пацієнтів, страждаючих на хронічний бронхіт.

Фітотерапія – здавна фітотерапія відіграє певну роль у науково обгрунтованому лікуванні захворювань дихальних шляхів. Одними з основних показань для застосування лікарських рослин були і залишаються запалення верхніх дихальних шляхів і різні види як гострих, так і хронічних бронхітів. Допомогою основній терапії є лікарські рослини, які мають певне місце при лікуванні хронічного бронхіту, і бронхоектатичної хвороби. При виборі відповідних лікарських рослин для того чи іншого захворювання дихальних шляхів необхідно враховувати вміст у них фізіологічно активних речовин, що визначають ту чи іншу переважну дію.

Обмеження та уточнення показань до застосування лікарських рослин при певній нозологічній одиниці серед великої групи захворювань дихальних шляхів, а також і при більшій частині інших груп хвороб, дуже важко провести. У ряді випадків це навіть неможливо здійснити, тому що багатство різних компонентів в кожній рослині визначає безліч фармакологічних ефектів і в тій чи іншій мірі нашаровується збіг показань одних рослин з показаннями інших.

У разі хронічних запальних захворювань верхніх дихальних шляхів перш за все застосовуються рослини, що містять речовини для посилення виділення мокротиння. Та сировину, що сприяє посиленню ефективного кашльового рефлексу. При болісному кашлі необхідно призначати рослинну сировину, що володіє бронхолітичною дією.

Лікувальну гімнастику хворим на хронічний бронхіт призначають з урахуванням клінічного перебігу хвороби (стадія захворювання, ступінь порушення функції зовнішнього дихання, стан серцево-судинної системи, рівень фізичного розвитку, характер навантажень).

При тривалому хронічно протікаючому бронхіті застосовують діатермію грудної клітки. Діатермію проводять таким чином: один електрод площею 50-60 см² поміщають в області грудини, другою площею 80-100 см² - проти першого на спині.

УДК 615.8:613.25

Гагара В.Ф.¹, Кучинська О.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-229м НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОЗДОРОВЛЕННІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Впродовж останніх 20 років інфаркт міокарда (ІМ), як одна з форм ішемічної хвороби серця, є основною причиною смертності населення в більшості країн світу. За даними ВООЗ, цей показник у віці 50-54 роки складає 404-367 чол. на 100 тис. населення. В Україні від ІМ щорічно помирають близько 150 тис. чоловік, а 25% хворих на ІМ стають непрацездатними.

Мета дослідження: довести ефективність вживання реабілітаційних програм для пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда. Правильно скласти комплекс фізреабілітаційних програм.

Завдання дослідження: виявити основні напрями і підходи до проблеми реабілітації хворих з інфарктом міокарда засобами фізичної культури, проаналізувати медичну та фізреабілітаційну літературу, описати правильність використання фізреабілітаційних заходів з метою покращення загального стану пацієнта.

Причиною недостатності міокарду можуть бути надмірні фізичні навантаження, токсичний вплив збудників інфекційних захворювань, захворювання залоз внутрішньої секреції.

Масаж сприяє розширенню капілярною сітки, посиленню периферійного і загального кровообігу. Виконання прийомів масажу слід починати з м'язів спини: прогладжування (від крижів до підпавової ямки) - площинне основою долоні, напівколове розтирання кінчиками вказівного пальця, середнього персневого пальця і мізинця; погладжування[5].

Далі за загальноприйнятою методикою треба провести масаж довгих, найширших і трапецієподібних м'язів спини. У відновний період лікування складається з психологічних заходів та фізіологічних (суворий ліжковий режим, молочно-рослинна дієта, медикаментозні засоби – знеболюючі, судинорозширювальні, антикоагулянти, вазо- та кардіотонічні).

З методів фізіотерапії застосовується:

1) магній-електрофорез на ділянку серця. Тривалість сеансів - починають з 5 хвилин, долаючи при кожному сеансі 1 хв і доводячи до 10 хв, через день. Курс лікування о 12 процедур (призначають з 15-20 дня після інфаркту);

2) новокаїн-електрофорез. Активний електрод з прокладкою 6-8 см розташовують на ділянці лівої ключиці, другий електрод, в середній третині внутрішньої поверхні лівого передпліччя. 10-15 хв, щодня або через день (через 2 місяці після інфаркту);

3) дарсонвалізація зон Геда-Захаріна (не пересуваючи електрод, без розряду), 3-5 хв, щодня;

4) мікрохвильова терапія ділянки серця 10 хв, через день;

5) аероіонізація дихальних шляхів 10-15 хв, щодня або через день;

6) ванни (по Гауффе), 36-41° С при повільному підвищенні температури води;

7) лікувальна гімнастика за спеціальним комплексом у ліжку.

Ароматерапія постінфарктних хворих.

Ефірні масла позитивно впливають на серцево-судинну систему. Рослинні ароматичні речовини, що мають антиритмічну активність, покращують процеси провідності, знімають аритмії.

Ефірні масла нормалізують артеріальний тиск: знижують його при гіпертонії і підвищують при гіпотонії, що пояснюється поліпшенням живлення серцевого м'яза.

Ароматерапія при інфаркті міокарда дає позитивну динаміку параметрів серцево-судинної системи.

Комплекс фізичних вправ для реабілітації постінфарктних хворих складається з певних етапів.

Підготовчий етап дорівнює 7-8 дням; проводиться в щадно-тренуючому режимі низької інтенсивності (50% від порогової потужності). Індивідуальні і групові заняття проводяться щодня по 20-35 хвилин під керівництвом методиста з ЛФК в залі з використанням дихальних, гімнастичних вправ і тренажерів. Самостійні заняття в домашніх умовах проводяться щодня на тренажерах по 10-15 хвилин.

Основний етап складає 20-22 дні й проводиться в тренуючому режимі низькому і середньої (50-65% від порогової потужності). Індивідуальні і групові заняття в залі ЛФК щодня в тиждень по 40 хвилин із збільшення в програмі тренування витривалості до 65-75% часу заняття. Самостійні заняття проводяться щодня на тренажерах по 30-45 хвилин.

Підтримуючий етап – аналогічно, із збільшенням часу заняття і підтримкою оптимальної інтенсивності, рівної 65-75-85% від порогової потужності навантаження. Тривалість групових і індивідуальних тренувань в залах ЛФК складає в середньому 6 тижнів.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПЛЕВРИТІ

Плеврит – запалення плеври, що супроводжується появою на її поверхні фібринозних накладень або скупченням в плевральній порожнині ексудату.

Збудники при інфекційних плевритах – пневмокок, стрептокок, стафілокок, кишкова паличка, протей, вірус грипу, мікобактерії туберкульозу.

Неінфекційні плеврити – при пухлини, травми грудної клітки, інфаркті легкого, системних захворюваннях сполучної тканини, лейкозі, геморагічних діатезах, гострому панкреатиті.

Тактика лікування і реабілітації пацієнтів з ексудативним плевритом залежить від етіології захворювання, функціонального стану дихальної системи, супутніх захворювань, віку. Лікування плевриту комплексне з обов'язковим висококалорійним харчуванням з достатнім вмістом білків і вітамінів.

Невеликі плевральні зрощення, що залишилися після хвороби, не викликають суттєвих розладів дихання. Спайки в умовах форсованого дихання (при фізичній роботі) можуть бути причиною надриву плеври і виникнення спонтанного пневмотораксу. Наслідком поширеного передаються статевим шляхом може бути розвиток сколіозу, перетягування середостіння в хвору сторону, западання відповідної половини грудної клітки і звуження міжреберних просторів.

Поширені плевральні зрощення можуть викликати порушення функції органів дихання і кровообігу. Це відбивається на функціональному стані організму і супроводжується зниженням працездатності пацієнтів.

Реабілітаційні заходи при плевриті спрямовані на запобігання наслідків захворювання. Включають лікувальну фізичну культуру, фізіотерапію, масаж, кліматотерапію, психотерапію.

Завдання лікувальної фізичної культури:

- активізація кровообігу і лімфообігу, сприяє розсмоктуванню ексудату і ліквідації запального процесу;
- попередження утворення плевральних зрощень або їх розтягування;
- відновлення нормальної рухливості легких і правильного механізму дихального акту;
- підвищення загального тону і емоційного стану пацієнта.

Форми ЛФК при плевриті: лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика, дихальна гімнастика.

Спеціальні вправи, спрямовані на прискорення розсмоктування ексудату і профілактику утворення спайок – це вправи для тулуба: розгинання тулуба назад з одночасним підніманням рук вгору, нахили і повороти тулуба в сторони, обертання тулуба з різним положенням рук. Ті ж вправи із застосуванням гімнастичної палиці сприяють досягненню максимальної екскурсій легенів.

Для розтягування плевродіафрагмальних спайок в нижніх відділах грудної клітини застосовуються нахили тулуба в «здорову» бік в поєднанні з глибоким вдихом.

Для розтягування плевродіафрагмальних спайок в бічних відділах грудної клітки – нахили тулуба в «здоровий» бік у поєднанні з глибоким видихом.

Для розтягування плевродіафрагмальних спайок в верхніх відділах грудної клітки вправи проводять у вихідному положенні сидячи з фіксацією таза.

Лікувальний масаж дозволяє знімати відчуття втоми допоміжної дихальної мускулатури, покращувати кровообіг і лімфообіг, підвищувати загальну працездатність, стимулювати відходження мокроті і усувати спазм дихальної мускулатури.

Застосовуються різні методики масажу: класична методика (масаж м'язів спини та грудної клітини по ходу лімфатичних судин), точковий масаж (пальцеве натиснення в визначених точках на поверхні тіла) і самомасаж.

У реабілітації пацієнтів з плевритом застосовують різні види фізіотерапії. Мета фізіотерапії – зменшити прояви запального процесу і попередити утворення плевральних зрощень.

Показано кліматичне лікування на березі моря, в місцевих санаторіях в лісовій зоні. Після одужання показані водні процедури з метою загартовування (обливання, обливання, душ).

Мануальну терапію при ексудативному плевриті використовують для ліквідації больового синдрому.

Застосування психотерапії дозволяє реалізувати можливості впливу на невротичний компонент соматичного захворювання, на особистість пацієнта з метою зміни його реакції на хворобу, корекції масштабу переживання хвороби, поліпшення функціонування в нових умовах захворювання.

Для ліквідації функціонального, невротичного компонента захворювання застосовують психотерапію у вигляді мотивованого навіювання в гіпнозі, аутогенного тренування і непрямого навіювання з допомогою медикаментів (транквілізаторів).

НЕВРАСТЕНІЧНИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ МАСАЖИСТА

У опублікованій статті «Boston Medical and Surgical Journal» ще в 1869 році G. Beard було виділено термін «американський невроз» пов'язаний з типовим способом життя в умовах всіх процесів виживання та в умовах жорстокої конкуренції; – або неврастенію утвореного в результаті синтезу двох понять: «невроз» (W. Cullen) та «астенія» (J. Brown) маючи на увазі виснаження нервової системи [8].

Невроз (або тривожний розлад) – це захворювання в основі якого лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів (збудження та гальмування). Астенія ж перекладається як «безсилля» або «відсутність сил», але й досі не існує чітких визначень цьому синдрому, як свідчать сучасні наукові джерела [1].

Отже, неврастенічний синдром визначається як поступово розвиваючий психопатологічний розлад, є одним з найбільш поширених симптомів багатьох соматичних, неврологічних і психічних захворювань доводячи людину до досить суттєвих страждань, розвалу сімейних відносин, соціальної дезадаптації та втрати працездатності [3]. У МКБ-10 перегляду неврастенію визначають як розлад, що триває більше 3 міс і характеризується двома основними ознаками, які можуть бути присутніми одночасним або визначатися в двох варіантах: стабільне відчуття втоми після невеликої розумового навантаження і відчуття втоми і фізичної слабкості після легких фізичних навантажень. На першій стадії, людина становиться дратівливою, образливою, нестриманою, можливі прояви агресії; прояв емоцій бурний, увага розсіяна, багаторазові спроби стати до роботи – призводять до повної знемоги, можливі психосоматичні явища. Потім страждання від хронічного безсоння її остаточно виснажує, та настає друга фаза, котра характеризується короткочасністю та слабкістю психічних проявів. Емоційні вибухи короткочасні та швидко змінюються відчуттям безсилля та печалі. Часто можливі ще й гормональні розлади. Якщо допомога не надійде, то вірогідний перехід до третьої – депресивної фази [3, 11].

У вітчизняній літературі ці ознаки частіше описують як підвищену психічну і фізичну виснаженість [3, 5]. Перша пов'язаний з високим психоемоційним навантаженням, диктуємим швидким темпом сучасного

життя (з причинами зростаючих споживчих потреб суспільства і особистості), та розвитком засобів зв'язку, котрі з одного боку полегшують рішення багатьох виробничих завдань в найкоротші терміни, а з іншого – ущільнюють робочий графік. З'являється можливість вести декілька проектів одночасно. Виробнича навантаження росте в умовах дефіциту часу та свої обов'язки людина виконує за рахунок відпочинку.

Друга з особливостями праці захисної функції лімбічної системи, яка відповідає за узгоджену діяльність органів та систем, опосередковує взаємодію людини і зовнішнього середовища за допомогою емоцій [6]. Для того щоб захист був ефективний мозку потрібно чітко знати що, конкретно захищати. Для цього, він «малює карту» свого тіла (контур захисту), щоб чітко відділити свої межі від об'єктів зовнішнього середовища. Тому усі об'єкти аналізуються лімбічною системою на можливість загрози та розподіляються на «свої» та «чужі». «Свої» можуть бути включені до контуру захисту. Наукові дані свідчать про те, що до «свого контуру захисту» мозок може включати й об'єкти які не належат до тіла, й навіть ідеї. Як ми турбуємося за своїх близьких, так мозок до контуру свого захисту включає робочі проекти [10]. Тому лімбічній системі доводиться контролювати все, в тому числі професійну й особисту сфери життя людини. Однак, в сучасних умовах життя вона часто не справляється з навантаженням, та виснажується.

Невід'ємною частиною життя людини з неврастенічним синдромом є безсоння, котре з часом стає одним з головних чинників страждань, фізичної та психоемоційної розрухи, наслідки якої впливають на сімейну та інші сфери діяльності [3, 5]. Далі таке положення призводить ще й до гормонального дисбалансу, приєднуючи й психосоматичні розлади (які ми можемо розглядати як порушення рефлекторних програм вегетативних проявів емоцій). Невротичні реакції зазвичай виникають на відносно слабкі, але довготривалі подразники, що призводять до постійного емоційного напруження. Найбільш часто зустрічаються у людей працездатного віку (25 - 55 років) в 1,5 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків.

Аналізуючи статистичні дані, кількість таких розладів істотно збільшилася [9]. Основними засобами подолання даної ситуації є психотерапія та відпочинок, а при важких випадках – підключення фармакотерапії [3, 5]. Допоміжними та патогенетично обґрунтованими є лікувальні вправи та масаж, у комплексному підході, особливо в профілактиці даних порушень вони займають чільне місце [2].

Під час методично правильного проведення сеансу «Нейро-седативного масажу голови» розробленого Михайловою Вікторією Олександровною у Дніпровському центрі підготовки масажистів «Дар здоров'я», хворий часто засинає чи знаходяться в т.н. зміненому стані розуму (медитативному стані), коли він начебто спить, але усе відчуває, коли частоти його мозку знижені до

альфа-, тета- і навіть дельта- рівнів [4, 7]. Він не мислить й практично не контактує з зовнішніми факторами (окрім масажиста), а нервова система зосереджена тільки на собі та відпочинку. У цьому стані завдяки механічному подразненню рецепторів м'яких тканин відбувається як би «сканування» нервової системи всього тіла з виробленням корекційних програм [2], але ще й «наведення» контурів (меж) тіла [10]. Нервовій системі стає легше визначитися з внутрішнім та зовнішнім середовищами, з об'єктами захисту, більш правильно розставити пріоритети і розподілити свої ресурси, йде упорядкування інформації (робота гіпокампу) [7]. Тому після такого сеансу масажу, як і після сну, часто приходять рішення якоїсь проблеми. Рівень нервового напруження зменшується, особливо під впливом ендорфінів що виділяються під час масажу, що сприяє нормалізації емоційної сфери, яка часто бере участь в прийнятті відповідальних рішень.

Позитивні відгуки клієнтів дають впевненість в практичній значимості методики задля зниження психоемоційного напруження та покращення трофіки м'яких тканин шийно-комірцевої ділянки, покращення стану хребетних артерій, та інших судин шиї та голови.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Грищенко Є.Б. Способи корекції астенічного синдрому в амбулаторній практиці. Журнал: Медичний сонет: клінічна медицина. 2012. С. 36-41
2. Васичкін В.І. «Великий довідник по масажу». СПб .: Невська книга, М .: Вид-во Ексмо, 2004. 448 с, іл. ISBN 5-04-010471-5
3. Вахреєва О. А. «Клінічні соціально-психологічні характеристики хворих неврастенію і їх індивідуальна інтеграційна психотерапія. 3-Петербургський науково-дослідний психоневрологічний інстр. ім. В.М. Бехтерева, Міністерства охорони здоров'я РФ. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.
http://bekhterev.ru/content/637/diss_vah.pdf
4. Данилова Н.Н., д.п.н. «Програма спецкурсу» Ритмічна активність мозку: функції і механізми »; факультет психології; Московський державний університет ім. М.В. Ломоносова.
<http://www.psy.msu.ru/about/kaf/psychophysiology/program/rithm.html>
5. Свядощ А. М. Неврози і їх лікування. - 2-е вид. - М., 1971
<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%96%D1%8F>
6. Петренко В.М. «Анатомія емоційного мозку» / Міжнародний журнал прикладних і фундаментальних досліджень /. - 2010. - № 12. - С. 50-51;
7. Ритми головного мозку

- https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D1%82%D0%BC%D1%8B_%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%B0
9. <https://studfile.net/preview/6404523/page:4/>
10. <https://snob.ru/profile/31886/blog/148804>
11. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F>

УДК: 796.015: 616.2

Єрмолаєва А.В.¹, Більговський Є.В.²

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219сп НУ «Запорізька політехніка»

ВАЖЛИВІСТЬ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

На даний момент таке захворювання як пневмонія є однією з актуальних проблем в системі охорони здоров'я. За даними всесвітньої організації здоров'я пневмонія займає 4-е місце серед причин смерті, після злоякісних новоутворень, серцево-судинних захворювань, травм та отруєнь. У світі щороку на пневмонію хворіють 450 млн осіб і близько 7 млн. випадків хвороби закінчуються летально [5].

Статистичні данні найбільший відсоток захворювання реєструється переважно у дітей, люди похилого віку, хворих на хронічний обструктивний бронхіт, ЦД, ВІЛ, осіб з ослабленою імунною системою, які перенесли таке захворювання як кір, так само в групі ризику знаходяться категорія населення яка має шкідливі звички.

Незважаючи на підвищення ефективності медикаментозної, зокрема антибіотикотерапії, представляється необхідним застосовувати в комплексному лікуванні і немедикаментозні засоби такі як лікувальна фізична культура з використанням наступних її форм: лікування положенням, лікувальної гімнастики, спеціальних дихальних вправ, масажу за О.Ф. Кузнецовим тощо, з метою скорочення терміну лікування [3].

Лікування положенням використовується в гострому періоді, сприяє аерації ураженої легені, зменшує утворення спайок між діафрагмальною плеврою і стінками грудної клітини.

Лікувальна гімнастика є важливим комплексом спеціально підібраних вправ з додаванням дихального компонента який сприяє попередженню утворення спайок в порожнинах плеври, що покриває легені, бронхи, зниженню нападів кашлю, грудного болю під час відкашлювання, зміцненню

дихальної мускулатури, зняттю м'язових блоків [2]. Відновлення нормального ритму дихання відбувається завдяки виконанню дихальних вправи з акцентом на короткий повний вдих і подовжений повільний видих. [4]

Не останнє місце в комплексному відновленні займає лікувальний масаж за О.Ф. Кузнецовим, який має ряд особливостей: хворим з переважанням продуктивного характеру в методику масажу слід вводити більшу кількість прийомів розтирання та розтягування; хворим з переважанням деструктивного процесу слід збільшити кількість прийомів вібрації.

При виконанні лікувального масажу за О.Ф. Кузнецовим, тілу пацієнта необхідно надати спеціальне дренажне положення, що сприятиме кращому відходженню мокротиння розсмоктування запальних утворень, що сприятиме відновленню рухливості грудної клітки, легень, діафрагми, і збільшенню обсягу легеневого дихання [6].

При цьому слід зазначити що лікувальну гімнастику необхідно проводити до масажу, оскільки після процедури рекомендується відпочинок протягом декількох годин.

Важливе значення для підвищення захисних сил організму має правильне збалансоване харчування, і зменшення факторів ризику пов'язаних з шкідливими звичками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Васичкин В. И. Справочник по массажу Л.: Медицина 1991. 192 с.
2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009
3. Куничев Л. А. Лечебный массаж 4-е изд. стер. К.: Выща шк -. 1990.- 288с.
4. Клапчук В.В. Волевое управление дыханием в клинике и спорте – 2017, -88с
5. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
6. <https://sites.google.com/site/interesniisait/massaz>

УДК: 796: 616.7

Єрмолаєва А.В.¹, Лідер О.І.²

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСЗ-229м НУ «Запорізька політехніка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВАРУСНИМ І ВАЛЬГУСНИМ ВИКРИВЛЕННЯМ НІГ

Вальгусна і варусна деформація ніг може буди вродженою і придбаною. При вродженій патології основна причина аномалії генетично обумовлена дисплазія сполучної тканини. Цей молекулярний генетичний дефект колагену супроводжується гіперрозтягнутою, зниженою міцністю сполучно-тканинною структурою – зв'язки і сухожилля. Відхилення структурних і функціональних здібностей сполучно-тканинних компонентів стопи призводить до плоскостопості. Актуальна проблема в даний час представляє тенденцію до збільшення кількості випадків діагностування дисфункції м'язів [1].

У ході дослідження під час роботи з дітьми, що мали проблеми з деформацією ніг, нами була виявлена різна гіперактивність м'язів, які брали функцію інших гіпотонічних м'язів.

Варусна деформація ніг виглядала так, тазостегнова частина ніг була розведена назовні, а стопи знаходилися в інверсії (О-подібна деформація). При цьому в гіпертонусі знаходяться такі м'язи: - великий сідничний м'яз; - середньо-сідничний м'яз; малий сідничний м'яз; - м'яз напружуючий широку фасцію; - кравецький м'яз; - грушоподібний м'яз; - передньо-великогомілковий м'яз; - довгий згинач пальців; - довгий розгинач великого пальця стопи.

Вальгусна деформація ніг виглядала так, тазостегнова частина ніг всередину, а стопи знаходилися в інверсії (Х-подібна деформація). При цьому в гіпертонусі знаходилися наступні м'язи: - великий приводячий м'яз; - довгий приводячий м'яз; - короткий приводячий м'яз; - довгий малоомілковий м'яз; - довгий розгинач пальців м'яз.

Моніторинг реабілітаційного процесу проводився методами поточного та етапного контролю, що забезпечувало адекватне розширення фізичного навантаження. Поточний контроль включав найбільш доступні і одночасно досить інформативні дослідження (анамнез, візуальний огляд і положенні стоячи та в положенні нахилу, пальпація, визначення ЧСС, АД та контроль здійснювався по «карті рейтингу постави» за Клапчуком В.В.), які дозволили проаналізувати як динаміку окремих симптомів, так і ступінь захворювання. Етапний контроль включав медико-біологічні методи дослідження [2, 3].

Лікувальний масаж здійснювався на гіпертонічні м'язи при цьому допомога посиленню кровотоку сприяла полегшенню доставки різних необхідних речовин до тканин. Посилення лімфотоків сприяло зменшенню вираженості місцевих набряків, а також стимуляції виведення токсичних речовин і метаболітів (кінцевих продуктів обміну речовин) з тканин. Рефлекторну активність нервової системи, гуморальні речовини, викид яких, супроводжує сеанс масажу, також сприяли поліпшенню капілярної мікроциркуляції (гіс-тамін), поліпшення провідності нервових імпульсів по нервових волокнах (ацетилхолін), що формувало відчуття задоволення.

Фізичні вправи здійснювалися на гіпотонічні м'язи що сприяло їм повернутися в норма тонус, відновити функцію м'язів. Виконання фізичних вправ викликає пристосувальні морфологічні та функціональні перебудови організму, що відбивається на поліпшенні показників здоров'я і в багатьох випадках має лікувальний ефект.

У фізичних вправах виділяють три фази: підготовчу, основну і заключну: підготовча фаза призначалася для створення найбільш сприятливих умов виконання головного завдання; основна фаза складалася з власних фізичних зусиль (або руху), за допомогою яких вирішувалися головні завдання; заключна – завершувала дію.

Аналіз дослідження показав, що даний комплекс фізичної реабілітації підходить для досягнення позитивного результату з дітьми в яких спостерігається варусна та вальгусна деформація ніг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Клапчук В.В., Дзяк Г.В., Муравов І.В., та інші. Лікувальна фізкультура і спортивна медицина. К.: Здоров'я, 1995. 312 с.
2. В. М. Мухін. Фізична реабілітація. Київ, Олімпійська література. 2000 рік.
3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії
4. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities A / RES / 48/96

УДК: 615.8: 616.7

Єрмолаєва А.В.¹, Петрик О.І.²

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька Політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька Політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ СКОЛІОЗУ

Багато людей страждають від нестерпного болю в спині. Таблетки, мазі, бальзами, комплексні вправи і різноманітні види лікування створюються з ціллю послаблення або профілактики болю в спині. Операції на хребті є одними із основних у клінічній практиці. Терапевти і спеціалісти по лікувальній фізкультурі розробляють різноманітні індивідуальні програми лікування. Але сьогодні ми розглянемо як лікувальний масаж, допомагає боротися зі сколіозом.

Сколіоз – це викривлення хребта у фронтальній площині, існують два основні різновиди сколіозу С та S подібний. За статистичними даними сколіоз вражає біля 2% населення і часто має спадкову природу. Більш за все на сколіоз хворіють школярі та офісні працівники [3].

Лікувальний масаж – це вид масажу який є ефективним методом лікування різноманітних травм і захворювань. Лікувальний масаж використовується не тільки як загальнозміцнюючий засіб, а й для корекції характерних для сколіозу м'язових змін, які виражаються в асиметрії м'язового тону: з одного боку – підвищення тону і вкорочення м'язів, з іншого – гіпотонія. Постійне перевантаження м'язів призводить до дистрофічних змін в них з вогнищами гіпертону, глибокої гіпералгезії і до ослаблення стоншених, розтягнутих м'язів. Ці зміни зачіпають перш за все м'язові групи тулуба, а також м'язи кінцівок. Усунення таких функціональних змін за допомогою масажу і тим самим зменшення асиметричного навантаження на хребці дозволяє призупинити прогресування сколіозу [1].

При лікуванні сколіозу використовують усі прийоми масажу, проте в залежності від патології м'язів вони застосовуються диференційовано. Скорочені м'язи, розташовані на увігнутості хребта, розслаблюють м'якими вібраційними рухами, погладжуваннями, розтираннями і розтягують; ослаблені і атрофічні м'язи (на стороні опуклості) тонізують, застосовуючи всі прийоми масажу, переходячи від легких впливів до сильніших. Опукла частина ребрових дуг в грудному відділі покрита розтягнутими м'язами, а на протилежному боці сколіозу в області западання ребер м'язи скорочені і западають в поглиблення скелету. Лопатка на цій стороні втягується в поглиблення внаслідок скорочення підлопаткових і міжлопаткових м'язів. У

поперековій області на стороні сколіозу визначається м'язовий валик, на іншій стороні – западання поперекових м'язів (скорочення). Також до цих маніпуляцій частіше за все додають прийоми постізометричної релаксації. [2].

Отже, можемо підвести підсумки і сказати що лікувальний масаж є одним з головних методів боротьби зі сколіозом, та сприяє: покращенню лімфообігу та кровообігу; укріплює м'язи спини і нормалізує їх тонус; зменшує відчуття втоми м'язів; сприяє корекції викривленню не тільки хребта, але й всього тулуба; зменшує біль, в деяких випадках зовсім його позбавляє.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

- 1.Дубровський В. І. Лікувальний масаж / В. І. Дубровський, А. Дубровська В. – СПб: ВЛАДОС, 2005. – 504 с.
- 2.Спіфанов В. А. Реабілітація в травматології та ортопедії / В. А. Спіфанов. - Москва: ГЕОТАР-Медіа, 2015. - 416 с. : іл.
- 3.Ортопедія: Короткий посібник для практикуючих лікарів. - СПб. : Гіппократ, 2001. - 368 с.

УДК 613.2:616.1

Лідер О.І.

студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька політехніка»

ВПЛИВ ПОЛІНЕНАСИЩЕНИХ ЖИРІВ НА ПРОФІЛАКТИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ХВОРОБ

Серцево-судинні захворювання є одними з найбільш поширених у всьому світі серед яких найбільш поширеними є цереброваскулярні хвороби (інсульт, ішемічні атаки і ін.), ішемічна хвороба серця (включаючи стенокардію, інфаркт міокарда та ін.), захворювання периферичних артерій (верхніх і нижніх кінцівок), тромбози і емболії, а також ревматичні і вроджені пороки серця. З 17,7 мільйона осіб, які померли внаслідок серцево-судинних захворювань в 2015 р. 7,4 мільйона – через ішемічну хворобу серця 6,7 мільйона – через інсульт. З 17 мільйонів раптових смертей в 2015 році, викликаних неінфекційними захворюваннями 82% - сталися в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, а 37% - були викликані серцево-судинними захворюваннями.

Омега-3 жири необхідні організму, основними типами омега-3 жирів є альфа-ліноленова кислота (АЛК), жирна кислота, що міститься в рослинній

їжі, ейкозапентаєнова кислота, (ЕПК) і докозагексаєнова кислота (ДГК), обидві з яких містяться в рибі [1].

Існує поширена думка, що вживання в їжу великої кількості риби або добавок з омега-3 знижує ризик серцевих захворювань, інсульту і смерті. Підвищення вживання в їжу ЕПК і ДГК практично не впливає на смерті або події, інсульт або порушення серцевого ритму (докази середнього рівня якості, коронарні події – це хвороби артерій, які постачають кров'ю серце). ЕПК і ДГК трохи знижує рівень тригліцеридів в сироватці і підвищують рівень ліпопротеїдів високої щільності.

Вживання в їжу більшої кількості альфа-ліноленової кислоти (АЛК) (наприклад, волоських горіхів або збагаченого маргарину), ймовірно, мало або зовсім не впливає на смерті від всіх причин, серцево-судинні смерті або коронарні смерті, але ймовірно, трохи зменшує серцево-судинні події і порушення серцевого ритму (докази середнього, низької якості). Вплив АЛК на інсульти неясні, оскільки докази були дуже низької якості. Існують докази, що прийом капсул омега-3 не зменшує серцеві захворювання, інсульти або смерті [4].

Існує мало доказів впливу вживання в їжу риби. Хоча УПК і ДГК знижують рівень тригліцеридів, добавки омега-3 жирних кислот, ймовірно не приносять користі для профілактики або лікування серцево-судинних захворювань. Однак, збільшення вживання АЛК на основі рослин може бути злегка проєктивної дії щодо деяких захворювань серця і системи кровообігу.

Ненасичені жирні кислоти корисні допомагають підтримувати рівень холестеролу в нормі, знижуючи ризик виникнення захворювань серця.

Омега 3 потрібен для того, щоб зберігати здоров'я серцево-судинної системи зменшуючи згортання крові і нормалізуючи серцевий ритм. Омега-3 – це вид полі ненасичених жирних кислот, які так само не виробляються нашим організмом самостійно і неодмінно повинні надходити з їжею. Вчені вперше виявили захисний ефект омега-3, коли звернули увагу на той факт що люди які постійно приймають жирну рибу, рідше страждають від серцево-судинними захворюваннями, згодом підтвердили, що причина цього – жирна кислота омега-3, що міститься як в оліях, так і рибі. Вважається, що омега-3 зменшує в'язкість крові і сприяє стабільному серцебиттю. Для повноцінного підтвердження механізму її дії необхідно додаткові дослідження, Омега-3 містить в жирних сортах риби, такої як макрель, оселедець, лосось, у волоських горіхах, в насінні ріпаку та льону, а також в продуктах, виготовлених на їх основі, наприклад, в майонезі. Омега-3 і 6 не тільки позитивно впливають на стан, але і є життєво необхідними для функціонування кожної клітинки нашого тіла. Вони потрібні як для нормального процесу зростання і розвитку організму, так і для підтримки загальному тонусу і гарного самопочуття.

Омега-6 дозволяє підтримувати рівень холестеролу в нормі, також позитивно впливати на здоров'я серця і судин. Омега-6 – поліненасичена жирна кислота, яка допомагає зберігати оптимальний рівень холестеролу в крові, підтримуючи нормальну роботу серця. Омега-6 не виробляється нашим організмом самостійно і неодмінно повинна надходити з їжею. Омега-6 міститься в соняшниковій, кукурудзяній та інших рослинних оліях і продуктах, виготовлених на їх основі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Abdelhamid A.S., Brown T.J., Brainard J.S. et al. (2018) Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Jul. 18, 7: CD003177.
2. Dyerberg J., Bang H.O., Hjorne N. Fatty acid composition of the plasma lipids in Greenland Eskimos.
3. Harris W.S. ω -3 fatty acids and serum lipoproteins: human studies. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(5 Suppl.): 1645S-1654S.
4. Erkkilä A.T., Lichtenstein A.H., Mozaffarian D., Herrington D.M. Fish intake is associated with a reduced progression of coronary artery atherosclerosis in postmenopausal women with coronary artery disease.

УДК 616:616.7

Єрмолаєва А.В.¹, Лідер О.І.²

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька Політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229м НУ «Запорізька Політехніка»

ДИСФУНКЦІЯ М'ЯЗІВ, ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ

Дисфункція м'язів (м'язовий гіпотонус) – стан зниження м'язового тону частіше в поєднанні зі зниженням м'язової сили (парезом). Гіпотонія – неспецифічний м'язовий розлад, який може бути проявом безлічі різних захворювань, які вражають мотонейрони, контрольовані центральною нервовою системою. Розпізнати гіпотонію, навіть в ранньому дитинстві, зазвичай нескладно; більш складно, часто неможливо, виявити причину даного стану. Довгострокові ефекти гіпотонії в розвитку дитини і подальшого життя залежать в першу чергу від вираженості м'язової слабкості і від природи захворювання [1].

Вважається, що гіпотонія асоційована з порушенням аферентної імпульсації від рецепторів розтягування та / або втратою гальмівного еферентного впливу мозочка на фузіймоторну систему (система, інервуюча інтрафазульні м'язові волокна контролюючи таким чином м'язову чутливість

на розтягнення). При огляді виявляється зниження м'язового опору пасивним рухам; пальпаторно можна відзначити незвичайну м'якість м'язів. Також можуть виявлятися знижені сухожилкові рефлексії.

Дисфункція порушення постави – це стан, що супроводжується патологічно-постійним викривленням хребта, до нього відносять: лордози та кіфози, які є фізіологічними, але вираженні занадто; сколіози – викривлення хребта вправо чи вліво; ретростез – патологічний стан, при якому хребець зміщується вперед чи назад по відношенню до нижче лежачого хребця [2].

Недостатність фізичної активності призводить до слабкості м'язового корсету та неможливості утримання правильної постави. Неправильна поза при сидінні, особливо впродовж тривалого часу, призводить до формування неправильної тяги м'язів спини, що ще більше погіршує викривлення. Сколіоз розвивається часто спочатку в грудному відділі хребта, далі в поперековому відділі. Так формується S-подібний сколіоз. Подібне викривлення хребта призводить, як правило, до перекосу кісток таза у горизонтальній площині, порушується хода [3].

Основні прояви на перших стадіях розвитку – почуття втоми в спині, біль після фізичного навантаження.

Пізніше стан погіршується за рахунок формування дегенеративних процесів у між хребцевих хрящах з розвитком корінцевих синдромів та розладів у функціонуванні внутрішніх органів, через деформування порожнин, в яких вони знаходяться та порушується іннервація.

На сьогодні корекції піддається 1 та 2 стадії сколіозу. Чим раніше розпочнеться лікування, тим кращий буде результат. У пізніх стадіях лікування спрямоване на утримання подальшого руйнування хряща та корекцію виявлених розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Дубровський В.І. Лікувальна фізкультура і Лікарський контроль. - М.: ТОВ «Медичне інформаційне агентство», 2006. - 598 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація. Київ, Олімпійська література. 2000
3. Стариков С.М., поля Б.А., Болотов Д.Д. Фізична реабілітація в комплексному лікуванні хворих з дорсопатіями. Монографія РМАПО - 2-е изд., Перераб. і доп.- М.: Красная звезда, 2012. 154с., мул.
4. Всесвітня конфедерація фізичної терапії.

ВИКОРИСТАННЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ 8-10 РОКІВ З ТЯЖКИМИ ВАДАМИ МОВЛЕННЯ

Сьогодні кожна четверта-п'ята дитина в Україні має вроджені порушення мовленнєвої діяльності, це свідчить про те що більшості необхідна підтримка психолога чи логопеда. Дані медико-психолого-педагогічних закладів засвідчують, що дітей, які потребують корекції фізичного розвитку в Україні понад 1 млн. (12,2% від загальної кількості дітей). Зростає і кількість дітей з мовленнєвими вадами, структура яких у ряді випадків набуває більш складного характеру, що викликає в подальшому вторинні і навіть третинні порушення у розвитку дитини (М.К. Шеремет, С.Ю. Конопляста, В.В. Тарасун). Психологічні особливості дітей з порушеннями мовлення знаходяться у прямій залежності від клінічного діагнозу, якості та ступеня порушення, його причин, зокрема такі учні мають функціональні або органічні порушення центральної нервової системи, а наявність органічного ушкодження мозку викликає скарги на головний біль, нудоту, втому. У багатьох з них виявляються різні рухові порушення: опорно-рухові, порушення рівноваги, координації рухів, недиференційованість рухів пальців рук та артикуляційних рухів.

Метою дослідження стало оптимізувати методи лікування дітей з органічними дефектами розвитку мовлення, зумовлені порушеннями хребта.

Дослідження проводилось за участю 20 учнів без родових травм та протипоказань в анамнезі, розподілених на контрольну (10 учнів, до яких застосовували методики Су-джок терапії, фітотерапії, ароматерапії) і основну (10 учнів, до яких застосовувались методики контрольної групи і додатково методика гідротерапії) групи. Терапія тривала 3 рази на тиждень впродовж 4 тижнів. Серед прийомів Су-джок терапії (впливу через біологічно активні точки кисті рук та стопи ніг на організм людини) використовувалися масаж спеціальною «кулькою-їжачком» (викликає підвищення тону м'язів, приливу крові до кінцівок, що приводить до поліпшення дрібної моторики й чутливості кінцівок, викликає емоційний відгук у дітей), масаж еластичним кільцем (пружинні кільця надіваються на пальчики дитини і прокручуються по них, масажуючи кожен палець до його почервоніння і появи відчуття тепла, що повторюється кілька разів на день). Фітотерапія зборами лікарських рослин використовувалась для відновлення інтелектуальної та фізичної працездатності, усунення втомлюваності, в'ялості, астеничного

синдрому, профілактики порушень мозкового кровообігу, розладів пам'яті, нервозності, відновлення м'язового тону. Ароматерапія дозволяла підвищувати настрій і працездатність. Гідротерапія, застосовувана у основній групі сприяла розширенню кровоносних судин, покращенню кровообігу, ліквідуванню застою крові, очищенню організму, викликала виражене подразнення рецепторів шкіри, збуджуючи при цьому нервову і серцево-судинну систему, підсилюючи вуглеводний, жировий, водно-мінеральний обмін в організмі.

Застосування вказаної терапії за результатами опитування батьків загалом покращило перебіг симптоматики захворювання у дітей. В учнів менше проявлялись головні болі, стомлюваність стала значно меншою, настрій також був стабільнішим. У дітей основної групи додатково спостерігалось покращення в емоційному стані та зменшення нервозності. Таким чином, використання нетрадиційних методик лікування дітей з тяжкими порушеннями мовленням ефективно та їх застосування призводить до покращення фізичного та психологічного стану здоров'я дитини.

УДК 615.8:613.8

Рижкова М.В.¹, Усікова О.В.²

¹ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-229 НУ «Запорізька політехніка»

ДОСВІД ПОЛІПШЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ 12-14 РОКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ ЗАСОБАМИ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ТА ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

Пубертатний період - один з найбільш чутливих етапів постнатального онтогенезу. Інтенсивна морфологічна і функціональна перебудова організму протікає на тлі значної зміни нейроендокринних співвідношень та в умовах гіподинамії та психоемоційних навантажень супроводжується погіршенням фізичного самопочуття, порушеннями постави, лабільністю психоемоційного стану, підвищенням тривожності, нестійкістю самооцінки, зниженням працездатності і проблемами соціальної адаптації [1]. Цілісність людської особистості проявляється, перш за все, у взаємозв'язку і взаємодії психічних і фізичних сил організму. Гармонія психофізичних сил організму не лише підвищує резерви здоров'я, але й створює умови для емоційної стабілізації, більш ефективної самореалізації та соціальної адаптації, що особливо актуально в підлітковому віці [2].

Мета дослідження: вивчити динаміку змін показників фізичного та психоемоційного стану підлітків з порушеннями постави за умов проведення авторського курсу лікувальної фізкультури з включенням фізичних та дихальних вправ та рухових ігор на командну взаємодію.

Методи: оцінка психоемоційного стану з використанням анкетування (шкала ситуативної тривожності Спілбергера -Ханіна, метод САН (самопочуття, активність, настрої) та дослідження фізичного стану: проби Штанге, кліноортостатична, вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) та частоти дихання.

Дослідження тривало 6 тижнів, в ньому приймали участь 25 підлітків (з них 15 дівчат, 60%) в віці 12-14 років. Основну групу склали 13 підлітків (вік $12,8 \pm 1,5$ років), які відвідували заняття лікувальною фізкультурою для корекції порушень постави двічі на тиждень. Контрольну групу склали 12 підлітків (вік $13,1 \pm 1,2$ років), які відвідували двічі на тиждень групові навчальні заняття «Розвиток емоційного інтелекту та навичок безконфліктної комунікації» в позашкільний час. Напочатку спостереження групи не мали статистично значущих відмінностей в рівні фізичного та психоемоційного стану. Всі підлітки отримали рекомендації з правильного харчування, профілактики порушень сну, організації рухової активності та відпочинку.

Через 6 тижнів підлітки контрольної групи мали покращення показників емоціонального стану за шкалою САН (самопочуття, активність, настрої) тільки за рахунок змін настрою (зменшилась частка підлітків з значно вираженими порушеннями настрою з 58,3% до 33,3%). В контрольній групі показники самооцінки дещо підвищились (на 15.2%), рівень тривожності мав тенденцію до зниження (на 11.2%), але без досягнення рівня статистично значущої різниці ($p > 0.05$). В основній групі динаміка показників свідчить про системний вплив регулярної фізичної активності та дихальних вправ на показники фізичного та психологічного стану. Середня тривалість затримки дихання (проба Штанге) у підлітків основної групи підвищилась на 17.7% ($11,2-21,4$). ЧСС в спокої знизилась на 15.1% ($8,2-21,9$), що свідчить про поліпшення функцій дихальної та серцево-судинної систем.

Показники самооцінки покращились у 8 (61,5%) підлітків основної групи. Значно зменшились показники тривожності та агресивності (на 46,1% та 38,4%, відповідно). Відчутне покращення фізичної витривалості та інтелектуальної працездатності відмітили 4 з 12 підлітків контрольної групи (33,3%) та 9 з 13 підлітків (69,2%) основної групи.

Виводи: заняття підлітків лікувальною фізкультурою з додаванням дихальних вправ та командних ігрових вправ є ефективним засобом профілактики порушень фізичного стану та емоційних розладів. Основні чинники, що позитивно впливають на самопочуття та поведінку: 1) підлітки вчатьсЯ регулювати свої дії на основі зорових, дотикових, м'язово-рухових і

вестибулярних відчуттів. Формування оптимальних патернів рухової активності сприяє покращенню фізичного стану та настрою; 2) у підлітків поліпшується самооцінка, підвищується фізична активність та розумова працездатність, покращуються волеві якості і здатність до саморегуляції емоційного стану; 3) самоконтроль емоцій, поліпшення самопочуття та зниження тривожності обумовлюють підвищення здатності підлітків до ефективної соціальної адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ильин, Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. - СПб: Питер, 2005.-412 с
2. Карнаухова Я. В., Слепова Л. Н., Хаирова Т. Н., Дижонова Л. Б. Средства физической культуры в регулировании психоэмоционального и функционального состояния студентов в период экзаменационной сессии // Международный журнал экспериментального образования. - 2014. № 7- с.2-8
3. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. – СПб.: Речь, 2004-248 с.
4. Дубровский В.И. Спортивная медицина: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 512 с.: ил.

УДК 615.825

Маляренко Ю.О.¹, Бусол Д.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПО СИСТЕМІ НЕУРАК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Неурак (Neuras, Neuromuscular Activation) - нейром'язова активація. Це методика фізіотерапії та реабілітації, розроблена в кінці ХХ століття норвезькими лікарями і терапевтами в кооперації з фахівцями з інших країн.

Спектр дії Neuras:

- Реабілітація пацієнтів з болем у спині та суглобах (артроз, остеохондроз);
- Реабілітація спортсменів після травм;
- Захворювання і обмеження функції хребта (сколіоз, кривошия, деформація стоп);
- Реабілітація поразок ЦНС (ДЦП, інсульт);

- Реабілітація після хірургічного лікування на хребті і суглобах (ендопротезування, видалення грижі та ін.);
- Реабілітація пацієнтів після гострого запаморочення (вестибулярний нейронів, невринома VIII пари).

Метою нейром'язової активації (Neuras) є відновлення правильних моторних програм, яке можливе лише шляхом інтенсивної стимуляції нервової системи. Щоб такі дії принесли належні результати, всі вправи повинні виконуватися в умовах повної відсутності болю. Виключно в таких умовах терапія Neuras буде приносити бажані результати.

Одним з основних елементів, які використовуються в методиці Неурак, є вправи в замкнених кінематичних ланцюгах. Такі вправи дозволяють мінімізувати зсувні сили, які можуть привести до пошкоджень пасивних стабілізуючих елементів, а крім того, активізують велику кількість моторних одиниць, тому їхня дія на м'язову систему можна прийняти за більш узагальнене.

Названі особливості вправ в закритих ланцюгах використовуються з метою інтенсивної стимуляції нервової системи. Навантаження, що застосовується при цих вправах, підбирається на підставі сходи прогресій. Сходи прогресій - це спосіб поступового ускладнення вправи. Щоб даний пацієнт міг увійти на наступну, більш складну драбину прогресії, вправи на нижньому рівні повинні виконуватися абсолютно правильно і не можуть викликати ніяких больових відчуттів.

З метою збільшення стимуляції нервової системи під час виконання вправ по методиці НЕУРАК використовується вібрація, яку можна застосовувати вже з самого початку оздоровчого процесу.

Наступним елементом схожого призначення є нестабільне підставу. Використання цього фактора впливає на ступінь складності вправи (ускладнення), а також на виховання у пацієнта правильної, рефлекторної нервово-м'язової активності.

Методика Неурак заснована на двох окремих способах дії: тривалий підтримування напруги і велике навантаження (особливо нервової системи). М'язи, які піддаються першим способом впливу - це локальні м'язи поперекового і шийного відділу хребта.

Якщо досить тривалий час підтримування напруги (понад 2 хвилин) не викликає болю, втоми або дискомфорту, можна перейти до іншого способу дії, в якому активування локальних стабілізуючих м'язів з'єднується з активацією глобальних м'язів. При такому способі менш важливим буде час виконання вправи, а більш важливим - кількість повторень (4-5) зі значним навантаженням нервової системи, яка виходить завдяки роботі багатьох м'язових груп, вібрації, нестабільної основи.

При обох способах потрібно піднятися з пацієнтом на найвищий рівень сходи прогресії, який він в змозі здолати під час однієї терапевтичної сесії (виконуючи вправи правильно, без больових відчуттів або дискомфорту).

Щоб нервова система могла перейти до правильної моторної програми необхідно усунути всі больові відчуття, які є чинниками, що перешкоджають такій зміні. Цього можна домогтися шляхом навантаження, введення допоміжних елементів а також вібрації.

УДК 669.296

Ковальова О.В.¹, Вірко В.В.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз-219м

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ БОЛЮ

Принципи роботи міждисциплінарної команди для надання допомоги пацієнтам з хронічним болем мають велике значення. Тільки при комплексному підході роботи можна отримати адекватний результат.

Найчастішою причиною дорсалгії є дистрофічні ураження хребта: остеохондроз з ушкодженням міжхребцевих дисків і прилеглих до них поверхонь тіл хребців; спондиліоз, артрози міжхребцевих або фасеточних суглобів; спондиліт, м'язовий біль та інші.

Міжхребцеві диски змінені у більшості людей у віці старше 50 років.

Більшість сучасних професій не пов'язані з рухом і фізичними навантаженнями. Люди змушені проводити робочий день сидючи або стоячи. І в одному, і в іншому випадку тиск на міжхребетні диски підвищується в кілька сот разів - і так 8 годин поспіль. Саме тому більшість має порушення постави і, як наслідок, біль в спині, яка супроводжує такі захворювання, як радикуліт, а також зміщення міжхребцевих дисків з гризовим утиском, невралгії.

Біль у спині - одне з найбільш давніх захворювань людини, що з'явилося тоді, коли людина почала ходити. Біль у спині, або дорсалгія - клінічний синдром, зумовлений безліччю причин. Больовий синдром спини - важлива ланка неврологічної патології та одна з найбільш частих скарг у загальномедичній практиці. Епідеміологія больових синдромів- одними з найчастіших є біль у спині та м'язовий біль - 56%.

Біль у спині зустрічається приблизно у 40-80% популяції.

У віці від 20 до 64 років він турбує 24% чоловіків і 32 % жінок.

Дорсалгія входить до трійки лідерів серед основних причин тимчасової втрати працездатності.

Збитки, пов'язані із захворюваннями кістково-м'язової системи, за останні роки і складають 1-2,5% валового національного доходу таких розвинених країн світу, як США, Канада, Великобританія, Франція, Австралія.

Проблема має не тільки медичний, але й вагомий соціально-економічний аспект, оскільки найчастіше виникає у людей працездатного віку, що зумовлює, в свою чергу, значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням, а також з погіршенням якості життя даного контингенту хворих.

Проблема надання допомоги пацієнтам з хронічним больовим синдромом не втратила своєї актуальності протягом багатьох років і є предметом пильної уваги лікарів усіх спеціальностей. Встановлено, що близько 70% всіх відомих захворювань супроводжується болем. Кожен п'ята працездатна людина страждає від болю. Поширеність хронічного болю (ХБ) в популяції коливається від 2 до 40-49%. За даними ВООЗ, больові синдроми складають одну з провідних причин (від 11,3 до 40%) звернень до лікаря. На думку вітчизняних і закордонних авторів, від 61,8 до 75% пацієнтів, які страждають ХБ, до лікарів не звертаються. Проблема назріла і потребує сучасних методів вирішення. Суть її - потреба суспільства у створенні високоспеціалізованої служби по боротьбі з болем. Питання досі не вирішене в достатньому обсязі. Система надання лікування болю, що зараз існує далеко від досконалості і потребує активних заходів щодо створення більш-менш прийнятною структури. В Європі тільки 2% пацієнтів з хронічним болем спостерігаються фахівцями в клініці болю. При цьому 68% відчувають больові відчуття більше 12 годин на добу, а 95% на тлі проведеної терапії протягом року страждають від помірної або сильної болі.

Лікування хронічного болю в рамках міждисциплінарного підходу, дозволяє інтегрувати можливості різних медичних дисциплін і методів лікування для вирішення проблеми.

Подібна стратегія дозволяє створити адекватний алгоритм, що дозволяє комплексно та достовірно оцінювати генез та розвиток болю і відповідно створювати обґрунтовану програму з лікування, з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта.

Такий підхід дозволяє забезпечити узгоджену безперервну професійну допомогу на кожному етапі лікування болю. Дозволяє оптимізувати обсяг консультативної допомоги та таким чином мінімізувати витрати на лікування.

Поняття міждисциплінарної допомоги передбачає скоординовану роботу фахівців різних медичних спеціальностей, які об'єднують свої можливості для вирішення загальної проблеми - проблеми хронічного болю.

В рамках міждисциплінарного підходу формується командний підхід. Фахівці займаються лікуванням пацієнта з болем системно і комплексно в

тісному співробітництві, а не послідовно, як це було раніше. Міждисциплінарний підхід допомоги пацієнтам з хронічним болем, виходить за рамки фахівців тільки охорони здоров'я і дозволяє задіяти в процесі лікування психологів, фахівців з професійної адаптації, соціальних працівників, фахівців з психофізіологічної адаптації. В програму входять методи немедикаментозної корекції (вплив на рефлекси, лікувальна фізкультура, фізіотерапія, апаратне лікування з можливостями зворотного біологічного зв'язку і т. д.). Потенційні можливості різних методів, повинні бути максимально використані в рамках програми лікування пацієнтів з хронічним болем в умовах міждисциплінарної взаємодії.

Об'єкт дослідження 38 осіб із міофасціальним больовим синдромом поперекової локалізації. Головна група 18 осіб. У якості контрольної групи, спостерігалися 10 пацієнтів які отримували лікування традиційними методами. Групи були однаковими по віку, статі, лабораторним та клініко-інструментальним показникам. Середній вік хворих дорівнював $52 \pm 3,2$ років.

В основній групі застосовано комплексне лікування на тлі міждисциплінарної взаємодії, яка включає масаж, дихальну гімнастику; рефлексотерапію, суглобову гімнастику з поступовою виробленням певного стереотипу рухів. При лікуванні було задіяно психологів, фахівців з професійної адаптації, соціальних працівників, фахівців з психофізіологічної адаптації. В програму включені апаратні методи лікування з можливостями зворотного біологічного зв'язку.

Ефективність лікування оцінювалася за термінами усунення або зменшення больового синдрому, по тривалості збереження позитивного ефекту.

Критерієм ефективності лікування больового синдрому служила нумерологічна шкала ВАШ. Біль оцінювали до лікування в процесі, та по закінченню по системі 10 балів. Динаміку рухової функції хребта, та його функціональних порушень досліджували на підставі проб Шобера, Савіна, Седіна.

При аналізі стану пацієнтів отримані наступні результати – термін усунення білю в основній групі істотно зменшувалася в порівнянні з контрольною групою. При аналізі віддалених результатів у контрольній групі біль у поперековій ділянці на тлі лікування істотно зменшувалася, але практично не турбувала лише у 20% досліджених. В основній групі практично біль по завершенню лікування не турбувала у 83,3% пацієнтів. Рецидив болю в контрольній групі відбувався в середньому через 3 місяці, в основний через 6 місяців. Треба зазначити, що емоційний стан пацієнтів, суттєво відрізнявся від контрольної групи. В них поліпшувалася формула сну

При комплексному лікуванні болю, методи акупунктури, мануальної терапії і лікувального масажу дозволили отримати більш виражені позитивні

ефекти, в порівнянні з контрольною групою з пацієнтами ідентичними по генезу і характеру болю, порівнянних за статтю та віком В результаті спостереження, отримані результати щодо застосування акупунктури, яка показала себе ефективним і економічно обґрунтованим методом лікування болю в спині, в порівнянні з контрольною групою.

Міждисциплінарний підхід при лікуванні пацієнтів з хронічним болем демонструють не тільки ефективне усунення больового синдрому, відновлення фізичної активності пацієнтів, а й можливість більш швидкого відновлення працездатності. Міждисциплінарний підхід щодо лікування пацієнтів з хронічним болем дозволяє істотно скоротити, а в деяких випадках дозволить відмовитися від застосування анальгетиків; повернутися до активної трудової діяльності 67% пацієнтам. При стандартному лікуванні, подібний ефект отриманий у 24%. Міждисциплінарний підхід, дозволяє мінімізувати потребу в стаціонарному лікуванні і відмовитися від хірургічного втручання.

Таким чином, міждисциплінарний підхід дозволяє максимально використовувати командний ресурс для лікування хронічного болю. Ефективно поєднання фізичних, фармакологічних і когнітивно-поведінкових стратегій. При реалізації цих програм в умовах міждисциплінарної клініки болю, ефективність лікування суттєво збільшується.

Потенційні можливості різних методів, повинні бути максимально використані в рамках програми лікування пацієнтів з хронічним болем в умовах міждисциплінарної взаємодії.

Негативний вплив гіподинамії, професіональних навантажень можливо мінімізувати при використанні сучасних комплексів реабілітації.

УДК 616.74-071.5

Ковальова О.В.¹, Кот Ю.С.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

ЕФЕКТИВНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗУ SANOROLLER ПО ВІДНОВЛЕННЮ ХРЕБТА У ЖІНОК В ПІСЛЯ ПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Здоров'я жінки, матері та дитини – основний та об'єктивний показник здоров'я населення, тому охорона здоров'я жінки є одним з пріоритетних завдань держави. Закордонні фахові джерела свідчать, що від 50 до 70 відсотків жінок відчувають біль у спині під час вагітності. Біль погіршує якість життя заважає виконувати такі елементарні дії, як присідання, підйом

тулуба з ліжка та інше, впливає на емоційний стан, знижує сексуальну активність, обумовлює порушення сну. У 25% вагітних біль у спині призводить до значних проблем із здоров'ям, сприяє розвитку - поперекових гриз (найбільш поширений діагноз у вагітних). Біль у попереку виникає у період між 5 та 7 місяцем вагітності, хоча у деяких випадках може проявлятися вже на 8-12 тижні. Основними причини виникнення болю в спині у вагітних - гормональні зміни, що обумовлює вироблення гормону релаксину, який сприяє ослабленню зв'язкового апарату та кісток тазу, для пом'якшення процесу пологів. Збільшення об'єму матки та зростання плода в утробі призводить до зміни центру тяжіння тіла та виникнення додаткового навантаження на хребет та суміжні м'язи. Включаються біомеханічно обумовлені зміни, що призводить до збільшення поперекового лордозу.

Мета роботи розробити ефективні програми тренувань та дослідити особливості застосування методу міофасціального релізу SanoRoller по відновленню хребта у жінок у після пологовому.

Тривалий біль в спині під час вагітності (декілька тижнів або місяців) у більшості випадків може говорити і про післяпологовий біль в спині. Післяпологовий біль в хребті, який триває довше за шість-вісім тижнів говорить про виникнення хронічних процесів в спині і вимагає негайного лікування. Також треба враховувати очікувані додаткові навантаження під час носіння на руках народженої дитини. Больові симптоми в спині можуть залишатися до тих пір, поки м'язи не відновлять свої сили і тонус, а суглоби встигнуть зміцніти після їх гормонального слабшання. Багато молодих мам погіршують стан своєї спини, не усвідомлюючи важливості збереження правильної осанки під час годування дитини. В цей час вони настільки зосереджені на триманні дитини, що в результаті сидять згорбившись, напружуючи шию і верхню частину м'язів хребта, постійно дивлячись вниз. Загальне виснаження і стрес, який виникає внаслідок цілодобової турботи про дитину може ускладнити процес відновлення від болю в спині після пологів.

Основними задачами міофасціального релізу за методом SanoRoller є: зняття надмірного тиску на міжхребцеві диски; відновлення кровообігу в навколо хребцевих тканин; зняття набряку і запалення в зоні ураженого диска; розслаблення спазмованих м'язів; розвантаження хребта; відновлення тонусу глибоких м'язів спини і структура між хребцевих дисків

Міофасціальні больові синдроми обумовлені м'язовим спазмом, наявністю в напружених м'язах патологічних ущільнень або локального м'язового гіпертонусу та напруги в тригерних точках (ТТ). Останні містяться в межах напружених, ущільнених пучків скелетних м'язів або їх фасцій і можуть перебувати як в активному, так і в латентному стані. Активна ТТ — це фокус гіперподразливості, що проявляється у вигляді болю, який

відчувається не стільки в ділянці локалізації критичної точки, скільки у віддалених від неї ділянках, тобто відображається в характерній для даної точки зоні. Відображений біль може спостерігатися у стані спокою і під час руху. Активний тригер дуже чутливий, перешкоджає повному розтягуванню м'язів і трохи ослаблює їх силу. При спробі активного розтягування м'язів біль і в них самих, і в зоні відображеного болю різко посилюється. ТТ можуть перебувати в латентному стані. У таких випадках виявляється тільки локальна болючість при пальпації місця розташування тригера. При цьому болів у віддалених ділянках не виникає. Латентні ТТ трапляються набагато частіше, ніж активні. Тригерні точки в клубово-поперекової м'язі рідко зустрічаються у вигляді ізольованого міофасціального синдрому. Як правило, вони поєднуються з тригерними точками в квадратного м'язу попереку. Щоб ефективно усунути клубово-поперековий синдром необхідно зробити інактивацію тригерних точок як в клубово-поперековому м'язі, так і в квадратному м'язі попереку.

Зважаючи на своє анатомічне розташування, самостійно надати необхідний механічний вплив на тригерні точки клубово-поперекового м'яза вкрай проблематично. Доречно використовувати комплекс вправ для зняття міофасціального больового синдрому, що сприяють витягненню уражених м'язів за допомогою різного діаметру ролів і м'ячів SanoRoller, у відповідності з рівнем комфорту для жінки.

Працювати з ролами можна декількома способами:

- «Розкатати» на ролі найбільш проблемну область (ефект масажу).
- Використовувати концепцію анатомічних потягів Т.Майерса, і, якщо у клієнта є проблема в одній частині цього «потягу», можна ролом пропрацьовувати його повністю для більш комплексного вирішення проблеми.

- Працювати з тригерними точками:

- а) Продивитися карти віддачі болі, знайти тригерну точку пов'язану з місцем, де болить і впливати на неї точково в статиці м'ячиком,

- б) Розкатувати рол, знайти больову точку, потім використати м'яч для точечного пропрацювання

Існує ряд обмежень у використанні елементів міофасціального релізу (МФР) для людей з нефропатіями, захворюваннями шкіри, сильними набряками. При прокатуванні на ролі треба уникати прямого впливу на суглоби, хребет, шию, тиску на область живота, грудей і зон з варикозним розширенням вен. Небажаними зонами впливу є також внутрішня поверхня стегон і литкових м'язів. Ці зони вимагають уваги і опрацьовуються тільки при відсутності виражених м'язових спазмів з мінімальним тиском, щоб не допустити подальшого спазмування.

При використанні МФР SanoRoller працюють над литковими м'язами (при відсутності гострих спазмів), м'язами передньої і задньої поверхні стегна, сідниці, найширших м'язів спини. Прокаткування на ролі високої щільності має бути повільним, м'яким і комфортним. Обов'язковою умовою є збереження тіла в положенні нейтрального вирівнювання. Важливим є також правильне дихання під час заняття, яке допомагає знімати біль і напругу. На кожну м'язову зону вплив здійснюється не більше хвилини, потім потрібно перейти до наступної групи м'язів, поступово задіяючи всі необхідні сфери.

Неможливо переоцінити перевага міофасціального розслаблення для вагітних і молодих мам. Міофасціальне розслаблення разом з правильним харчуванням і раціональним режимом дня зробить післяпологове відновлення жінки більш комфортним і забезпечить оптимальні умови для росту і розвитку майбутнього малюка!

УДК 612.017.1+616-056.3(075)

Кот Є.М.¹, Доровських А.В.¹

¹ студ. гр. УФКСз-219м НУ «Запорізька політехніка»

ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

За даними Центру громадського здоров'я, станом на 9:00 16 квітня в Україні 4161 лабораторно підтверджений випадок COVID-19, з них 116 летальних, 186 пацієнтів одужали. За добу зафіксовано 397 нових випадків.

В Німеччині число померлих від викликаної пневмонії відносно невелика, коефіцієнт смертності не перевищує 0,4 відсотка, в Італії він надзвичайно високий (Університет Джонса Хопкінса). Це залежить від якості допомоги та віку і загального стану здоров'я. Коронавірус з високим індексом контагіозності, більш жорсткіший, ніж грип. Це означає, що вірус охоплює усі прошарки населення практично миттєво. Люди, які не мають клінічних ознак захворювання, є заразними, але чим більше клінічних проявів, тим більше шансів заразитися. 75-80 % хворіють практично без симптомів. Перебіг хвороби залежить від імунної системи, яка забезпечує захист організму від чужорідних агентів, контролює сталість клітинного і гуморального складу організму. Основа імунної системи – здатність відрізнити генетично чужорідні структури від власних. Для формування повноцінного специфічної імунної відповіді необхідна взаємодія трьох типів імунокомпетентних клітин: В-лімфоцитів, Т-лімфоцитів, антигенпрезентуючих клітин (АПК).

Підтримання гомеостазу організму основа здоров'я людини, яка обумовлена імунною системою. Проблема зі здоров'ям людини частіше пов'язана з будь-якими інфекційними агентами (вірусами, бактеріями, грибами, найпростішими, паразитами). Однією з основних завдань імунної системи і є боротьба з інфекційними агентами. Однак і сама імунна система може бути піддана інфекційному зараженню, в першу чергу ДНК-вірусами герпес-групи: вірусами HHV4 (вірус Епштейн-Барра) - уражаються В-лімфоцити, вірусами HHV5, HHV6, HHV7 - уражаються Т-лімфоцити і антигенпрезентуючі клітини.

Наявність подібних вірусних навантажень (або їх комбінацій) в організмі призводить до порушень адекватної роботи імунної системи, результатом якої є серйозні і важко виправні наслідки такі як формування аутоімунних реакцій, сприяє появі новоутворень.

Позбувшись вірусів, що обтяжують імунну систему, можна говорити про фактичне відновлення її функцій.

Розуміння механізмів виникнення патологічних процесів в організмі, отримане за допомогою унікального діагностичного інструментарію АТМ «VEGA-Test», на підставі аналізу клінічного матеріалу, отриманого завдяки багаторічній практиці застосування лінійки препаратів, які забезпечують лікування не симптомів захворювання, а відпрацьовування першопричини їх виникнення. Досвід застосування такої методики виявився ефективним навіть при лікуванні складних системних захворювань.

Противірусна терапія (ДНК та РНК вірусів) досягається завдяки використанню препаратів розробки компанії ТОВ НВО «Міжнародний медичний центр»: Антивірус -7, Кремній -3, Цитофіл – 4.

Відновлення функцій ШКТ.

Травлення - це механічна і хімічна обробка їжі в шлунково-кишковому тракті. Вся споживана нами їжа містить поживні речовини, необхідні для процесів життєдіяльності: білки, вуглеводи і жири. В основному це великі, складно побудовані молекули, які для перетравлення повинні розщеплюватися на прості компоненти. Травні ферменти, або ензими, допомагають розщепити такі складні сполуки, щоб організм зміг засвоїти і використати їх для пластичного і енергетичного обміну речовин.

В Україні виявлено при COVID-19 ураження при травного шляху. Слизова оболонка шлунку, дванадцятипалої кишки і прямої кишки набрякла, інфільтрована плазматичними клітинами і лімфоцитами. При COVID-19 існує високий ризик пошкодження жовчних шляхів.

- В організмі людини знаходиться близько 1000 лімфовузлів, які є важливою частиною імунної системи. І 600 із них містяться в черевній порожнині. Тому якість імунної системи на 70- 80 % – це нормальна робота ШКТ (шлунково-кишкового тракту).

Основними джерелами ферментів є печінка та підшлункова залоза. При порушеннях роботи ШКТ виникає блокування роботи лімфовузлів через запалення слизової оболонки, на підставі ферментопатії.

Для нормалізації роботи ШКТ розроблені фітопрепарати, ефективність яких була підтверджена при клінічних випробуваннях:

- Гепатофіл – гепатопротекторний засіб, здатний підвищувати стійкість печінки до патологічних процесів, стимулюючи активність її ферментних систем і сприяти відновленню її функцій при різних пошкодженнях (включаючи алкогольну інтоксикацію).

- Панкреофіл – відновлення роботи підшлункової, має знеболюючі, протизапальні властивості, пригнічує протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, калікреїн плазмин) в плазмі крові.

- Куркумін – ініціює апоптоз ракових клітин без цитотоксичного впливу на здоров'я, покращує роботу серцево-судинної системи. Має антиоксидантну, гепатопротекторну, антимікробну, імуномодулюючу дію. Сприяє синтезу жирних кислот. Пиперин, як допоміжний компонент препарату, підсилює терапевтичну дію куркуміна в 20 разів.

Відновлення балансу мікроелементів та вітамінів в організмі.

В імунній системі більшість білків – це металопротеїни. Отже для правильної роботи імунної системи потрібен комплекс мінералів і металів. Вітамінно-мінеральні комплекси засвоюються в організмі завдяки кремнію. Засвоєння будь-яких мікроелементів не ефективно без кремнію. Вченими науково виробничого об'єднання «Міжнародний медичний центр» був розроблений нанопрепарат- біологічно активний нанокремній - 0,7 % та 2%. Кремній є основним каталізатором метаболізму мікроелементів. При відсутності дефіциту кремнію організмі засвоюються всі необхідні мікроелементи. Нанокремній нормалізує обмін речовин (є каталізатором окислювально-відновних реакцій, в тому числі жирового і білкового обмінів), бере участь у природному синтезі різних ферментів і гормонів, грає ключову роль в повноцінному засвоєнні організмом людиною більш ніж 70 вітамінів і мінеральних речовин. Нанокремній стимулює процес природного вироблення організмом людини білків колагену і кератину, сприяючи тим самим зміцненню клітин шкіри, кісткової і хрящової тканини. Застосування нанокремнію поліпшує стан нігтів і волосся, сприяє зміцненню кровоносних судин, і перш за все, капілярів, зменшуючи їх проникність. Застосування нанокремнію сприяє протизапальному ефекту, покращує регенеративні процеси в організмі, різних органах і тканинах, підвищує опірність організму. Застосування нанокремнію стимулює фагоцитоз, стимулює діяльність імунної системи; грає важливу роль в профілактиці серцево - судинних захворювань, так як підтримує еластичність артерій, уповільнює процеси старіння в тканинах, бере участь у процесі мінералізації кісткової тканини.

Застосування нанокремнію покращує на провідність нервових волокон і функцію деяких структур головного мозку, перешкоджає проникненню холестерину в плазму крові і відкладення ліпідів на стінках судин; полегшує видалення з сечею метаболітів, чужорідних і токсичних речовин, служить бар'єром, що затримують поширення дегенеративних процесів, пов'язує продукти розпаду пухлинної тканини. Застосування нанокремнію впливає на процеси метаболізму в еритроцитах, моноцитах, лімфоцитах, сприяє засвоєнню кальцію і зростання кісток, попереджає остеопороз. Органічні сполуки кремнію в складі препарату здатні формувати біоелектричні заряджені системи, які знешкоджують звороботворні мікроорганізми (грип, грибки, герпес, гепатит).

Виходячи з вищесказаного було побудовано просту схему по відновленню імунної системи. Яку названо «Три кроки по відновленню імунної системи»

Три кроки по відновленню імунної системи:

1. Прибрати зараження імунної системи. (Нейтралізувати інфекційних агентів).

2. Відновлення функції ШКТ (шлунково –кишкового тракту), це до 70 % всього імунітету організму.

3. Відновлення мікроелементного та вітамінного балансу в організмі.

УДК 612.017.1+616-056.3(075)

Ковальова А.А.¹, Доровських А.В.²

¹ викл. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-219м НУ «Запорізька політехніка»

COVID-19 ІНОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НА СУЧАСНОМУ РІВНІ

100 років тому прийшла велика біда до людства. За різними джерелами в 1918-1919 роках в усьому світі від «іспанки» померло приблизно 50-100 млн осіб. Було заражене близько 400 млн. осіб, або п'ята частина населення планети. Епідемія почалася в останні місяці Першої світової війни і легко переважила найбільше кровопролиття за масштабом жертв.

Нова біда накрила планету Земля. Спалах почався в Китаю. Місто Ухань стало знайомим всьому Світу. Інформація про летальні випадки, про ускладнення вірусу, важкість хвороби заповонило ефір.

Вірус, який прийшов до нас після Китаю та Європи вже ослаблений. Є інформація про особливості перебігу хвороби у слов'ян. Для них характерно підвищення температури не вище 38, яка зростає протягом декількох днів і

може триматися до двох тижнів (Іванов Д.Д., Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, Завідувач кафедри нефрології і НЗТ НМАПО імені П.Л.Шупика. (<https://www.youtube.com/watch?v=zzw4JCpute8>)).

Захворювання у слов'ян починається з першіння, болю в горлі, який носить постійний характер, тоді як при ангіні біль посилюється при глитанні. При COVID-19 збільшуються шийні лімфовузли, відзначається закладеність носа, але без виділення слизового секрету. Важливо, що страждає нух. Це симптом типовий для коронавірусу.

У США зробили не очікуване відкриття: COVID-19 не викликає пневмонію, це все залізо та гемоглобін.

За даними Dr. Hany Mahfouz (після лікування сотень пацієнтів в США) COVID-19 не викликає важкої вірусної пневмонії або ГРДС, як спочатку передбачалося.

Вся легенева механіка не ушкоджена COVID-19 викликає унікальний ефект, оскільки він впливає на молекули гемоглобіну в крові, і тому розвивається важка гіпоксемія і поліорганна недостатність через серйозне зниження пропускної здатності Нб, викликаного зв'язування і інгібування молекули гемоглобіну. Нб втрачає здатність зв'язувати кисень, тому кисень не надходить в основні органи. Ось чому ми бачимо стійку гіпоксію поряд з дуже швидкою недостатністю багатьох органів.

Інфільтрат в рентгенографії та комп'ютерної томографії викликаний окислювальним стресом від скупчення гем, виділеного вірусом в альвеолах, який викликає хімічний пневмоніт, а не вірусну пневмонію. Вірус залежить від порфірина, тому він більш важкий у чоловіків і швидше зростає з глікозилюванням Нб, і тому він поганий у діабетиків і літніх пацієнтів. Гіпербаричної кисень і переливання крові можуть тимчасово допомогти. Вірус викликає стан, подібний до росту, метгемоглобінемії і отруєння чадним газом.

Коронавірус відноситься до сімейства РНК-вірусів, а значить механізми його розмноження відбуваються так же, як у всього сімейства йому подібних. НВО «Міжнародний медичний центр» СмартМед », спільно з провідними інститутами АН України розробив унікальну многотаргетную противірусну терапію, яка використовує зовсім інші механізми впливу на вірус - а саме, механізми, що порушують його життєвий цикл. Клітина людського організму - безперервно створює білки. Генетичний код (ДНК) керує її дією. Вірус - інфекційний агент, в центрі якого знаходиться його генетична структура (ДНК або РНК), укладена в білкову оболонку (капсид), який захищає його генетичний матеріал, сприяє проникненню вірусу в клітину-людського організму. На поверхні оболонки вірусу знаходяться поверхневі білки (в разі корона вірусу вони виглядають, як корона), які є основою входу в клітину -

господаря. Віруси мають свій власний генетичний код, але не мають механізмів, які можуть скопіювати його ДНК. Тому вірус примушує виробляти клітину свою власну ДНК або РНК генома і білка вірусу. Активна мутація вірусу підвищує його виживання. Заражена клітина продовжує виробництво нових клонів. Мутація вірусу важливий захисний механізм вірусу. Подібні мутації генетичного матеріалу вірусу є причиною неможливості створити ефективну вакцину або впливати на певну структуру вірусу.

Противірусна терапія розроблена науково виробничим об'єднанням «Міжнародним медичним центром».

Кремній 3 - противірусний препарат, дія якого заснована на біофізичних методах. Діоксид церію розміром 2 нм імобілізований на поверхні високодисперсного кремнезему розміром 150-200 нм. За рахунок розміру часток препарату і їх заряду виникає реакція, що пошкоджується або капсид вірусу, або поверхневі білки на ньому. Виходячи на сухий осад - при пошкодженні оболонки або поверхневих білків вірус же не може потрапити в клітину для подальшого свого розмноження. На цьому його життєвий цикл обривається.

Кремній 3 володіє потужним протизапальним ефектом, зменшуючи рівень прозапальних інтерлейкінів і цитокінів. Діоксид кремнію збільшує оксигенацію організму за рахунок доставки його від альвеол до мембрани клітини. З його допомогою в організм набагато легше і ефективніше доставляється кисень. Препарат є найпотужнішим антиоксидантом. При запальних процесах виникає багато активних форм кисню (АФК), які нейтралізують Кремнієм. За рахунок здатності діоксиду кремнію міняти валентність його молекула взаємодіє з молекулою АФК, нейтралізує її, відновлюється.

Препарат Антивірус 7 є противірусним препаратом, однаково ефективно впливає на РНК і ДНК віруси, а точніше, на механізми їх розмноження. Препарат містить таніни, які пов'язують поверхневі білки вірусу, без допомоги яких вірус не може «відкрити» клітину.

Кремній розміром 2 нм є носієм для препаратів, саме завдяки своєму розміру є транспортним провідником » в клітину ліків, після чого відбувається інгібування РНК-полімерази і ДНК-полімерази, що забезпечує неможливість існування вірусу. Ліки містять специфічний фермент, який блокує в клітці білок, що відповідає за перетворювання вірусу в капсид. Препарат блокує рецептори вірусів.

3. Цітофіл 4 виступає в ролі потужного протизапального засобу. Він складається з 16 трав, включаючи полин гіркий однорічний, який є найпотужнішим протизапальним препаратом цитостатиком.

Пропоновану противірусну терапію починали при першому виникненні симптомів захворювання. У цьому випадку спостерігається максимально швидкий ефект. Прийом препаратів також перешкоджає виникненню вторинної бактеріальної інфекції.

Станом на 29 квітня 2020 роки вилікувано 89 пацієнтів з підтвердженим діагнозом «коронавірусна інфекція». У 95% симптоматика припиняється на 5 день, з 3-го дня прийому спостерігається значне поліпшення стану здоров'я.

«ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА ЛОГОПЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У СПЕЦІАЛЬНІЙ ОСВІТІ»

УДК 159.922.76

Семенцова О.М.

старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗПР У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ТА ІНКЛЮЗИВНИХ ГРУПАХ ЗАКЛАДІВ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

У сучасний період впровадження інклюзивної освіти підтримується на державному рівні. Внесено зміни до Закону України «Про загальну середню освіту», затверджено Концепцію розвитку інклюзивної освіти та визначено «Порядок організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах», запропоновано «Інструктивно-методичні рекомендації щодо організації діяльності інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти». Але в той же час впровадження інновацій потребує вирішення питань їх наукового супроводу.

В умовах інклюзії значна увага приділяється питанням організації освітнього процесу, спрямованого на набуття позитивного досвіду соціальної взаємодії, толерантного ставлення до особливостей індивідуального розвитку особистості, оволодіння комунікативними навичками. Тому в умовах впровадження інклюзивної освіти особливого значення набувають питання формування культури спілкування та комунікативної діяльності дітей дошкільного віку, зокрема із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

В онтогенезі розвиток комунікативної діяльності дошкільників відбувається у процесі спілкування з дорослими та однолітками. Протягом дитинства виникають та розвиваються певні форми, які відображають нормальний хід розвитку спілкування дошкільника (М. І. Лісіна). Цими формами спілкування діти із ЗПР самостійно й своєчасно не опановують [1].

При різних формах ЗПР спостерігається як загальне недорозвинення структурних компонентів спілкування, так і порушення окремих операцій комунікативного акту, які перш за все пов'язані зі специфікою розвитку емоційної сфери та недостатнім рівнем володіння засобами спілкування. При спілкуванні діти дошкільного віку із ЗПР, зазвичай, використовують експресивно-мімічні та практично-дійові засоби спілкування. Спостерігаються труднощі в здійсненні змістовних контактів між партнерами спілкування [2].

Данні емпіричних досліджень з визначення особливостей комунікативної діяльності дітей дошкільного віку із ЗПР дозволяють визначити напрямки корекції. Серед яких значна увага приділяється:

- поширенню репертуару засобів спілкування та формуванню комунікативних навичок;
- розвитку здатності усвідомлювати себе та сприймати однолітка, як суб'єктів спілкування, зокрема, формуванню емоційно-позитивного сприйняття однолітка та потреби у спілкуванні (діловому, особистісному, пізнавальному);
- формуванню у дітей шанобливого ставлення один до одного та до дорослих людей;
- формуванню соціальних уявлень, усвідомленню та відтворенню в ігровій формі соціальних стосунків, вдосконаленню навичок культури спілкування.

Визначені напрямки корекції склали основу програми спецкурсу з розвитку комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку із ЗПР. Запропонована програма спецкурсу впроваджувалась в інклюзивних групах у закладах дошкільної освіти та спеціалізованих групах для дітей із ЗПР.

За результатами роботи була визначена позитивна динаміка у розвитку комунікативної діяльності дошкільників із ЗПР. Так, у дітей із ЗПР поширився репертуар засобів спілкування. Під час взаємодії з однолітками вони стали використовувати майже всі засоби спілкування: зорові контакти, експресивно-мімічні та предметно-дійові засоби, виразні рухи та мовлення. Збільшилась кількість контактів дітей з використанням мовленнєвих засобів спілкування. Зменшилась кількість відволікань під час комунікативної взаємодії. Підвищилась тривалість спілкування та зросла кількість комунікативних актів [3].

Таким чином, отримані результати свідчать про можливість формування у дітей старшого дошкільного віку із ЗПР нормативно-вікових форм спілкування з однолітками та дорослими в спеціально організованих умовах освітнього процесу за умовою використання спеціалізованих програм з розвитку комунікативної діяльності дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. 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.

3. Семенцова О.М. Теоретичні уявлення про затримку психічного розвитку та визначення напрямків корекційної допомоги дітям в умовах інклюзивної освіти / Семенцова О.М. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Випуск 37: збірник наукових праць / М-во освіти і науки і науки України. Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова. – Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2019. – С. 110-119.

УДК 378.016:373.2

Залановська Л.І.

канд. псих. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ГОТОВНІСТЬ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА»

При організації освітнього процесу в умовах інклюзивного навчання слід враховувати, що розвиток дитини, з особливими потребами більшою мірою, залежить від якості освітнього середовища, змісту й характеру співробітництва, допомоги дорослого. Безумовним є визнання науковою і педагогічною спільнотою того факту, що якість інклюзивної освіти залежить від якості підготовки педагога до фахової діяльності у нових професійних обставинах.

В. Хитрюк акцентує увагу на тому, що «професійна педагогічна діяльність в умовах освітньої інклюзії не означає механічного підсумовування професійних завдань, знань, умінь і навичок в умовах загального і спеціального (корекційного) закладу освіти. Змінений освітній простір і освітнє середовище передбачають пошук шляхів вирішення важливого і складного завдання підготовки майбутнього педагога до нового синтетичного виду професійної діяльності, формування принципово нової професійно-педагогічної готовності і компетентності, що дають змогу вирішувати не тільки освітні (академічні) завдання формування знань, умінь і навичок у всіх учнів, але й забезпечувати їхній соціальний розвиток, соціалізацію, соціальну адаптацію та інтеграцію» [342, с. 7]. Ця думка повною мірою стосується і підготовки фахівців зі спеціальності «Спеціальна освіта», адже в умовах інклюзивного освітнього середовища потрібна принципово нова готовність спеціального педагога до професійної діяльності, що стане основою нового професійного мислення і фахової

компетентності у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Професійна компетентність спеціального педагога у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами – динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність фахівця успішно провадити професійну діяльність в умовах інклюзивного освітнього середовища; інтегроване поняття, що включає: світоглядні позиції педагога як базисну основу розвитку всіх компонентів професіоналізму, глибоку обізнаність і практичні уміння в галузі інклюзивного навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами, розвинені професійно-значущі якості.

Професійна готовність визначається як закономірний цілеспрямований результат визначеної спеціальної професійної підготовки фахівців, його особистісно-мотиваційного ствердження, налаштованості на працю, уміння перемагати труднощі, їх освіти, самоосвіту, самовиховання, бажання досягти успіху і уміння долати перешкоди. Більшість дослідників вказують, що професійна готовність – складне психологічне, особистісне утворення, активний діяльнісний стан особистості, певна складна її якість, що включає систему інтегрованих властивостей. Відповідно, такою готовністю регулюється професійна діяльність фахівця, забезпечується ефективність.

Питання готовності майбутнього педагога до роботи з дітьми в умовах інклюзивної освіти досліджувалось зарубіжними вченими Т. Лорманом, Д. Депплер, Д. Харві, російськими та українськими науковцями: Н. Буковцовою, І. Хафізулліною, О. Воробйовою, А. Колупасовою, К. Волковою, О. Антоновою, О. Мартинчук, Т. П'ятаковою, В. Засенком, Н. Назаровою, Ю. Шумилівською та ін.

Аналіз літературних джерел і власні наукові дослідження дали можливість визначити такі компоненти готовності до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти:

1. Конітивний – система знань і уявлень про особливості психофізичного розвитку, можливостями здоров'я і особливості побудови освітнього процесу, в якому беруть участь діти з особливими освітніми потребами;

2. Мотиваційний – сукупність стійких мотивів до роботи в умовах інклюзивної освіти спрямованість на визнання кожної дитини суб'єктом навчально-вихованої діяльності.

3. Особистісний – це система професійно-ціннісних орієнтацій, професійно-особистісних якостей. Професійно-ціннісні орієнтації педагога, який працює з дітьми з особливими освітніми потребами – це спрямованість на розвиток особистості в цілому, а не тільки на отримання освітнього результату; усвідомлення своєї відповідальності за дітей. До професійно-

особистісних якостей вчителя належить: емпатія, толерантність, педагогічний оптимізм, високий рівень самоконтролю.

4. Діяльнісний – складається із способів і прийомів реалізації професійно-педагогічних знань в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами і передбачає формування у майбутніх педагогів відповідних професійних компетентностей.

Таким чином, професійно-педагогічна підготовка майбутніх вихователів до роботи в інклюзивних умовах у вищому навчальному закладі має бути системною, спрямованою на оволодіння студентами професійно-ціннісними орієнтаціями (визнання цінності особистості дитини незалежно від її порушення; спрямованість на розвиток особистості в цілому, а не тільки на отримання освітнього результату; усвідомлення своєї відповідальності як носія культури та її транслятора для дітей з особливостями психофізичного розвитку); професійно-особистісними якостями (співчуттям, емпатією, толерантністю, педагогічним оптимізмом, високим рівнем самоконтролю і саморегуляції); професійно-особистісними вміннями (творчим підходом до вирішення проблем, креативністю, умінням дотримуватися конфіденційності особистісних таємниць вихованця) та інклюзивною компетентністю, яка забезпечить можливість майбутнім вихователям дошкільних навчальних закладів здійснювати моніторинг психофізичного і соціального розвитку дітей, особистісно-орієнтований підхід, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини, створювати умови для включення дітей з обмеженими можливостями в середовище загальноосвітнього закладу.

Перспективи подальших розвідок вбачаємо у дослідженні професійної готовності студентів спеціальності «спеціальна освіта».

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ленів З.П. Особливості реалізації інклюзії та підготовки відповідних фахівців: проблеми, досвід, перспективи / З.П. Ленів // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2014. – № 28. – С. 119-121, 123.

2. Мартинчук О. В. Підготовка майбутніх педагогів до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти [Електронний ресурс] / О. В. Мартинчук // Вісник психології і педагогіки : збірник наук. праць / Педагогічний інститут Київського університету імені Бориса Грінченка Інститут психології і соціальної педагогіки Київського університету імені Бориса Грінченка. – К., 2012. – Вип. 8. – 248 с.

3. Удич З.І. Психолого-педагогічна підготовка учителя до роботи в умовах інклюзивного класу / З.І. Удич // Збірник науково-методичних праць Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-

економічного коледжу. Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали міжнародної науково-практичної конференції: «ВЕКТОР». – Кам'янець-Подільський: «Аксиома». – 2017. – Вип. 2. – С. 127-128.

УДК: 616.831-008.434.5

Івахненко А.А.

канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ АФАЗИОЛОГІЇ

Афазія - одна з найцікавіших та недостатньо вивчених проблем медицини, психології та логопедії. Афазія (від грец. а – негативна частка; phasis – мовлення) – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальним ураженням кори головного мозку при відсутності розладів артикуляційного апарату і слуху [3, с. 30]. Вперше цей термін запропонував французький лікар А. Труссо у 1864 році, хоча окремі роботи з описом афазії існували ще в клінічній літературі XVII століття [1].

Мета дослідження: визначити історичні етапи розвитку афазіології як науки та коротко їх охарактеризувати.

Історія вивчення афазії налічує двохсот річну історію і на думку деяких авторів включає два етапи (Ж. Пайлозян, 2011), три етапи (І. Зайцев, 2006) та п'ять етапів (Л. Цветкова, 1988). Систематичне вивчення цього розладу почалося у другій половині XIX ст. І це можна вважати першим етапом у розвитку афазіології. Він пов'язаний з виникненням двох наукових напрямків: локалізаціонізма (П. Брока, К. Верніке та ін.) - вчення про локалізацію функцій в корі головного мозку і антилокалізаціонізма (П. Марі і ін.) – теорії, що вказувала на важливість діяльності мозку як єдиного цілого.

Так, на першому етапі можна виділити наступні важливі відкриття. У 1861 році П. Брока - відомий французького хірург і антрополог, відкрив так званий "центр моторних образів слів" в задній третині нижньої лобової звивини лівої півкулі і першим описав випадок моторної афазії у хворого. Більше десятиліття потому, в 1874 році німецький психоневропатолог К. Верніке дав перший докладний опис порушень мовлення, що виникають при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини кори лівої півкулі головного мозку, які викликають порушення розуміння мовлення і порушення експресивного мовлення. Ці симптоми він описав як сенсорна афазія. Протягом наступних десятиліть з'явилися описи ще ряду форм афазії, в основі яких були вже не моторні і сенсорні розлади, а порушення більш складних процесів. Так була виділена провідникова афазія (К. Верніке, 1874),

семантична (Г. Хед, 1926), динамічна (К. Клейст, 1934), амнестична та інші форми афазії [2]. Створювалися різні класифікації афазій, в тому числі і відома класифікація Верніке - Ліхтгейма (1885), в основу якої було покладено локалізаційно-механістичний підхід.

І на противагу цих теорій було висунуто нові уявлення, які розглядали афазію як результат порушення або інтелектуальних функцій (П. Марі, 1935р.), або «символічної діяльності», «абстрактної установки» або «категоріального поведінки» (К. Гольштейн, 1947). Тобто сформувався ідеалістичний підхід, який відокремлював мовленнєві процеси від їх мозкової основи.

Починаючи з 40-х років ХХ століття – другий етап – виникає нове вчення про афазію [2]. Його виникнення було спричинено стрімким розвитком фізіології, психології, неврології, нейрохірургії та інших наук. Засновником нового вчення про афазію став О. Лурія, якому належить найбільш поширена на сьогоднішній день класифікація цього порушення. Він виділив шість форм афазій, з яких три форми порушення експресивного мовлення (моторні афазії): аферентна (кінестетична), еферентна (кінетична) та динамічна афазія, а також три форми порушення імпресивного мовлення: сенсорна, семантична та амнестична афазія.

Третій етап – триває і сьогодні та пов'язаний з науковими дослідженнями Е. С. Бейн, М. Бурлакової, Т. Візель, В. Опель, Л. Цветкової, В. Шкловського та ін., які значно розширили сучасні уявлення про афазію та виділили їх в самостійну галузь наукових знань - афазіологію (Л. Цветкова, 2002). На третьому етапі вітчизняним логопедам належить вирішити багато питань, зокрема, в Україні майже відсутня спеціальна наукова та науково-методична література з проблеми афазії, а також українські протоколи нейролінгвістичного обстеження хворих на афазію та програми відновлення мовленнєвої функції цієї категорії хворих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Зайцев И.С. Афа́зия. Учебно-методическое пособие. / И.С. Зайцев. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006. – с. 25.
2. Пайлозян Ж. А. Афа́зиология: этапы развития и актуальные вопросы // Медицинская наука Армении НАН РА. 2011. №1. С. 27-37.
3. Селиверстов В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда / В.И. Селивестров. – М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – с. 193.

УДК 159.9

Ганноцька Д.І.¹, Семенцова О.М.², Серeda О.П.³

¹ студ. гр. УФКС-316 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ГЛОБАЛЬНОГО ЧИТАННЯ ДЛЯ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

За даними Всесвітньої організації здоров'я щорічно збільшується кількість дітей з розладами аутичного спектру (РАС), що ставить педагогів та психологів перед необхідністю пошуку прийомів та методів надання корекційної допомоги цієї категорії.

Метою цієї роботи є опис корекції мовлення дитини дошкільного віку з РАС з використанням методики глобального читання в процесі індивідуальних занять.

Основою методики глобального читання (автор Гленн Доман) є сприйняття інформації глобально з опорою на зорову та слухову пам'ять [1]. За допомогою цієї методики дитина впізнає та читає слова повністю, не виділяючи окремі асоціативні літери. Методика розвиває імпресивне мовлення та мислення до оволодіння навичкою проговорювати прочитане та дозволяє проаналізувати, наскільки дитина, що не говорить розуміє звернене мовлення. Методика глобального читання також допомагає дитині подолати негативне відношення до занять та дає впевненість у собі.

Метод глобального читання використовувався при роботі з хлопчиком шості років, який має розлади аутичного спектру. Заняття проводились на протязі чотирьох місяців два рази на тиждень. Тривалість кожного заняття не перевищувала 40 хвилин.

До початку корекційної роботи було проведено логопедичне обстеження, яке визначило наявність бідного словника. Дитина користується короткими аграматичними фразами-штампами, які інтонаційно невиразні та супроводжені стереотипними рухами та жестами. Позаситуативно може відтворювати повне поширене речення, яке колись чув від інших. Звернене мовлення не розуміє.

Корекційна робота містила чотири етапи: читання автоматизованих енграм, читання слів, розуміння письмових інструкцій, читання речень. Відпрацювання вправ на кожному етапі тривало майже місяць.

На першому етапі (читання автоматизованих енграм) відпрацьовувалось використання у мовленні дитиною займенника «Я». Для цього використовувався сімейний альбом з надрукованими іменами та соціальними

ролями членів родини. Була проведена підготовча робота, що складалася з наступних етапів: співвідношення однакових предметів, співвідношення предмету з його зображенням на малюнку, співвіднесення однакових малюнків та співвіднесення малюнків з надрукованим словом. Під час виконання завдань хлопчик навчився з невеликими похибками виконувати підбір підписів до фото членів родини.

На другому етапі за допомогою малюнків підібраних за різними лексичними темами (домашні тварини, одяг, посуд, транспорт, овочі, фрукти тощо) дитина навчалась читати слова. Роботу на цьому етапі було розпочато з теми «Іграшки». При виборі слів не використовувались слова схожі за написанням (наприклад, мишка – машина). Дитині озвучувалась назва іграшки та пред'являвся написаний на картці варіант слова, потім пропонувалось самостійно покласти картку на відповідне зображення іграшки. Під час накопичення словника за темою «Одяг» дитині пропонувалось підібрати вбрання для ляльки, прочитавши надруковані на картках слова, та співвіднести їх з картками, які були заздалегідь прикріплені до одягу ляльки. Таким способом відпрацьовувались інші лексичні теми.

На третьому етапі (розуміння письмових інструкцій) дитині пропонувалось скласти речення за схемою: дієслово теперішнього часу наказового способу плюс іменник однина, знахідний відмінок. При складанні речень дієслово залишалось незмінним, змінювались тільки іменники (наприклад, «покажи ніс», «покажи вухо», «покажи рот»). Увага дитини зверталась на різне написання іменників у реченні. Заняття проводилось перед дзеркалом за допомогою ляльки. Виконуючи вправи, дитина торкалася частини тіла ляльки, а потім відтворювала їх на собі, називаючи слово куди був спрямований дотик.

Після того, як дитина навчилась виконувати письмові інструкції, їй пропонувалось складати речення до серії сюжетних картинок (четвертий етап). Для виконання завдання підбиралися сюжетні картки з однією особою, що виконує різні дії (наприклад, кошеня спить, біжить, їсть). Труднощі виникли в викладанні послідовності дії, що зумовлені особливостями поведінки дитини. Відпрацювання завдань цього етапу було найтривалішим за часом.

Підсумовуючи отримані результати можна констатувати, що використання методики глобального читання дозволило збільшити активний словник за рахунок введення нових слів, що означають предмети та дії, які з ними виконуються. Сформувати образи друкованого слова та співвіднести його з предметом та малюнком. Користуватися простим реченням збереженої структури. Покращилось розуміння зверненого мовлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Доман Г. Как научить ребенка читать. Ласковая революция / Доман Г. – М.: АСТ, 2004. – 256 с.
2. Душка А.Л. Дитина з розладами аутистичного спектра / Душка А.Л. – Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. – 32 с.
3. Доман Г. Методика раннего развития Глена Домана. От 0 до 4 лет. / Доман Г. – М.: Эксмо, 2017. – 224 с.
4. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: Методические разработки. / Нуриева Л.Г. – М.: Теревинф, 2016. – 129

УДК: 372.881.342.1

Івахненко А.А.¹, Кириліна В.О.²

¹ канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-317 НУ «Запорізька політехніка»

ФОРМУВАННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ І ДИНАМІЧНИХ СТЕРЕОТИПІВ У ДІТЕЙ З ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЮ ДИЗАРТРІЄЮ

Псевдобульбарная дизартрія - дизартрія, що обумовлена центральним паралічем м'язів, що знервуються язикоглотковим, блукаючим і під'язиковим нервами, внаслідок двостороннього ураження рухових корково-ядерних шляхів. Найбільш часто ця форма дизартрії спостерігається при перинатальній патології, при ураженні нервової системи плода та новонародженого. При псевдобульбарній дизартрії спостерігається: гіперсалівація, обмеження руху м'язів мовленнєвого апарату, порушення довільного ковтання, парез губних м'язів, підвищення м'язового тону м'язів артикуляційної мускулатури, обмеження рухів губ, язика, м'якого піднебіння, порушення дихання, жування, іноді ковтання. Порушення артикуляційної моторики при дизартрії є результатом обмеження рухливості артикуляційних м'язів, що посилюється порушеннями м'язового тону, наявністю мимовільних рухів, гіперкінезів, тремору. Для правильної вимови звуків дитині з псевдобульбарною дизартрією потрібно відтворити артикуляційний уклад, що складається зі складного комплексу рухів.

Основним засобом для розвитку мовленнєвої моторики є артикуляційна гімнастика. Артикуляційна гімнастика - це система вправ, спрямованих на вироблення повноцінних рухів і певних положень органів артикуляційного апарату, необхідних для правильної вимови звуків [3]. Дослідженням корекційно-розвивального впливу артикуляційної гімнастики на покращення звуковимови займалися такі науковці як М. Ейдінова і Е. Правдіна-Винарская, Е. Мастюкова, Ю. Рібцун та ін..

Мета дослідження полягає у визначенні змісту комплексу артикуляційної гімнастики, спрямованого на розвиток артикуляційної моторики дітей з псевдобульбарною дизартрією.

Підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів повинна включати такі напрями, як нормалізація м'язового тону артикуляційної мускулатури та нормалізація моторики артикуляційного апарату. З цією метою мають проводитися диференційовані прийоми артикуляційної гімнастики.

Артикуляційна гімнастика підрозділяється на два види: пасивна й активна. Вправи пасивної гімнастики при дизартрії застосовуються у разі, коли дитина не може виконувати рухи самостійно через втрату сили в м'язах. Корекція має на увазі, що педагог виконує гімнастику, механічно впливаючи на органи мовлення дитини за допомогою зонда, паличок, рук і шпателя. Пасивні заняття включають в роботу нові групи м'язів, дія яких необхідна для відтворення звуку [1]. З активної гімнастики починають при легкій формі відхилень або переходять на неї з пасивної форми при помітних поліпшеннях. Робота вибудовується шляхом наслідування, тобто педагог показує вправи, а дитина повторює. В активній фазі вправ використовуються різні предмети для утримання їх у роті або між губ [2]. До корекційних вправ, які є необхідними для виправлення кожного типу фонетико-фонематичних порушень, для формування артикуляційних укладів різних фонем відносять: вправи для губ, щік, нижньої щелепи, м'якого піднебіння, язика, його кінчика, передньої та середньої частин; динамічні; – без силового опору; беззвучні, з участю голосу.

Отже, завданнями комплексу артикуляційної гімнастики у дітей з псевдобульбарною формою дизартрії є: вироблення довільних рухів артикуляційного апарату; гальмування появи синкінезій; стимуляція м'язів кінчика і передньо-середньої частини язика. Правильна і систематична гімнастика зможе показати швидкі результати розвитку мовлення і постановки звуку у дітей із псевдобульбарною дизартрією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. – 1996. – № 5. – С. 10 – 14.
2. Пат. 44366 Україна, МПК: А 61 Н 1/00 А 61 М 21/00. Спосіб відновлення вимовної функції у дошкільнят з порушеннями фонетико-фонематичної сторони мовлення / Рібцун Ю. В. – № u200908240; заявл. 04.08.2009; опубл. 25.09.2009, Бюл. № 18.

3. Рібцун Ю. В. Інноваційний підхід до організації та проведення артикуляційної гімнастики в логопедичній групі / Ю. В. Рібцун // Дошкільна освіта. – 2011. – № 3 (33). – С. 31–43.

УДК: 376.016-81.028.5

Пущина І.В.¹, Фабріс В.О.²

¹ канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. УФКС-317 НУ «Запорізька політехніка»

КОРЕКЦІЯ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ

В сучасній логопедії термін «недорозвиток мовлення» використовується для позначення якісно більш низького рівня сформованості тої чи іншої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи загалом. Під загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ) розуміють таку форму мовленнєвої аномалії, при якій порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи, які відносяться як до звукової, так і до смислової сторони мовлення.

Недорозвиток мовлення, як зазначає Е. Архипова, зазвичай є сукупністю декількох синдромів, які відрізняються за механізмами [1]. ЗНМ із точки зору етіопатогенезу вивчалось багатьма дослідниками (Н. Жуковою, Р. Левіною, О. Лурієй, Т. Ушаковою, О. Науменко, С. Ігнатєвою, Є. Соботович, В. Тищенко, Т. Філічевою, Ю. Рібцун, М. Рождественською, В. Тарасун та ін.). Але і на сьогодні механізми відхилень недорозвитку мовлення залишаються недостатньо вивченою проблемою.

Метою нашого дослідження є аналіз спеціальної літератури з проблеми дослідження та розробка корекційної програми щодо подолання порушення звуковимови у дітей старшого шкільного віку із ЗНМ.

Дослідники виділяють чотири рівні ЗНМ, а саме:

I рівень ЗНМ – мовлення дитини цілком відсутнє або ж спостерігають невелику кількість звичайних та спрощених слів. У мовленні повністю відсутні речення. У спілкуванні вони віддають перевагу жестам і міміці.

II рівень ЗНМ – словниковий запас дитини невеликий. У ньому представлені слова різних частин мови, проте він обмежений лише словами повсякденного вжитку. У звуковимові спостерігається багато помилок.

III рівень ЗНМ – дитина володіє розгорнутим фразовим мовленням, вона може підтримати розмову, відповісти на запитання, скласти речення й навіть невеличке оповідання за малюнком. Однак відзначається бідність словника.

IV рівень - усне мовлення дитини у цілому максимально наближене до норми. Спостерігаються лише поодинокі помилки [2].

Сучасна школа вимагає від дитини високого рівня розумового і мовленнєвого розвитку. Тому для дитини-дошкільника гарне мовлення – запорука успішного майбутнього навчання та адаптації в школі. Зробивши теоретичний аналіз психолого-педагогічної, психолінгвістичної та спеціальної логопедичної літератури, присвячених проблемі ЗНМ у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку (Л. Аксьонова, О. Жукова, Є. Соботович, Л. Трофименко та ін.), нами було розроблено програму корекції порушення звуковимови у дітей із ЗНМ в умовах ДНЗ.

Корекційна програма має спеціальні підрозділи, перш за все це робота над словом, реченням, зв'язним мовленням тощо. Зміст корекційного навчання з розвитку мовлення дітей дошкільного віку із ЗНМ містить наступні напрями:

I напрям «Формування лексичної складової мовлення». Цей напрям – один із найголовніших, оскільки забезпечує розвиток активного і пасивного словника дитини й повноцінне розуміння інформації.

II напрям «Формування граматичної складової мовлення». Ця складова відображає закріплені в мовленні способи кодування інформації й систему складних відношень, що виникають між предметами, явищами, їх ознаками, діями, властивостями тощо в довір'ї.

Дослідження особливостей формування звуковимови у дітей старшого дошкільного із ЗНМ показують, що найчастіше загальними механізмами фонематичних порушень у цих дітей є системне порушення слухових операцій і слухових функцій.

Спираючись на дослідження вчених, нами були визначені напрями і зміст корекційного навчання з розвитку фонетико-фонематичної сторони мовлення. Вони містять у собі кілька блоків:

I. Перший блок спрямований на корекцію звуків, який передбачає формування правильної звуковимови.

II. Другий блок спрямований на формування психологічних механізмів, що забезпечують розвиток фонематичних уявлень.

III. Третій блок спрямований на формування звукових образів слів, до складу яких входять змішувані дитиною у вимові звуки [3].

Отже, нами було здійснено аналіз сучасних літературних джерел, програм та методик з проблеми подолання порушень звуковимови у дітей із ЗНМ. Запропонована програма розрахована для роботи з дітьми старшого дошкільного віку із ЗНМ у підгрупах й на індивідуальних заняттях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Рібцун Ю.В. Науково-методичне забезпечення реалізації спеціальної освіти дітей із ЗНМ / Ю.В.Рібцун // Логопед (Осн.). – 2011. – № 8. – С. 2-8.
2. Тищенко В., Рібцун Ю. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до п'яти років: Поради батькам. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 128 с.
3. Шеремет М.К. Хрестоматія з логопедії. Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія. / М.К. Шеремет, С.Ю. Конопляста - К.: КНТ, 2008. - 380 с.

УДК 159.9

Миколенко Є.С.¹, Семенцова О.М.², Серeda О.П.³

¹ студ. гр. УФКС-316 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІНГВОДИДАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ РОЗВИТКУ ТА КОРЕКЦІЇ ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗНМ II-III РІВНІВ

Базовий компонент дошкільної освіти визначає важливість сформованості у дітей комунікативної компетенції [1]. Соціалізація дитини відбувається за допомогою мовленнєвого розвитку і є головним інструментом, за допомогою якого вона встановлює контакт із довкіллям. Наразі, поширення комп'ютеризації, телебачення та інших технічних засобів, що стали доступними й дітям дошкільного віку як у сім'ї, так і в дошкільних закладах, обмежує безпосереднє спілкування дітей, внаслідок чого збагачується їхня пізнавальна сфера і водночас гальмується мовленнєва. Саме тому вчені приділяють значну увагу розвитку мовлення дітей дошкільного віку, зокрема зв'язного мовлення. Своєчасний і якісний розвиток зв'язного мовлення – важлива умова повноцінного мовленнєвого розвитку випускника дошкільного навчального закладу [2].

У дослідженні прийняло участь 20 дітей дошкільного віку (шостого року життя), з логопедичним висновком Інклюзивно-ресурсного центру – загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) 2-3 рівня, що відвідують логопедичну групу на базі дитячого освітнього закладу комбінованого типу № 244 «Біла лілея» міста Запоріжжя.

Для логопедичного обстеження дітей було використано методика Ю. Рібцун «Обстеження лексичної сторони мовлення дошкільників із ЗНМ» та дидактичний матеріал А. Малярчук «Обстеження мовлення дітей» [5; 4].

Під час обстеження зв'язного мовлення додатково використовувалась методика В. Глухова «Обстеження зв'язного мовлення дітей середнього дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення» [3]. Відповідно до цієї методики спостереження за мовленням дітей здійснювалось в процесі ігрової, побутової та навчальної діяльності. Основна увага при цьому приділялась наявності і рівню сформованості у дітей навичок фразового мовлення та особливостям мовленнєвої поведінки.

За результатами дослідження виявлено, що у дітей даної групи спостерігаються складнощі при оформленні власних думок в зв'язні мовленнєві висловлювання, що пояснюється обмеженістю їх активного словникового запасу. Зв'язні висловлювання короткі та мають низький рівень інформативності. Речення складаються з окремих фрагментів, логічно не пов'язаних між собою. У зв'язному мовленні дітей відзначається непослідовність у відтворенні змісту знайомого тексту.

Для розвитку та корекції зв'язного мовлення дітей із ЗНМ 2-3 рівня у межах даного дослідження, поряд із загальноприйнятими прийомами, використовувався один з лінгводидактичних методів, а саме метод наочного моделювання. Наочні моделі в процесі формування мовлення дитини використовується для розвитку всіх видів зв'язного монологічного мовлення: переказ, складання розповіді за картиною і серією картин, опис-розповідь, творча розповідь. Оволодіння формами наочного моделювання (умовні позначення, схематичні малюнки), надає дитині можливість використовувати наочні моделі, що сприяє розвитку у дошкільників здатності передбачати можливі результати власних дій и служить засобом планування висловлювання.

Розвиток та корекція зв'язного мовлення дітей із ЗНМ 2-3 рівня за допомогою методу наочного моделювання здійснювалось у межах даного дослідження в декілька етапів: засвоєння і аналіз сенсорного матеріалу; переклад його на знаково-символічну мову; робота з моделлю. Формування навичок наочного моделювання відбувалось в певній послідовності з постійним підвищенням частки самостійної участі дошкільників. При розвитку навичок наочного моделювання вирішувались наступні дидактичні завдання: знайомство з графічним способом представлення інформації; розвиток вміння дешифрування моделі; формування досвіду самостійного моделювання.

За результатами проведення повторного обстеження після корекційної роботи можна зазначити, що у дітей із ЗНМ 2-3 рівня значно покращились показники зв'язного мовлення, а саме: поступово діти від простого маніпулювання елементами моделі перейшли до складання просторової динамічної моделі, яка безпосередньо служила планом переказу. Систематичне виконання вправ сприяло кращому засвоєнню синонімів,

антонімів, епітетів, порівнянь, слів, які римуються, засвоєнню мовленнєвих засобів образної виразності. Діти навчилися розповідати за картиною, серією картин, описувати предмети, складати розповіді за аналогією та вигадувати продовження до незакінченої розповіді. Використання методу наочного моделювання також дозволило вирішити завдання автоматизації поставлених звуків в зв'язному мовленні. Поступово опановуючи всіма видами зв'язного висловлювання за допомогою моделювання, діти навчилися планувати своє висловлювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Базовий компонент дошкільної освіти / Науковий керівник: А.М. Богуш, дійсний член НАПН України, проф, д-р пед. наук; авт. кол-в: Богуш А.М., Беленька Г.В., Богініч О.Л., Гавриш Н.К., 2012. – 26 с.
2. Богуш А.М. Запрошуємо до розмови: посібник для роботи з дошкільниками / А.М. Богуш, Г.І. Григоренко. – К.: Освіта, 1997. – 212 с.
3. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием / В.П. Глухов. М.: АРКТИ, 2002. – 144 с.
4. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей. Дидактичний матеріал. – К.: Літера ЛТД, 2002. – 104 с.
5. Рібцун Ю.В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс / Ю.В. Рібцун. – К.: Освіта України, 2011. – 292 с.

УДК 159.9

Панченко В.І.¹, Семенцова О.М.², Серeda О.П.³

¹ студ. гр. УФКС-316 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

ФОРМУВАННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Формування усного мовлення є важливою умовою психічного та мовленнєвого розвитку дітей з порушенням слуху. Усне мовлення формується раніше інших форм мовлення і є основою для розвитку письмового мовлення. Найбільш відомими методиками з оволодіння мовленням є методики Н. Рау, Ф. Рау, В. Бельтюкова, Н. Слезіної, Е. Леонгард, Т. Пелінської.

Діти раннього віку (двох-трьох років), що зараховуються до дошкільного закладу, не володіють усним мовленням навіть на

елементарному рівні. Хоча мають для цього деякі передумови: дзвінкий голос, беззвучне артикулювання, лепетання. Формування усного мовлення глухих та слабочуючих дошкільників повинно проходити в умовах спеціально організованого навчання. Основним завданням навчання дітей цієї категорії є створення потреби у вербальному спілкуванні.

У даних тезисах описано систему роботи вчителя-сурдолога з дітьми молодшого дошкільного віку на базі Комунального закладу «Запорізької спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату «Джерело».

В основу системи навчання усному мовленню лягли здобутки вітчизняних та зарубіжних фахівців у галузі дошкільної сурдопедагогіки. Основою методики є аналітико-синтетичний полісенсорний концентричний метод формування вимови Ф. Рау, Н. Слезіної та методика Е. Леонгард з формування усного мовлення і розвитку слухового сприймання у глухих дошкільників. У цій методиці Е. Леонгард звертає увагу на важливість ранньої діагностики і слухопротезування, раннього початку корекційної роботи та максимальне включення батьків у процес корекції.

Робота з формування усного мовлення у дітей молодшого дошкільного віку у спеціалізованому закладі відбувається в декілька етапів. Основним завданням першого етапу є формування потреби у дітей у спілкуванні усним мовленням, розвитку здатності наслідувати звукове мовлення та спонування до самостійного усного мовлення. На цьому етапі велика увага приділяється роботі над слоговою та ритмічною основою слова засобами фонетичної ритміки. Також проводиться робота по викликанню та автоматизації звуків.

На другому етапі продовжується робота над формуванням ритміко-інтонаційної сторони мовлення з поєднанням з аналітико-синтетичним полісенсорним концентричним методом. На цьому етапі, крім задіяних раніше зорового і слухового аналізатора, використовується дотиковий та руховий аналізатори. Концентричний метод Ф. Рау, Н. Слезіної з використанням скороченої «системи фонем» використовується у роботі над звуковим складом слова.

Під час викликання звуків мовлення у дитини молодшого дошкільного віку спираємось на методику Е. Леонгард з формування усного мовлення і розвитку слухового сприймання у глухих дошкільників, згідно якої перший концентр складається з 13 звуків: а, п, о, м, т, у, ф, н, в, з, е, л, к. На протязі двох перших років перебування у дошкільному закладі діти опановують вимовою звуків першого концентру та одночасно з цим вчать вимовляти слова замінюючи відсутні звуки звуками з першого концентру. Паралельно ведеться робота над мовленнєвим диханням для формування вмінь користуватися диханням при вимові слова й фрази злито та над силою і висотою голосу.

На заняттях використовуємо знайомий дітям словниковий матеріал. Наочні посібники для автоматизації навичок голосної вимови конкретних предметів, явищ та дій.

При закріпленні вимови звуків в словах та фразах дотримуємось принципу навчання «від предмета до його словесного позначення». При необхідності використовуємо надруковане позначення слова. Після вимови введеного в мовлення звуку з опорою на табличку йде відтворення звуку без опори.

Надалі робота над усним мовленням продовжується у старших групах та у школі.

УДК 159.9

Ріпка Д.А.¹, Залановська Л.І.²

¹ студ. гр. УФКС-316 НУ «Запорізька політехніка»

² канд. псих. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ СЕНД-АРТ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗНМ

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. – Х.:Ранок, 2014. – 176 с.
3. Осипова Т. Ю., Бартенева І. О., Біла О. О. Виховна робота зі студентською молоддю: Навч. посібник / За заг. ред. Т. Ю. Осипової. – Одеса: Фенікс, 2006. – 288.

УДК 159.9

Сомова А.¹, Залановська Л.І.²

¹ студ. гр. УФКС-318сп НУ «Запорізька політехніка»

² канд. псих. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОВЕДІНКИ УЧНІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ КЛАСІ

У дослідженнях останніх років відмічається тривожна тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, які зумовлюються біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням. Значну частину серед цих дітей займають діти із затримками психічного розвитку (ЗПР), яких на фоні загального погіршення дитячого здоров'я стає дедалі більше [3]. З огляду на

збільшення кількості учнів із затримкою психічного розвитку та підвищені вимоги до суспільного виховання проблема навчання дітей із затримкою психічного розвитку дуже актуальна. Це спонукає по-новому розглядати організацію навчально-виховного процесу учнів із ЗПР. Кожна дитина індивідуальна і реакція на учбовий процес у кожного різна. Головним завданням вчителя є передбачити особливості поведінкових реакцій на уроці за для подальшого ефективного процесу всебічного розвитку особистості.

Термін «затримка психічного розвитку» – збірне поняття, яке включає різні за клінічною картиною стани, які не є розумовою відсталістю в повному розумінні цього поняття, але так само і не є інтелектуальною нормою. Сюди відносять дітей як із незначним відставанням у психічному розвитку, які наближаються до нормальних, так і дітей з більше вираженим психічним недорозвиненням, які наближаються до розумово відсталих. Незрілість емоційної сфери й недорозвинення пізнавальної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку мають свої якісні особливості, зумовлені типом аномалії розвитку. В етіології затримки психічного розвитку грають роль конституціональні чинники, хронічні соматичні захворювання, тривалі несприятливі умови виховання і головним чином органічна недостатність нервової системи [2]. У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання незрілості емоційної і інтелектуальної сфери.

Основними проявами затримки психічного розвитку є:

- порушення працездатності та поведінки. У дітей із ЗПР дуже коротка тривалість продуктивної роботи – усього 15-20 хвилин, після чого настає втома;

- особливості пізнавальної діяльності. Зазвичай діти із ЗПР не є допитливими;

- сенсомоторний розвиток і чуттєве пізнання дійсності. У зв'язку з порушеннями центральної нервової системи опрацювання отриманої інформації від органів чуття відбувається менш успішно;

- особливості мислення. Діти із ЗПР, розглядаючи предмети та явища, оперують значно меншою кількістю навчального матеріалу, ніж їх однолітки з типовим розвитком;

- особливості пам'яті. Діти мають труднощі під час запам'ятовування букв і цифр, таблиці множення, віршів;

- знання й уявлення про навколишній світ. Часто діти із ЗПР не знають родинних вуз, послідовності днів тижня, місяців, пір року тощо. Спостерігається брак системності знань [2, с.56].

Також, у дітей недостатньо сформовані мотиви навчальної діяльності, немає «особистої готовності» до навчання. Діти погано включаються в навчальні заняття, не виявляють до них інтересу. Вони не підкоряються

шкільним вимогам, не вміють виконувати завдання за інструкцією, а якщо і виконують, то без бажання, недбало, поспіхом. Під час заняття не можуть довести до кінця розпочату справу, малопродуктивні [1, с. 23].

Отже, для реалізації вчителем класу і спеціалістами школи індивідуального підходу до кожної дитини необхідне систематичне вивчення особистості учня (його темпераменту, характеру, переважаючих інтересів) і опора в навчанні на провідні мотиви. Організація навчального процесу з врахуванням індивідуальних особливостей учнів можлива тільки при взаємодії вчителя з психологом, дефектологом і соціальним педагогом школи. Саме взаємодоповнюваність професіональних позицій і знань спеціалістів у підході до дитини, їх тісна співпраця на різних етапах роботи з нею забезпечують продуктивність корекційної роботи з учнями, з особливими потребами у навчанні. Завдання педагогів полягає не у плануванні лінії психічного розвитку, оскільки будь-яке організоване навчання є розвивальним, а в допомозі кожному учневі удосконалити його індивідуальні здібності, розвивати його як неповторну особистість. Роль педагога полягає в забезпеченні ситуацій успіху і позитивних емоцій дітей у процесі навчання. Необхідно створити умови для індивідуальної діяльності, а значить – корекції та педагогічного особистісного розвитку учня.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием / В.П. Глухов. М.: АРКТИ, 2002. – 144 с.
2. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навч. посібник для педагогів і шкільних психологів / Т.Д. Ілляшенко, Н. А. Бастун, Т.В. Сак. – К.: ІЗМН, 1997. – 128 с.
3. Ляшенко Н.В., Хоменко Т.М. Розвиток зв'язного мовлення учнів початкових класів спеціальних загальноосвітніх шкіл інтенсивної педагогічної корекції. – К.: Шкільний світ, 2006. – 86 с.
4. Мамічева О. Корекція пізнавальних психічних процесів у дітей із затримкою психічного розвитку. // Дефектологія. – 2008. – №2. – 134 с.
5. Рібцун Ю.В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс / Ю.В. Рібцун. – К.: Освіта України, 2011. – 292 с.

УДК 159.9

Супрун В.¹, Семенцова О.М.², Середа О.П.³

¹ студ. гр. УФКС-316 НУ «Запорізька політехніка»

² старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА В КОМАНДІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Обґрунтуванню теоретичних питань, пов'язаних з організацією інклюзивного процесу у школі, присвячені праці В. Засенко, Е. Данілавічюте, А. Колупасової, Т. Сак. У цих дослідженнях визначаються форми, методи та прийоми роботи основних учасників команди супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Дослідники також підкреслюють важливість створення спеціальних умов для цієї категорії дітей.

У «Положенні про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої та дошкільної освіти» Міністерства освіти і науки України № 609 від 08.06.2018 визначено склад, принципи, завдання та функції учасників команди супроводу, до якої включені практичний психолог, соціальний педагог, вчителя-дефектологи, вчитель початкових класів, асистент вчителя, вихователі, батьки дитини, медичні працівники закладу.

Дане теоретичне дослідження присвячено з'ясуванню питань щодо специфіки діяльності вчителя-логопеда у інклюзивному середовищі закладу середньої освіти.

Функціональними обов'язками вчителя-логопеда, як члена команди фахівців психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП є: надання корекційно-розвиткових послуг дитині, згідно індивідуальної програми розвитку (ІПР); моніторинг досягнень у відповідній сфері розвитку дитини, згідно ІПР; надання рекомендацій педагогічним працівникам щодо особливостей організації освітнього процесу, реалізації корекційно-розвиткових цілей в процесі навчання, технології для досягнення кінцевих цілей навчання, визначених в ІПР та застосування адаптацій (модифікацій); консультативна робота з батьками дитини з ООП [3].

Корекційна робота вчителя-логопеда спрямована на подолання мовленнєвих порушень у дитини з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ), що являються перешкодою для опанування у повному обсязі освітньої програмою.

Розвиток дітей з тяжкими порушеннями мовлення, як зазначено у психолого-педагогічних дослідженнях, залежить від багатьох чинників:

створення особливих умов для навчання та виховання, врахування особистісних характеристик розвитку дитини з ТПМ.

В інклюзивному середовищі робота логопеда починається з індивідуального логопедичного обстеження, що дає можливість визначити особливості мовленнєвого розвитку дитини та скласти план індивідуальної корекції. На основі результатів логопедичного обстеження вчитель-логопед обирає форму, визначає методи та прийоми роботи. Для оптимізації процесу адаптації дитини з ТПМ в освітньому середовищі, підвищення рівня засвоєння дитиною навчального матеріалу вчитель-логопед використовує традиційні та нетрадиційні логопедичні технології.

Для відстеження динаміки мовленнєвого розвитку дитини проводиться моніторинг, результати якого обговорюються зі всіма учасниками команди супроводу дитини, що дає можливість дотримуватися наступності в освітньому процесі. До просвітницьких завдань вчителя-логопеда належить інформування педагогів щодо використання особливих критеріїв оцінювання письмових та усних робіт дітей з порушеннями мовлення. Обов'язковою складовою діяльності вчителя-логопеда є співпраця з батьками.

Таким чином, корекція усного та писемного мовлення є основним напрямком діяльності вчителя-логопеда та важливою складовою соціалізації дітей з ТПМ в освітньому просторі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Данілавічюте Е.А. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально – методичний посібник / Данілавічюте Е.А., Литовченко С.В. – К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 360 с.

2. Інклюзивне навчання в Новій українській школі: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Інклюзивне навчання в Новій українській школі” (26 -27 березня 2018 р., м. Тереховля): у 2 ч. / Інститут спеціальної педагогіки НАПН України; упорядн.: Лапін А.В., Сурмай Л.О., Щуцька О.І. – Київ: Інтерсервіс, 2018. – 230 с.

3. Наказ Міністерства освіти і науки України від 08.06.2018 № 609 «Про затвердження Примірнього положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» [Електронний ресурс]. - <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-primirnogo-polozhennya-pro-komandu-psihologo-pedagogichnogo-suprovodu-ditini-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-v-zakladi-zagalnoyi-serednoyi-ta-doshkilnoyi-osviti>.

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

ТИЖДЕНЬ НАУКИ-2020

Факультет управління фізичною культурою та спортом

Збірник тез доповідей щорічної
науково-практичної конференції серед студентів,
викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів 13–17
квітня 2020 року

Один електронний оптичний диск (DVD-ROM);
супровідна документація.
Тираж 100 прим. Зам. № 544

Видавець і виготовлювач
Національний університет «Запорізька політехніка»
Україна, 69063, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 64
Тел.: (061) 769–82–96, 220–12–14

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6952 від 22.10.2019.